

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Endocrinologia  
Área de concentração: Metabolismo e nutrição  
Mestrado

Victória Silva Chites

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA DIETA A PARTIR DA TEIA ALIMENTAR:  
DESEMPENHO DA AUTOPERCEPÇÃO DO PACIENTE EM COMPARAÇÃO COM  
A AVALIAÇÃO DA NUTRICIONISTA**

Porto Alegre

2022

Victória Silva Chites

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA DIETA A PARTIR DA TEIA ALIMENTAR:  
DESEMPENHO DA AUTOPERCEPÇÃO DO PACIENTE EM COMPARAÇÃO COM  
A AVALIAÇÃO DA NUTRICIONISTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Endocrinologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nutr. Jussara Carnevale de Almeida

Porto Alegre

2022

#### CIP - Catalogação na Publicação

Chites, Victória Silva  
Avaliação da qualidade da dieta a partir da Teia Alimentar: Desempenho da autopercepção do paciente em comparação com a avaliação da nutricionista / Victória Silva Chites. -- 2022.  
62 f.  
Orientadora: Jussara Carnevale de Almeida.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Endocrinologia, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Ingestão alimentar. 2. Diabetes Mellitus tipo 2. 3. Hipertensão. 4. Autorrelato. 5. Qualidade da dieta. I. de Almeida, Jussara Carnevale, orient. II. Título.

Victória Silva Chites

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA DIETA A PARTIR DA TEIA ALIMENTAR:  
DESEMPENHO DA AUTOPERCEPÇÃO DO PACIENTE EM COMPARAÇÃO COM  
A AVALIAÇÃO DA NUTRICIONISTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Endocrinologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nutr. Jussara Carnevale de Almeida

**BANCA EXAMINADORA:**

Aline Marcadenti de Oliveira - HCor

Fabíola Satler - HCPA

Dirce Maria Lobo Marchioni - IEA-USP

Porto Alegre

2022

Dedico este trabalho a minha família, meus maiores incentivadores e apoiadores.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por me permitir ter saúde para ultrapassar todos os desafios e alcançar meus objetivos.

À minha orientadora, professora Jussara, por me acolher e confiar em mim. Pela oportunidade de crescimento e aprendizado durante todo esse período. Obrigada pela paciência, pelo apoio, por todos os ensinamentos e por me incentivar a dar o meu melhor.

Aos meus pais e minhas irmãs, que são meus exemplos de força e dedicação. Ao meu namorado Kássio, por me incentivar, apoiar e escutar em todos os momentos. Ao Bruno e Nauro, que também estiveram presentes durante todo esse processo. Aos meus sobrinhos/afilhados, Joanna e Lucca, por encherem meus dias de alegria e leveza. Agradeço a vocês por sempre estarem ao meu lado me dando todo o suporte e incentivo.

Às amigas e colegas que estiveram presentes durante esse processo, principalmente a Tainara, por estar sempre disposta a me auxiliar e escutar, por dividir as angústias e medos. Obrigada pela parceria e pela amizade. E a Bárbara, pela disponibilidade de me ensinar e auxiliar em todos meus questionamentos. Vocês foram essenciais para a conclusão deste trabalho.

À professora Flávia Moraes, por ter me acolhido durante a graduação, por ter me inserido na área da pesquisa e por ter me apresentado à professora Jussara.

E a todas as pessoas que, de alguma forma, participaram deste processo e fizeram parte desta etapa da minha formação.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Figura 1** - Teia Alimentar.

**Figura 2** - Diagrama de fluxo de inclusão de pacientes com diagnóstico de hipertensão ou diabetes tipo 2 não controlados.

**Figura 3** - Comparação da proporção dos pacientes classificados como “consumo adequado” pela Teia Alimentar segundo a autopercepção dos pacientes e avaliação da nutricionista.

**Figura 4** - Gráfico de dispersão da área total do gráfico (%) da Teia Alimentar de acordo com a autopercepção do paciente e avaliação da nutricionista.

