

Avaliação do conhecimento nutricional e de hábitos alimentares de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis em hospital particular no sul do Brasil

Evaluation of nutritional knowledge and eating habits of patients with chronic non-communicable disease in a private hospital in south Brazil outpatient nutrition service

Raquel Eccel Prates¹, Ana Carolina Pio da Silva²

¹ Nutricionista, Pós-graduada em Nutrição com ênfase em doenças crônicas e aterosclerose - Hospital Moinhos de Ventos, Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Endocrinologia/ - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

² Nutricionista, Mestre em Ciências Médicas:Nefrologia/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRG , Professora dos cursos de graduação da - Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS e da Universidade de Caxias do Sul- UCS.

Endereço para correspondência: Raquel Eccel - Rua Maria Bernardina de Oliveira Maciel 219/301 Cachoeirinha / RS – raqueccel@gmail.com

Palavras-chave:

Conhecimento nutricional
Doenças crônicas não transmissíveis
Obesidade
Hábitos alimentares.

RESUMO

Introdução: A demanda por orientação alimentar tem crescido significativamente, em face do diagnóstico precoce das doenças crônicas e do reconhecimento da influência da alimentação e do sobrepeso sobre elas. A conscientização da população de que educação nutricional e bons hábitos alimentares são fundamentais para manter o controle de doenças crônicas é muito importante. **Objetivos:** Avaliar o conhecimento nutricional e os hábitos alimentares de uma amostra de adultos com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), internados em um hospital particular no sul do Brasil. **Métodos:** Estudo de delineamento transversal em quarenta pacientes com DCNT, internados em uma unidade de cardiologia de um hospital particular. Foram aplicados dois questionários, um deles o Questionário de Frequência Alimentar (QFA) semiquantitativo, para avaliar o conhecimento nutricional dos pacientes, classificando seu conhecimento como alto, moderado e baixo. Para isso, foi utilizado o Questionário de Conhecimento Nutricional (QCN). Dos prontuários foram coletados dados como glicemia, níveis de pressão arterial e doenças atuais. Foram realizadas medidas antropométricas de peso e estatura para cálculo do índice de massa corporal (IMC) e medidas da circunferência da cintura (CC). **Resultados:** A idade média dos pacientes avaliados era de 75,7±13,3 anos, a maioria era do sexo feminino (60%). Dos pacientes, 48,7% estavam acima do peso, sendo que as mulheres apresentaram maior prevalência de obesidade (17,4%) e CC elevada (82,4% p<0,001). O conhecimento nutricional da amostra foi predominante na categoria moderado (86,2%), sendo os pacientes com idade <70 anos com maior conhecimento (p<0,001). No consumo alimentar prevaleceram os carboidratos refinados, como pão branco (60%) e arroz branco (50%) e alto consumo de frutas (95%) e carne bovina (62,5%). **Conclusão:** O moderado conhecimento nutricional mostrou-se relevante em relação ao excesso de peso, uma vez que os pacientes incluem na dieta habitual o consumo de frutas e verduras, mas mantêm entre os hábitos alimentares o consumo de alimentos ricos em açúcares e gorduras.

Keywords:

Body mass index
Waist circumference
Dyslipidemia
Anthropometry

ABSTRACT

Introduction: The demand for dietary guidance has grown significantly over the early diagnosis of diseases and the recognition of the power and influence of overweight on them. The population's awareness that nutrition and good eating habits are essential to maintain control of chronic diseases is very important. **Goals:** To evaluate the nutritional knowledge and eating habits of a sample of adults with chronic non-communicable diseases (NCDs), admitted to a private hospital in southern Brazil. **Methods:** A cross sectional study in 40 patients with NCDs, admitted to a cardiology unit of a private hospital. Two questionnaires were used, being one of them a semi-quantitative Food Frequency Questionnaire (FFQ), to evaluate the nutritional knowledge of patients by sorting between high, moderate and low expertise. For this we used the Nutritional Knowledge Questionnaire (NKQ). Data were collected from medical records as blood glucose, blood pressure and current diseases. Anthropometric measurements of height and weight were taken to calculate body mass index (BMI) and waist circumference measurements (WCM). **Results:** The average age of patients was 75.7 ± 13.3 years, and the majority of them were female (60%). 48.7% of the patients were overweight, and women had a higher prevalence of obesity (17.4%) and high WCM (82.4% p < 0.001). The nutritional knowledge of the sample was predominantly in the moderate category (86.2%) and