**Figura 5** - Análise de Bland–Altman das diferenças entre a média da área total do gráfico (%) da Teia Alimentar por autopercepção do paciente em comparação com a avaliação da nutricionista.

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** - Características demográficas, antropométricas e clínicas de 330 pacientes com diagnóstico de hipertensão ou diabetes tipo 2 não controlados.

**Tabela 2** - Concordância da ingestão adequada pela Teia Alimentar segundo a autopercepção dos pacientes e avaliação do nutricionista.

**Tabela 3** - Modelos de regressão de Poisson para avaliar a associação entre a autopercepção do paciente à “ingestão adequada” de acordo com a Teia Alimentar com a confirmação pela avaliação da nutricionista (variável dependente).

## LISTA DE ABREVIATURAS

|       |                                       |
|-------|---------------------------------------|
| DCV   | Doença Cardiovascular                 |
| AVC   | Acidente Vascular Cerebral            |
| HAS   | Hipertensão Arterial Sistêmica        |
| DM    | Diabetes Mellitus                     |
| DM2   | Diabetes Mellitus Tipo 2              |
| HbA1c | Hemoglobina Glicada                   |
| AHA   | <i>American Heart Association</i>     |
| ACC   | <i>American College of Cardiology</i> |
| QFA   | Questionário de Frequência Alimentar  |

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>CAPÍTULO I – REFERENCIAL TEÓRICO</b>                                      | <b>14</b> |
| 1 INTRODUÇÃO   | 14        |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO  | 14        |
| 2.1 Doenças cardiovasculares   | 14        |
| 2.2 Fatores de risco cardiovasculares modificáveis                           | 15        |
| 2.3 Aconselhamento nutricional   | 17        |
| 2.4 Avaliação do consumo alimentar   | 18        |
| 3 JUSTIFICATIVA E HIPÓTESE   | 21        |
| 4 OBJETIVO   | 22        |
| REFERÊNCIAS  | 23        |
| <b>CAPÍTULO II - ARTIGO ORIGINAL</b>   | <b>26</b> |
| RESEARCH SNAPSHOT  | 29        |
| ABSTRACT   | 30        |
| INTRODUCTION   | 31        |
| MATERIALS AND METHODS  | 33        |
| RESULTS  | 38        |
| DISCUSSION   | 40        |
| CONCLUSIONS  | 43        |
| REFERENCES   | 44        |
| SUPPLEMENTAL METHODS   | 58        |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>  | <b>60</b> |
| <b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>        | <b>61</b> |
| <b>ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA</b> | <b>63</b> |

## **FORMATO DA DISSERTAÇÃO**

Esta dissertação de Mestrado segue o formato proposto pelo Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas: Endocrinologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo apresentada através de uma breve revisão da literatura e manuscrito referente ao tema estudado:

**Capítulo I.** Referencial teórico

**Capítulo II.** Artigo original a ser submetido para publicação no periódico *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* (Medicina I, Qualis Capes A2. Fator de Impacto: 5.234)