patients aged <70 years with higher knowledge (p <0.001). In food consumption prevailed refined carbohydrates like white bread (60%) and white rice (50%) and high fruit consumption (95%) and beef (62.5%). Conclusion: The moderate nutritional knowledge proved to be relevant in relation to overweight, since patients include dietary habitual consumption of fruits and vegetables, but keep in diet consumption of foods high in sugars and fats.

INTRODUÇÃO

A demanda por orientação alimentar tem crescido significativamente em face do diagnóstico precoce das doenças crônicas e do reconhecimento da influência da alimentação sobre elas. Também a consideração do sobrepeso e da obesidade como fatores de risco para doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes mellitus, osteoartrite, osteoporose, câncer de mama, de endométrio e de cólon levam à procura crescente de atendimento nutricional. A transição demográfica, nutricional e epidemiológica ocorrida no século passado determina um perfil de risco em que as DCNT aumentaram¹⁻⁴.

Uma alimentação bem variada e balanceada, a prática regular de exercícios físicos, o controle do estresse, a adoção de um comportamento preventivo e o hábito de não usar drogas são componentes da categoria “estilo de vida” que podem ser modificados para se viver melhor. Entretanto, estas mudanças para a prevenção e o tratamento das doenças crônicas são caracterizadas pela baixa adesão do paciente. O conhecimento sobre o que comer é um primeiro degrau na influência do comportamento alimentar saudável, provavelmente supervalorizado. A complexa interação entre o estilo de vida e as alterações da composição corporal exige uma abordagem que não pode ser reduzida às variáveis puramente quantitativas⁵.

Apesar da tendência de redução dos riscos de mortalidade por doença cardiovascular (DCV) no país e no mundo, algumas projeções indicam o aumento de sua importância relativa em países de baixa e média renda. A maior longevidade associada ao possível aumento da incidência das DCV por adoção dos modos de vida com maior exposição a fatores de risco são consideradas as principais razões deste incremento. Entre fatores de risco estão o tabagismo e a inatividade física, além de dieta rica em gorduras saturadas, com conseqüente aumento dos níveis de colesterol e hipertensão⁶.

O papel da promoção da saúde cresce em importância como uma estratégia fundamental para o enfrentamento dos problemas do processo saúde-doença-cuidado e da sua determinação. A direção, nesse caso, é o fortalecimento do caráter promocional e preventivo, contemplando o diagnóstico e a detecção precoce das doenças crônico-degenerativas, aumentando a complexidade do primeiro nível de atenção, elementos que ainda são considerados como desafios para o sistema de saúde⁷.

É muito importante a população estar consciente de que educação nutricional e bons hábitos alimentares são

fundamentais para se manter uma boa qualidade de vida, prevenindo doenças e/ou recuperando a saúde. O conhecimento nutricional pode estar diretamente relacionado à seleção alimentar e ao sucesso da prevenção de doenças crônicas não transmissíveis⁸. Dentro deste contexto, o objetivo do presente estudo é avaliar o conhecimento nutricional e os hábitos alimentares de adultos com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) internados em um hospital particular no Rio Grande do Sul.

MÉTODOS

Amostra

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, observacional, em pacientes que apresentem DCNT, como diabetes melito, obesidade e hipertensão arterial sistêmica (HAS), com ou sem doença cardiovascular (DCV), de ambos os sexos. Esses estão internados na unidade de cardiologia de um hospital particular do Rio Grande do Sul. Pacientes oncológicos, nefropatas ou em uso de nutrição enteral não foram incluídos na pesquisa.

Aplicou-se um questionário próprio, elaborado para obter informações gerais acerca de idade, doenças atuais e prévias, motivo da internação, hábitos de vida, como prática e frequência de exercícios físicos, dieta alimentar, e se já receberam orientações dietéticas, consumo de bebidas alcoólicas e tabaco. Além disso, valores de pressão arterial (PA) e de glicemia por meio de hemoglicoteste (HGT) foram coletados dos prontuários dos pacientes. Foi realizada a média dos valores de PA e glicemia coletados no dia da coleta de dados do paciente. Foram comparados os valores de glicemia (mg/dl), e valores de PAS (pressão arterial sistólica) e PAD (pressão arterial diastólica) dos pacientes no primeiro dia de internação com a média dos valores durante o período em que estiveram internados. Para classificação dos valores de pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD), foram utilizadas as referências: normais <130mmHg e <85mmHg e elevados >140mmHg e >90mmHg²⁹. Os valores de glicemia foram considerados normais quando <100mg/dl, tolerância à glicose diminuída >100mg/dl a >126mg/dl e diabetes mellitus >126mg/dl⁹.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Moinhos de Vento, pelo processo 2009/133, e todos os pacientes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Mensuração do Conhecimento Nutricional e Hábitos Alimentares

Para o desenvolvimento deste trabalho, foram aplicados dois questionários. O primeiro foi o Questionário de Frequência Alimentar (QFA) semiquantitativo ¹⁰, com 56 itens alimentares, e a frequência de consumo dos alimentos separada em diário, semanal, mensal ou raramente, sendo este um método de inquérito dietético para avaliação de hábitos alimentares.

O segundo foi um Questionário de Conhecimento Nutricional (QCN) obtido por meio de uma escala de conhecimento nutricional do *National Health Interview Survey Cancer Epidemiology* traduzido e adaptado para o Brasil ⁸. A escala de conhecimento nutricional aplicada apresenta um total de 14 questões e, para a classificação do conhecimento nutricional, foi utilizado o seguinte critério: pontuações totais entre 0 e 6 indicando baixo conhecimento nutricional, entre 7 e 10 indicam moderado conhecimento nutricional, e acima de 10 indicando alto conhecimento nutricional. Na escala, foram feitos questionamentos a respeito da relação entre alimentação e doenças, atitudes nutricionais para prevenção de doenças, composição de fibras e gorduras nos alimentos, e recomendações de frutas e hortaliças para uma boa saúde.

Avaliação Antropométrica

Para avaliação do estado nutricional, utilizaram-se medidas de peso, estatura e circunferência da cintura (CC) em todos os pacientes que tinham condições de deambular. Em casos de pacientes acamados, foram coletados dados de peso, estatura e CC existentes no prontuário. Apenas em um paciente não foi possível aferir o peso e em dez pacientes da amostra não constava o valor CC. O peso corporal foi mensurado em balanças digitais (Urano PS 180[®]), a estatura foi medida com estadiômetro de 2 m (com divisões de 0,5 cm) acoplado à balança. O IMC foi calculado dividindo-se o peso (Kg) pela estatura ao quadrado (m²) e, para a classificação, foram utilizados os pontos de corte propostos pela OMS 2004 ¹¹. A circunferência da cintura (CC) foi medida com uma fita métrica inelástica, com escala em centímetros no ponto médio entre o rebordo costal e a crista ilíaca ântero-superior, segundo critério da OMS, 2004, e NCEP, 2001 ^{11,12}. Os valores de referência para CC foram: risco aumentado acima de 88cm para o sexo feminino e acima de 102 cm para o masculino ^{11,12}.

Análise Estatística

Foi realizada uma análise descritiva dos dados por meio de cálculo de média e desvio-padrão para as variáveis quantitativas, enquanto que as variáveis categóricas foram descritas pela frequência e pelo percentual. Os dados foram expressos em tabelas. Foi utilizado o teste t de *Student* para as variáveis

quantitativas e teste qui-quadrado para as variáveis categóricas. Os dados foram armazenados no programa Microsoft Excel e analisados no Software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 16.0 para Windows. Para as diferenças, essas foram consideradas significativas quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

A amostra total de quarenta pacientes caracterizou-se em 60% do sexo feminino e 40% masculino, sendo a idade média da amostra $75,7 \pm 13,3$ em anos. Em relação ao consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, 92,5% referiram não fumar e 75% não consumiam álcool regularmente. Sobre a prática de atividade física e controle alimentar, 80% da amostra não praticava exercícios e 60% nunca havia feito dieta. Das DCNT atuais, 67,5% da amostra sofria com mais de uma doença, destacando a HAS como a mais evidente (85%) (Tabela 1).