## **CAPÍTULO I – REFERENCIAL TEÓRICO**

### **1 INTRODUÇÃO**

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo e a maioria delas pode ser prevenida pela abordagem de fatores comportamentais de risco, como uso de tabaco, dietas não saudáveis, falta de atividade física e uso nocivo do álcool. O efeito desses fatores pode se manifestar nos indivíduos por meio de pressão arterial e glicemia elevadas, hiperlipidemia e excesso de peso. Considerando a relevância do aconselhamento nutricional para pacientes com doenças cardiovasculares, a obtenção de informações quanto aos padrões alimentares nesta população torna-se importante porque permitem identificar alimentos ou grupos alimentares que podem contribuir para a carga da doença atual. Dessa forma, a avaliação da qualidade alimentar pode contribuir para o planejamento de estratégias de prevenção e controle de doenças. O aperfeiçoamento das ferramentas de coleta de informações é crucial para a determinação de associações precisas entre dieta e saúde-enfermidade. De uma forma geral, os índices dietéticos publicados até a presente data foram propostos para serem preenchidos pelo profissional e omitem a participação do paciente neste processo. Pensando nisso, a “Roda da Vida”, que é uma ferramenta utilizada em processos de *Coaching*, foi adaptada para uma “Teia Alimentar” com o intuito de ser uma ferramenta útil para trabalhar o aconselhamento nutricional dos pacientes. A Teia Alimentar é composta por onze grupos de alimentos e para cada grupo há indicação de quantidade e frequência recomendada de consumo, baseado nas recomendações nutricionais do *Cardiovascular Health Diet Index*. O paciente, a partir da própria percepção, pode atribuir de “ótimo” – quando está sempre consumindo a porção recomendada a “péssimo” – quando está longe de consumir a porção recomendada. Dessa forma, a presente dissertação tem a intenção de avaliar se a Teia Alimentar pode apresentar um bom desempenho para avaliar a qualidade da dieta considerando a autopercepção dos pacientes, como uma primeira etapa no processo de validação de uma nova ferramenta de avaliação do consumo.

### **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **2.1 Doenças cardiovasculares**

As doenças cardiovasculares (DCV) são um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos e são a principal causa de morte no mundo. Em 2019, as DCV foram responsáveis

por 17,9 milhões de mortes, representando 31% de todas as mortes em nível global. Destes óbitos, estima-se que 85% ocorrem devido a ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais (AVCs) (1).

Dentre os fatores de risco para desenvolvimento dessas doenças, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) desempenham papel preponderante. O diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) impõe um risco de Insuficiência Cardíaca duas a cinco vezes maior em comparação com indivíduos sem DM (2). Ainda, a HAS é a doença crônica mais prevalente em todo o mundo, afetando aproximadamente um terço da população adulta (3). Segundo dados de 2021 da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), a frequência de relato de diagnóstico médico de DM foi de 9,1% e de HAS foi de 26,3%, sendo que a proporção de casos aumentou com a idade e diminuiu com o nível de escolaridade (4).

## **2.2 Fatores de risco cardiovasculares modificáveis**

Os principais fatores de risco comportamentais, tanto para doenças cardíacas quanto para AVCs, são o uso de tabaco, hábitos alimentares não saudáveis, obesidade, falta de atividade física e uso nocivo do álcool. Os efeitos dos fatores comportamentais de risco podem se manifestar em indivíduos por meio de glicemia alta, pressão arterial elevada, hiperlipidemia, excesso de peso, os quais indicam um maior risco de desenvolvimento de ataques cardíacos, acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca e outras complicações (1). No DM2, cada incremento de 1% acima de 7% na hemoglobina glicosilada (HbA1c) foi associado a um aumento de 16% no risco de insuficiência cardíaca, independente de outros fatores de risco, incluindo obesidade, tabagismo, HAS, dislipidemia e doença coronariana (5). A HAS também é um dos mais importantes fatores de risco cardiovascular, onde o indivíduo apresenta mais aterosclerose levando ao AVC, insuficiência cardíaca, doença coronária, insuficiência vascular periférica e doença renal (3).

A cessação do tabagismo, redução do sal na dieta, consumo de frutas e vegetais, atividades físicas regulares e evitar o uso nocivo do álcool (ingestão de mais de duas doses/dia para homens e mais de uma dose/dia para mulheres) são capazes de reduzir o risco de doenças cardiovasculares (6). No contexto de alimentação saudável, dietas de alta qualidade foram associadas a uma redução de 22% no risco de DCV segundo revisão sistemática seguida de metanálise de estudos de coorte prospectivos (7). Além disso, o tratamento medicamentoso do

DM, HAS e hiperlipidemia pode ser necessário para reduzir os riscos cardiovasculares e prevenir ataques cardíacos e AVCs (1).