Em relação ao estado nutricional, avaliado pelo IMC, 48,7% (n=39) da amostra total apresentava sobrepeso (IMC $>25\text{kg/m}^2$). Somente

Tabela 1 - Caracterização da amostra

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	16	40,0
Feminino	24	60,0
Doença crônica não transmissível		
Mais de uma doença	27	67,5
Diabetes melito	16	40,0
Obesidade	5	12,8
Hipertensão arterial	34	85,0
Fumo		
Sim	3	7,5
Não	37	92,5
Álcool		
Sim	5	12,5
Não	30	75,0
Eventualmente	5	12,5
Já fez dieta		
Sim	16	40,0
Não	24	60,0
Exercício físico		
Sim	8	20,0
Não	32	80,0

um paciente não pôde ser avaliado por não ter condições físicas para pesagem e medidas, por estar acamado e não haver dados no prontuário. As mulheres apresentaram maior incidência de sobrepeso (52,2%) e obesidade (17,4%) em comparação com os homens (43,8% sobrepeso e 6,3% obesidade), apesar não haver significância estatística. Quanto à gordura abdominal, 82,4% da amostra feminina encontra-se com circunferência da cintura (CC) elevada (>88cm) e 84,2% da amostra masculina encontra-se com valores adequados (<102cm), esta associação foi estatisticamente significativa pelo coeficiente de correlação de Pearson ($p < 0,001$) (Tabela 2). Em dez

Tabela 2 - Dados antropométricos da amostra

Variáveis	Amostra total	Sexo masculino	Sexo feminino	p
	(n=39)	(n=16)	(n=23)	
Peso (kg)*	72,65 ± 12,62	72,15 ± 13,11	73,0 ± 12,56	
Estatura (cm)*	1,65 ± 0,097	1,67 ± 0,11	1,64 ± 0,84	
IMC (kg/m ²) n (%)				0,37
Eutrofia	15 (38,5)	8 (50,0)	7 (30,4)	
Sobrepeso	19 (48,7)	7 (43,8)	12 (52,2)	
Obesidade	5 (12,8)	1 (6,3)	4 (17,4)	
CC	n=30 (%)	n=13 (%)	n=17 (%)	
Adequada	14 (46,7)	11 (84,2)	3 (17,6)	<0,001
Elevada	16 (53,3)	2 (15,4)	14 (82,4)	

IMC = índice de massa corporal, * descrita por média ± desvio padrão, CC= Circunferência da Cintura.

pacientes, não foi possível aferir a circunferência abdominal por estarem acamados, mas foi possível calcular o IMC, pois o peso e estatura destes pacientes foram coletados em prontuário.

Na tabela 3, podemos observar a distribuição dos pacientes de acordo com os níveis de glicemia e pressão arterial durante a internação. Os pacientes com diabetes melito (n=16) encontravam-se com os valores de glicose elevados no primeiro dia de internação (87,5%) e, durante o período de hospitalização, mantiveram-se elevados, mas com discreta melhora (14,1%). Em relação aos valores de PAS e PAD, para os pacientes com hipertensão arterial (n=34), os valores no primeiro dia de internação estavam elevados. E apresentaram níveis em elevação ao longo dos dias de internação.

Em relação aos hábitos alimentares, os alimentos mais consumidos encontram-se descritos na tabela 4. Destacam-se o alto consumo de alimentos ricos em sódio e gorduras e o baixo consumo de fibras insolúveis (provenientes de cereais integrais). Dentre os alimentos mais consumidos, estão os laticínios, leites (integral 42,2% e desnatado ou semi 45%), queijos (branco 37,5% e amarelo 42,5%). Também um alto consumo de carne bovina 62,5%, carboidratos como arroz branco 50% e pão branco 60%, e elevado consumo de cafeína 62,5%. Verificou-se um elevado consumo de frutas e hortaliças em geral (95% e 85%, respectivamente), o que indica consumo de fibras, apesar de as fibras não terem sido avaliadas quantitativamente.