Nas últimas décadas, o Brasil passou por um processo de transição nutricional, um conceito que se refere a mudanças nos padrões de alimentação e estado nutricional, e modificações importantes da ingestão alimentar e nos padrões de atividade física como consequência de transformações econômicas, sociais, demográficas e sanitárias. O excesso de peso é uma condição complexa e crônica, cuja prevalência cresceu inexoravelmente nas últimas quatro a cinco décadas. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, uma dieta inadequada é o principal fator de risco para mortalidade precoce ao redor do mundo. Dessa forma, uma nutrição saudável é recomendada para todos (3).

Em 2010, a *American Heart Association* (AHA) propôs as “Metas de Impacto Estratégico” com o objetivo de diminuir as doenças cardiovasculares, as taxas de mortalidade e melhorar a saúde cardiovascular nos Estados Unidos até 2020. Para atingir esses objetivos e avaliar e monitorar a saúde cardiovascular da população, eles desenvolveram o conceito de “Saúde Cardiovascular Ideal”, que é um escore com fatores de estilo de vida e saúde (8). A *American College of Cardiology* (ACC) e a AHA publicaram uma diretriz sobre a prevenção primária de doenças cardiovasculares. Eles trazem as principais mensagens para a prevenção dessas doenças, as quais pode-se destacar a promoção de um estilo de vida saudável ao longo da vida; a abordagem de cuidados em equipe; o consumo de uma dieta saudável que enfatize a ingestão de vegetais, frutas, nozes, grãos integrais, proteína vegetal ou animal magra e peixe e minimize a ingestão de ácidos graxos do tipo *trans*-insaturados, carne vermelha e processadas, carboidratos refinados e bebidas açucaradas; o aconselhamento e restrição calórica para adultos com excesso de peso, para alcançar e manter a perda de peso; e a prática de pelo menos 150 minutos por semana de atividade física de intensidade moderada ou 75 minutos por semana de atividade física de intensidade vigorosa (9).

Os sistemas de saúde e os países precisam se concentrar em fornecer intervenções eficazes que revertam essas tendências, incluindo aquelas que previnem e controlam o DM e a HAS, além das que diminuem a obesidade e o colesterol alto, melhoram a qualidade da dieta e a atividade física, reduzem o uso excessivo de tabaco e álcool (10). O Ministério da Saúde vem adotando estratégias e ações a fim de investir na prevenção dessas doenças, não só pela qualidade de vida dos indivíduos como também para evitar hospitalizações e consequentemente, os gastos. Um exemplo, é o Programa Nacional de Atenção a Hipertensão

Arterial e Diabetes Mellitus (Programa HIPERDIA), que foi constituído em 2001 com a criação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com o objetivo de estabelecer a organização da assistência, prevenir e promover a saúde, com a vinculação dos usuários à rede, a implementação de programa de educação permanente em hipertensão, diabetes e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares (11).

Além disso, em 2009 foi criado o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) que é uma aliança entre seis hospitais de referência no Brasil e o Ministério da Saúde. O propósito desse programa é apoiar e aprimorar o SUS por meio de projetos de capacitação de recursos humanos, pesquisa, avaliação e incorporação de tecnologias, gestão e assistência especializada demandados pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, foram desenvolvidos os estudos “Efetividade de uma estratégia Nutricional para controle GLICêmico em participantes com diabetes mellitus tipo 2 usuários do Sistema Único de Saúde (SUS): estudo NUGLIC” e “Efetividade de uma estratégia NUtricional para controle PRESSórico em participantes com hipertensão arterial sistêmica usuários do Sistema Único de Saúde (SUS): estudo NUPRESS”, que têm como objetivo avaliar a efetividade de uma estratégia nutricional para o controle glicêmico e pressórico em pacientes com DM2 ou HAS usuários do SUS a fim de minimizar os gastos do sistema público de saúde (12).

### **2.3 Aconselhamento nutricional**

O aconselhamento nutricional tem como objetivo ajudar, da melhor maneira possível, nas mudanças relacionadas ao comportamento alimentar. O processo de aconselhamento ocorre por fases até o objetivo final da mudança e embora as fases sejam comuns a todos os pacientes, acontecem de forma particular em cada um deles. Essas etapas são divididas em três processos progressivos, a primeira fase do aconselhamento é conhecida como Descoberta Inicial, segue pela Exploração em Profundidade e a última etapa é a de Preparação para Ação (13).

A fase de Descoberta Inicial é caracterizada pela formação de vínculo entre o profissional e o cliente. O aconselhador deve estar atento às palavras e ações, demonstrando atenção pela postura, expressões e contato visual. Para o nutricionista, é necessário trabalhar a livre escuta do paciente, sabendo ouvir e aceitar, criando um ambiente propício para a próxima etapa (13). Deve estar preparado para captar o estado emocional do cliente, como

ansiedade, nervosismo e insatisfação, seja verbalmente ou por meio de gestos, posturas, expressões faciais, qualidade da voz e o silêncio (14).

Na etapa Exploração em Profundidade, o paciente deve ser ajudado a explorar seus pensamentos e sentimentos sobre a mudança, aprofundando-se nos problemas e visualizando soluções para estes. O nutricionista deve encorajar o paciente a fazer suas próprias escolhas, percebendo as necessidades do paciente, compartilhando técnicas para a resolução dos problemas, comunicando diagnósticos e incluindo-o em um processo de autodiagnóstico (13). Várias técnicas podem ser utilizadas para facilitar a abordagem ao tema, como questões fechadas e abertas, uso de diretivas e estímulos e escuta efetiva (14). Para esse processo é importante que a confiança tenha sido estabelecida durante a fase inicial.

Na última etapa, de Preparação para Ação, o paciente deve resumir todos os conhecimentos aprendidos até essa fase, testar planos e construir ações para a resolução dos problemas. O nutricionista deve apoiar o paciente, auxiliar na busca por novos planos e encorajá-lo a sustentar essas novas mudanças. Quando essas mudanças se tornarem constantes na vida do paciente, e for constatado através de encontros com o nutricionista que elas foram realmente válidas para o processo, o aconselhamento é tido como encerrado (13).

#### **2.4 Avaliação do consumo alimentar**

Considerando a relevância do aconselhamento nutricional para pacientes com doenças cardiovasculares, a obtenção de informações quanto aos padrões alimentares nesta população torna-se importante porque permitem identificar alimentos ou grupos alimentares que podem contribuir para a carga da doença atual. Os instrumentos mais amplamente utilizados para avaliar o consumo alimentar são o Registro Dietético, Recordatório Alimentar e o Questionário de Frequência Alimentar (QFA) (15,16). O Registro Dietético consiste na descrição detalhada dos tipos e quantidades de alimentos e bebidas consumidas diariamente, discriminados por horário e/ou refeição. Em geral, é repetido durante um certo número de dias, de forma contínua ou não, para a obtenção da estimativa do consumo usual. O Recordatório Alimentar de 24 horas é o método mais utilizado para a obtenção do consumo alimentar. Geralmente, o relato refere-se ao dia anterior à entrevista, porque se considera que este é o período em que os indivíduos são capazes de lembrar a sua ingestão alimentar com o detalhamento desejado neste tipo de investigação. O QFA é um questionário no qual o respondente é apresentado a uma lista de alimentos e solicitado a relatar com que frequência

cada item é consumido em média, em número de vezes por dia, por semana ou por mês, em um dado período, geralmente, os últimos seis ou 12 meses. Ele resultou da necessidade de avaliar o consumo de longo prazo, como uma alternativa ao registro alimentar e ao recordatório de 24 horas, que estimam o consumo pontual e se tornam cansativos e trabalhosos quando repetidos por longos períodos (15).

Embora os inquéritos dietéticos identifiquem a composição da dieta atual e/ou habitual, eles são incapazes de classificá-la quanto a sua qualidade. Neste sentido, os índices dietéticos têm sido propostos para avaliar a qualidade global da dieta de indivíduos ou populações a partir das informações obtidas com os inquéritos (16, 17). Cacao e colaboradores (18) desenvolveram e validaram um índice baseado nas Metas Dietéticas da AHA e o escore de dieta saudável para definição de saúde cardiovascular. O *Cardiovascular Health Diet Index* foi baseado nessas recomendações, com algumas adaptações para se adequar à cultura alimentar brasileira, e inclusão dos componentes baseados em evidências científicas quanto à proteção (produtos lácteos) ou risco (carne vermelha e alimentos ultraprocessados) de doença cardiovascular e outros desfechos, como DM2.