O conhecimento nutricional (CN) da amostra foi considerado moderado (82,5%), associado às variáveis faixa etária, sexo, IMC e CC, dieta anterior. Destaca-se que não houve diferença significativa entre os sexos, já que 60% das mulheres e 39% dos homens apresentaram CN moderado.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes de acordo com os níveis de glicemia e pressão arterial

Variáveis	Internação (1º dia)			Média durante período de internação		
	Normal	Limítrofe	Elevado	Normal	Limítrofe	Elevado
Glicemia(mg/dl) n=35(%)						
Sem DM	15 (62,5)	3 (12,5)	1 (4,2)	16 (66,7)	2 (8,3)	1 (4,2)
Com DM	0 (0,0)	2 (12,5)	14 (87,5)	0 (0,0)	4 (25,0)	12 (75,0)
HAS (mmHg) n=34(%)						
PAS	18 (52,9)	1 (2,9)	15 (44,1)	12 (35,3)	2 (5,9)	20 (58,8)
PAD	29 (85,3)	3 (8,8)	2 (5,9)	26 (76,5)	0 (0,0)	8 (23,5)
S/ HAS(mmHg)n=6(%)						
PAS	6 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (83,3)	0 (0,0)	1 (16,7)
PAD	5 (83,3)	0 (0,0)	1 (16,7)	5 (83,3)	0 (0,0)	1 (16,7)

PAS= Pressão Arterial Sistólica. PAD= Pressão Arterial diastólica, HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica.

Tabela 4 - Alimentos Consumidos entre 5 a 6 vezes por semana da amostra avaliada

Alimentos	n(%)
Leite desnatado ou semidesnatado	18 (45,0)
Leite integral	17 (42,5)
iogurte	18 (45,0)
Queijo branco	15 (37,5)
Queijo amarelo	17 (42,5)
Carne bovina	25 (62,5)
Carne de frango	11 (27,5)
Margarina	14 (35,0)
Arroz integral	9 (22,5)
Arroz polido	20 (50,0)
Pão integral	20 (50,0)
Pão branco	24 (60,0)
Biscoito salgado	11 (27,5)
Massa	8 (20,0)
Feijão	28 (70,0)
Folhosos e hortaliças	34 (85,0)
Tubérculos	6 (15,0)
Frutas	38 (95,0)
Geléia	6 (15,0)
Chocolate	6 (15,0)
Café sem açúcar	25 (62,5)
Café com açúcar	10 (25,0)
Suco natural com açúcar	6 (15,0)
Suco artificial sem açúcar	13 (32,5)
Refrigerante normal	4 (10,0)
Adoçante	27 (67,5)

Já a associação com a faixa etária indicou que os pacientes com menos de setenta anos apresentam um maior CN (75,55%) comparados aos com mais de setenta anos (2,64%) ($p < 0,008$). Em relação ao IMC, destaca-se que os pacientes com sobrepeso e obesidade mostraram conhecimento nutricional de moderado a alto (sobrepeso com CN moderado, 46,9% e obesidade com CN alto, 66,7%) ($p < 0,042$). Dos pacientes que relataram nunca ter feito dieta ou controle alimentar, 52,5% mostrou um moderado conhecimento nutricional. Estas e demais associações estão descritas na tabela 5.

DISCUSSÃO

No Brasil, nos últimos trinta anos, a prevalência de sobrepeso dobrou e 29,9% da população brasileira possui uma ou mais doenças crônicas¹³. A obesidade é considerada um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos

Tabela 5 - Associação das variáveis com o conhecimento nutricional

Variáveis	Baixo n/%	Moderado n/%	Alto n/%	P
Faixa etária* n=40:				
>70 anos n=11	0 (0,00)	8 (72,7)	3 (27,3)	<0,008
<70 anos n=29	4 (13,8)	25 (86,2)	0 (0,00)	
IMC* n=39:				
Eutrófico n=15	1 (6,7)	14 (93,3)	0 (0,00)	<0,042
Sobrepeso n=19	3 (15,8)	15 (78,9)	1 (5,3)	
Obesidade n=5	0 (0,0)	3 (60,0)	2 (40,0)	
Circunferência da cintura n=30:				
Normal n=14	2 (14,3)	12 (85,7)	0 (0,0)	<0,085
Elevada n=16	0 (0,0)	13 (81,25)	3 (18,75)	
Já fez dieta n=40:				
Sim n=16	1 (6,25)	12 (75,0)	3 (18,75)	<0,080
Não n=24	3 (12,5)	21 (87,5)	0 (0,00)	

IMC: índice de massa corporal.

* associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

e uma epidemia global¹¹. Estudos recentes têm avaliado o conhecimento nutricional e a associação com as práticas alimentares, como forma de identificar o perfil desta população com excesso de peso e, assim, obter maneiras de intervenção¹⁴⁻¹⁸.

O excesso de peso relacionado às DCNT evidenciado neste estudo corrobora com outros achados semelhantes. Matos *et al.*¹⁹, estudando fatores de risco para doenças cardiovasculares, verificaram que 42% da amostra estava com sobrepeso e 16% com obesidade.

Dados do Consenso Latino-Americano de Obesidade²⁰ mostram que o Brasil tem 53% da população com sobrepeso e, segundo dados atuais do IBGE¹³, o sobrepeso dobrou nos últimos trinta anos. Os inadequados hábitos alimentares desenvolvidos ao longo dos anos pela população em geral são uma das principais causas para o aumento de peso, assim como o alto consumo de alimentos industrializados, ricos em gorduras saturadas, sódio e açúcar²¹. Essa associação pode ser vista no presente estudo, no

qual a amostra apresenta elevado consumo destes alimentos, bem como excesso de peso.

O sedentarismo, além dos hábitos alimentares inadequados, também contribuiu para este elevado aumento de peso da população. No presente estudo, 80% da amostra não praticava exercícios físicos. Estudos em grandes capitais mostram que o sedentarismo é crescente, como no estado de São Paulo²², que atingiu 69% da população avaliada; no Rio Grande do Sul, são 60%²³. Corroboram esses dados estudos como os de Costa *et al.*²⁴, que encontraram associação da HAS com o sedentarismo, o consumo de tabaco e o uso do álcool como fatores de risco para obesidade.

Dados do IBGE de 2008 mostram um consumo de 19% de tabaco na região sul e seu uso regular associado ao álcool em 68,7% da população no Brasil^{13,25}. No presente estudo, verificou-se que, no momento atual, a população relatou apresentar baixo consumo de cigarro (7,5%) e de álcool (12,5%), diferente das estimativas populacionais. Este baixo consumo encontrado pode ser devido à omissão dos pacientes, levando em consideração que pode haver constrangimento ao falar no assunto, e também o fato de predominarem na amostra pacientes do sexo feminino, com idade média acima de 75 anos.

No que tange à obesidade abdominal, ressalta-se que, apesar de o sexo masculino ter apresentado elevado sobrepeso, seus representantes prevaleceram com as medidas de CC em valores adequados; já o sexo feminino apresentou medidas significativamente superiores. A CC é considerada fator de risco isolado e independente para doenças crônicas, risco cardiovascular e síndrome metabólica (SM)²⁶. Edwald *et al.*²⁷ analisaram fatores de risco para SM em colaboradores de uma unidade de alimentação e constataram obesidade abdominal em 58,06% da amostra avaliada; assim como Mariath *et al.*²⁸, que também verificaram CC em 1/3 da amostra analisada no estudo, e ainda Rezende *et al.*²⁹, que observaram que a obesidade estava presente em grande parte da amostra analisada (74% das mulheres e 46,1% nos homens).

Em relação ao conhecimento nutricional, até o momento, existem poucos trabalhos no Brasil que utilizaram a presente escala como construto para avaliação de conhecimento nutricional. Alguns obtiveram achados semelhantes com este estudo, como Dattilo *et al.*³⁰, em que a classificação do conhecimento nutricional da amostra foi moderada, porém não houve associação com o IMC, o mesmo achado por O'Brien & Davies¹⁴.

No presente estudo, constatou-se um moderado

conhecimento nutricional, porém hábitos alimentares considerados pouco saudáveis pelo excesso de gordura e açúcar; possíveis explicações para este fato são encontradas na literatura. Para Kuchler *et al.*³¹, as escolhas saudáveis estão associadas ao melhor estado nutricional, e não só ao conhecimento. Entretanto, em Montero Bravo *et al.*³², foram avaliados 105 estudantes universitários dos cursos da área da saúde e verificou-se que os alunos acreditavam ter um bom conhecimento nutricional, que não estava necessariamente relacionado a modificações dos hábitos alimentares.

Isso também pode ser observado neste estudo, em que prevaleceram sobrepeso e, paradoxalmente, moderado conhecimento nutricional. Com este conhecimento nutricional, os pacientes parecem ter a preocupação em consumir alimentos considerados benéficos para a saúde, como frutas e verduras. Entretanto, não deixam de ter hábitos alimentares pouco saudáveis, como maior consumo de açúcares e gorduras, e apresentam, também, excesso de peso. Como possível justificativa a este fato, Wardle, Parmenter & Waller¹⁵ relatam que, com maior conhecimento nutricional, há o aumento do consumo de frutas e verduras, e alimentos mais saudáveis, mas ele não é determinante para a mudança de hábitos alimentares; há apenas a adição destes alimentos e a permanência de outros considerados menos saudáveis. Assim, a intervenção nutricional mais intensiva pode ser um instrumento mais eficaz para mudanças de hábitos alimentares e possível repercussão na perda de peso corporal¹⁷.

A pequena amostra deste estudo foi um fator limitante, já que foi insuficiente para detectar as diferenças entre grupos por meio da escala de CN quando comparado com outros estudos que utilizaram esta ferramenta ou avaliaram CN e hábitos alimentares, com uma amostragem maior^{14-16,31,32}.

CONCLUSÃO

O moderado conhecimento nutricional mostrou-se relevante em relação ao excesso de peso, uma vez que os pacientes incluem na dieta habitual o consumo de frutas e verduras, mas mantêm, entre os hábitos alimentares, o consumo de alimentos ricos em açúcares e gorduras. Assim, são necessárias estratégias efetivas de educação nutricional para a conscientização da população de que bons hábitos alimentares são essenciais para a manutenção da saúde e a prevenção de doenças. Também são necessários mais estudos que possam associar os hábitos alimentares ao conhecimento em uma amostra maior.

REFERÊNCIAS

- Oliveira LPM, Assis AMO, Silva MCMS, Santos MLP, Pinheiro NS, Barreto SMC, Souza ML, Oliveira C. Fatores associados a excesso de peso e concentração de gordura abdominal em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2009 dez, 25(3), 570-582.
- Rodrigues EM, Soares FPTP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Rev Nutr*. 2005 jan/fev.; 18(1):119-28.