Porém, de uma forma geral, os índices dietéticos publicados até a presente data foram propostos para serem preenchidos pelo profissional e omitem a participação do paciente neste processo (16,17,19). Considerando o pressuposto de que o paciente deve estar no centro do cuidado e das decisões relacionadas ao processo de mudança de estilo de vida (20), existe uma modalidade profissional denominada de *Coach*, que auxilia o indivíduo a atingir um objetivo, seja na vida pessoal ou profissional, a partir de treinamento e orientação e que dentro da sua metodologia, proporciona consciência e autoconhecimento. Esta temática é baseada na ideia de que há vários aspectos que o indivíduo desconhece em si mesmo e que só é capaz de reconhecer com a aquisição de novas competências obtidas durante o processo de *Coaching* (21). O *coaching* está sendo cada vez mais reconhecido como um dos métodos de desenvolvimento pessoal mais satisfatórios e eficientes para alcançar objetivos pessoais e/ou profissionais e aplica-se a cada vez a um número mais diversificado de áreas profissionais. Uma das etapas da metodologia do *Coaching* é a identificação da situação atual do cliente e, para isso, existem algumas ferramentas utilizadas durante o processo, entre elas, a “Roda da Vida”. Este instrumento tem a forma de um círculo e é dividido em fatias onde cada uma representa a satisfação que o cliente sente em determinada área da vida e, em cada fatia, há uma escala numeral, simbolizando o quão satisfeito o cliente está naquela área (22).

Este instrumento poderia ser utilizado na educação alimentar, uma vez que coloca o paciente/cliente como principal ator no processo a partir do autoconhecimento do seu comportamento alimentar. Pensando nisso, a nutricionista Sophie Deram elaborou a “Roda dos Sete Pilares da Saúde Alimentar”, uma ferramenta de autoconhecimento, autoavaliação e autogestão das mudanças no comportamento alimentar, que foi adaptada da “Roda da Vida”. Ela traz que o objetivo de trabalhar com essa ferramenta no processo de mudança de hábitos é identificar aspectos da vida que podem estar afetando a saúde, impedindo que o paciente tenha uma relação saudável com a comida, o seu peso e o seu corpo (23). Entretanto, até a presente data, não encontramos publicações científicas sobre a avaliação do desempenho desta interessante ferramenta.

Em relação à autopercepção dos indivíduos quanto a sua saúde e alimentação, parece haver uma relação entre aqueles que seguem uma alimentação saudável com uma melhor percepção de saúde (24). Um estudo transversal com 4.419 pacientes teve como objetivo comparar a “qualidade da dieta percebida” com a qualidade da dieta medida por uma pontuação do índice *Dietary Approaches to Stop Hypertension* baseado em nutrientes. Os autores demonstraram que os participantes com alta “qualidade da dieta percebida” tiveram pontuações mais altas do índice *Dietary Approaches to Stop Hypertension*, comparado aos com baixa percepção da qualidade da dieta (25). Um outro estudo transversal com 1.243 indivíduos teve como objetivo analisar a prevalência de autopercepção positiva da alimentação e sua associação com fatores sociodemográficos, comportamentais, morbidades, autopercepção da saúde e do peso e cuidados com o peso corporal. Foi demonstrado que a prevalência de autopercepção positiva da alimentação foi de 72,4% e dos 13 indicadores que compõem a alimentação adequada, dez se mostraram significativamente associados com a autopercepção positiva, são eles: realização do café da manhã, almoço, café da tarde e ceia; consumo de leguminosas, verduras/legumes e peixe; refrigerantes/sucos artificiais e doces (consumo de até 2 dias/semana) (26). Além disso, a autopercepção negativa da alimentação pode sensibilizar e estimular mudanças de comportamento, bem como adoção de melhores hábitos alimentares (26).