3. Assis MAA, Nahas MV. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Rev Nutr* 1999 jan./abr.; 12(1): 33-41.
4. Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. Organização Pan-Americana da Saúde. *Rev Cienc saúde coletiva*. 2004 out/dez; 9(4).
5. Sociedade Brasileira de Diabetes Diretrizes. Tratamento e acompanhamento do Diabetes. [internet] 2008. [citado em 2009 nov 29]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br>.
6. Ishitani LH, Franco GC, Perpétuo IHO, França E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006; 40:684-91.
7. Santos LAS. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. *Rev Nutr* 2005 set./out; 18(5):681-92.
8. Scagliusi FB, Ozores PV, Cordás TA, Coelho D, Alvarenga M, Philippi ST, Junior AHL. Tradução, adaptação e avaliação psicométrica da escala de conhecimento nutricional do National Health Interview Survey Cancer Epidemiology. *Rev Nutr*. 2006; 19(4): 425-36.
9. Sociedade Brasileira de Diabetes Diretrizes. Tratamento e acompanhamento do Diabetes. [internet] 2009. [citado em 2010, nov 20]. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09_final.pdf
10. Ribeiro AC, Sávio KEQ, Rodrigues LMCF, Costa THM, Schimtz BAS. Validação de um questionário de frequência de consumo alimentar para população adulta. *Rev Nutr*. 2006; 19(5). 553-562.
11. Organização Mundial da Saúde. Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global. Relatório da Consultadoria da OMS. Genebra:OMS; 2004.
12. National Cholesterol Education Program (NCEP). Executive summary of the Third Report of National Cholesterol Education Program (NCEP). Expert panel on detection, evaluation, treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *J Am Med Assoc*. 2001; 285: 2486-97.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares: POF 2008-2009 [internet]. 2010. [citado em 2010 nov 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
14. O'Brien G, Davies M. Nutrition knowledge and body mass index. *Health Educ Res*. 2007; 22:571-5.
15. Wardle J, Parmenter K, Waller J. Nutrition knowledge and food intake. *Appetite*. 2000; 34:1-8.
16. Rubin BA, Stein AT, Zelmanowick AM, Rosa DD. Perfil antropométrico e conhecimento nutricional de mulheres sobreviventes de câncer de mama do sul do Brasil. *Rev Bras de Cancerologia*, 2010; 56(3): 303-309
17. Teixeira PDS, Reis BZ, Vieira DAS, Costa D, Costa JO, Raposo OFF, Wartha ERS, Netto RSM. Intervenção nutricional educativa como ferramenta eficaz para mudança de hábitos alimentares e peso corporal entre praticantes de atividade física. *Ciênc. saúde coletiva* 2013, 18(2):347-356.
18. Maciel, ES, Sonati JG, Modeneze DM, Marcelo D, Vasconcelos JS. Consumo alimentar, estado nutricional e nível de atividade física em comunidade universitária brasileira. *Rev. Nutr., Campinas, Dec. 2012* 25(6), 707-718.
19. Matos MFD, Silva NAS, Pimenta AIM, Cunha AJLA. Prevalência dos fatores de risco para doença cardiovascular em funcionários do centro de pesquisas da Petrobrás. *Arq Bras Cardiol*. 2004;82:1-4.
20. Coutinho W. Consenso Latino-Americano em obesidade [internet]. 2010. [citado em 2010 dez 10]. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/consenso.doc>.
21. Lamarão RC, Navarro F. Aspectos nutricionais promotores e protetores das doenças cardiovasculares. *RBONE – Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento* 2007; 1:57-70.
22. Rego RA, Berardo FAN, Rodrigues SSR, Oliveira ZMA, Oliveira MB, Vasconcelos C, Aventurato LVO, Moncau JEC, Ramo LR. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP(Brasil). *Rev Saúde Pública*. 1990; 24: 277-85.
23. Gus J, Fischmann A, Medina C. Prevalência dos fatores de risco da doença coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol*. 2002;78:478-83.
24. Costa JSD, Barcellos FC, Scowitz ML, Scowitz IT, Castanheira M, Olinto MTA, Menezes AMB, Gigante DP, Macedo S, Fuchs SC. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 88: 59-65.
25. Galduroz JCF, Caetano R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004; 26 (Suppl1):3-6.
26. Sarno F, Monteiro CA. Importância relativa do Índice de Massa Corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(5):788-96.
27. Ewald D, Hofelmann DA, Riekes BH, Cherem AR, Azevedo LC. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis entre colaboradores internos de Unidade de Alimentação e Nutrição. In: *Simpósio Internacional sobre Obesidade*, 2003. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003. p. 13.
28. Mariath AB, Grillo LP, Silva RO, Schimitz P, Campos IC, Medina JRP, Kruger RM. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(4). 897-905.
29. Rezende FAC, Rosado LEFPL, Ribeiro RCL, Vidigal SC, Vasques ACJ, Bonard IS, Carvalho CS. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 87 (6): 728-3.
30. Dattilo M, Furlanetto P, Kuroda AP, Nicastro H, Coimbra PCFC, Simony RF. Nutritional knowledge and its association with the body mass index. *Rev Soc Bras Alim Nutr. J Brazilian Soc Food Nutr*. 2009; 34(1):75-84.
31. Kuchler F, Lin BH. The influence of individual choices and attitudes on adiposity. *Int J Obes*. 2002; 26: 1-6.
32. Montero Bravo A, Ubeda MN, García GA. Evaluation of dietary habits of a population of university students in relation with their nutritional knowledge. *Nutr Hosp*. 2006; 21(4):466-73.

Submissão: 19 de maio de 2012

Aprovado para publicação: 25 de julho de 2013