Pensando nisso, a “Roda da Vida” foi adaptada para uma “Teia Alimentar” pelo nosso grupo de pesquisa e colaboradores com o intuito de ter uma ferramenta para trabalhar o aconselhamento nutricional dos pacientes. A Teia Alimentar é composta por onze grupos de alimentos: carne vermelha, peixes, sementes/nozes, frutas, verduras e legumes, ultraprocessados, laticínios, embutidos, leguminosas, grãos integrais e bebidas açucaradas.

Para cada grupo há indicação de quantidade e frequência recomendada de consumo, baseado nas recomendações nutricionais do *Cardiovascular Health Diet Index* (18). O paciente, a partir da própria percepção, pode atribuir “ótimo” – quando está sempre consumindo a porção recomendada; “muito bom” ou “bom” – quando frequentemente está consumindo a porção recomendada; “ruim” – quando raramente está consumindo a porção recomendada; e “péssimo” – quando está longe de consumir a porção recomendada. Entretanto, o seu desempenho precisa ser avaliado quanto a reprodutibilidade, o qual refere-se a concordância de resultados (confiabilidade, fidedignidade, precisão) e a validade, o qual refere-se ao grau em que a ferramenta é capaz de determinar o verdadeiro valor do que está sendo medido (certeza, exatidão). Para determinar a validade, compara-se os resultados com os de um padrão de referência. Neste contexto, a presente dissertação tem a intenção de contribuir com a etapa inicial deste processo de avaliação da validade relativa da nova ferramenta.

### **3 JUSTIFICATIVA E HIPÓTESE**

A associação entre componentes na dieta e o desenvolvimento de enfermidades tem sido cada vez mais estabelecida em estudos epidemiológicos. A avaliação da qualidade alimentar pode contribuir para o planejamento de estratégias de prevenção e controle de doenças. Portanto, o aperfeiçoamento das ferramentas de coleta de informações é crucial para a determinação de associações precisas entre dieta e saúde-enfermidade (14). Os instrumentos mais amplamente utilizados, exigem que o preenchimento seja realizado pelo nutricionista a partir dos dados obtidos no inquérito alimentar. Sendo assim, os instrumentos inviabilizam que o paciente identifique, através da própria percepção, seu padrão alimentar (15,16,19).

A hipótese do presente estudo é que a “Teia Alimentar” pode apresentar um bom desempenho para avaliação da qualidade da dieta considerando a autopercepção dos pacientes quando comparada com a avaliação feita pela nutricionista na mesma ferramenta. Afinal, o instrumento pode ser preenchido pelo próprio paciente, permite a visualização (a partir de imagens) de grupos alimentares e possivelmente promove a reflexão do indivíduo sobre seus hábitos alimentares (autoconhecimento do comportamento alimentar). Entretanto, como é um instrumento inédito, seu desempenho precisa ser testado.

#### **4 OBJETIVO**

Comparar as informações de qualidade da dieta obtidas a partir da percepção do paciente com a avaliação feita pela nutricionista na “Teia Alimentar”.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Cardiovascular Diseases [Internet]. 2021 June 11. [cited 2022 Jun 2]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
2. Kannel WB, Hjortland M, Castelli WP. Role of diabetes in congestive heart failure: the Framingham study. *Am J Cardiol*. 1974;34(1):29-34.
3. Prêcoma DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCO, et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia [Internet]. *Arq Bras Cardiol*. 2019; 113(4):787-891.
4. Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
5. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, Hadden D, Turner RC, Holman RR. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ*. 2000 Aug 12;321(7258):405-12.
6. Barbaresko J, Rienks J, Nöthlings U. Lifestyle Indices and Cardiovascular Disease Risk: A Meta-analysis. *Am J Prev Med*. 2018 Oct;55(4):555-564.
7. Schwingshackl L, Bogensberger B, Hoffmann G. Diet Quality as Assessed by the Healthy Eating Index, Alternate Healthy Eating Index, Dietary Approaches to Stop Hypertension Score, and Health Outcomes: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. *J Acad Nutr Diet*. 2018 Jan;118(1):74-100.e11.
8. Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, Mozaffarian D, Appel LJ, Van Horn L, et al; American Heart Association Strategic Planning Task Force and Statistics Committee. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic Impact Goal through 2020 and beyond. *Circulation*. 2010 Feb 2;121(4):586-613.
9. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2019 Sep 10;140(11):e596-e646.
10. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases Writing Group. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol*. 2020 Dec 22;76(25):2982-3021.
11. Cadernos de Atenção Básica: 7. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo / Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

12. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Available from: <https://hospitais.proadi-sus.org.br/>
13. Feoli AMP, Fitz RC, Zimmer S, Lang TSS, Wulff TS. Aconselhamento nutricional nas doenças crônicas não transmissíveis: técnicas da entrevista motivacional [Internet]. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2014 [cited 2022 Ago 27]. p. 22-30. Available from: <http://www.pucrs.br/edipucrs>.
14. Rodrigues EM, Soares FFTP, Boog MC. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Rev. Nutr.* 2005; 18(1):119-128.
15. Kac G, Sichieri R, Gigante DP. Introdução à Epidemiologia nutricional. In: *Epidemiologia Nutricional* [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Atheneu; 2007 [cited 2022 Jun 2]. p. 181-200. Available from: <https://books.scielo.org/id/rrw5w/pdf/kac-9788575413203-03.pdf>.
16. Hu FB. Dietary pattern analysis: a new direction in nutritional epidemiology. *Curr Opin Lipidol.* 2002 Feb;13(1):3-9.
17. Gil A, Victoria EM, Olza J. Indicators for the evaluation of diet quality. *Nutr Hosp.* 2015 Feb 26;31Supl. 3:128-144.
18. Cacau LT, Marcadenti A, Bersch-Ferreira AC, Weber B, de Almeida JC, Rodrigues CCR, et al. The AHA Recommendations for a Healthy Diet and Ultra-Processed Foods: Building a New Diet Quality Index. *Front Nutr.* 2022 Apr 11;9:804121.
19. Reedy J, Lerman JL, Krebs-Smith SM, Kirkpatrick SI, Pannucci TE, Wilson MM, et al. Evaluation of the Healthy Eating Index-2015. *J Acad Nutr Diet.* 2018 Sep;118(9):1622-1633.
20. American Diabetes Association Professional Practice Committee; 5. Facilitating Behavior Change and Well-being to Improve Health Outcomes: *Standards of Medical Care in Diabetes—2022. Diabetes Care* 1 January 2022; 45 (Supplement\_1): S60–S82.
21. Guido A, Linero M. Estudio de resultados de la aplicación de un programa de Coaching Gerencial en la empresa Brightstar de Venezuela como herramienta efectiva comunicacional. Facultad de Administración, Universidad Nueva Esparta, Caracas.
22. Byrne U. Wheel of Life: Effective steps for stress management. *Business Information Review.* 2005. 22(2): 123–130.
23. Deram S. Os 7 Pilares da Saúde Alimentar. Rio de Janeiro: Sextante; 2021.
24. Abellán GB, López-Torres Hidalgo JD, Sotos JR, López-Torres López J, Val Jiménez CL et al. Healthy eating and self-perception of health. *Aten. Prim.* 2016 Oct;48(8):535-542.
25. Powell-Wiley TM, Miller PE, Agyemang P, Agurs-Collins T, Reedy J. Perceived and objective diet quality in US adults: a cross-sectional analysis of the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). *Public Health Nutr.* 2014 Dec;17(12):2641-9.

26. Machado KP, Vaz JDS, Mendoza-Sassi RA. Positive self-perception of diet: a population-based study in the far south of Brazil. *Epidemiol Serv Saude*. 2019 Oct 28;28(3):e2018197.