

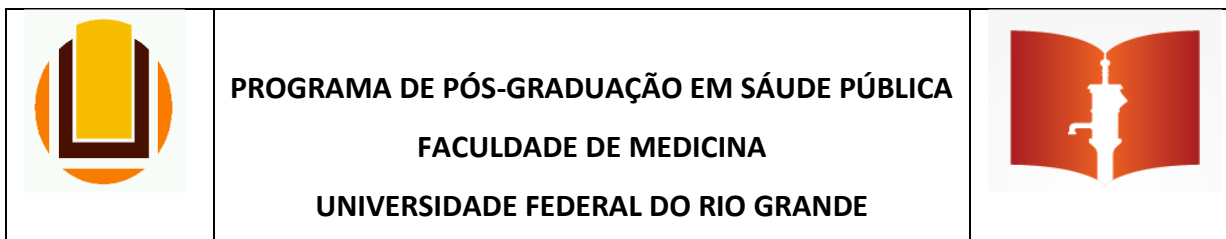


PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

**PREVALÊNCIA DE MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR NAS MULHERES DA
ZONA RURAL NO EXTREMO SUL DO BRASIL**

FERNANDA DE CASTRO SILVEIRA

2018



**PREVALÊNCIA DE MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR NAS MULHERES DA
ZONA RURAL NO EXTREMO SUL DO BRASIL**

FERNANDA DE CASTRO SILVEIRA

MESTRANDA

PROF^ª. DR^ª. LULIE ROSANE ODEH SUSIN

ORIENTADORA

PROF. DR. RODRIGO DALKE MEUCCI

COORIENTADOR

RIO GRANDE, RS, MARÇO DE 2018.

FERNANDA DE CASTRO SILVEIRA

**PREVALÊNCIA DE MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR NAS MULHERES DA
ZONA RURAL NO EXTREMO SUL DO BRASIL**

**Dissertação de mestrado apresentada como requisito
parcial para obtenção do título de mestre junto ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Rio Grande.**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lulie Rosane Odeh Susin

Coorientador: Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci

RIO GRANDE, RS, MARÇO, 2018

FERNANDA DE CASTRO SILVEIRA

**PREVALÊNCIA DE MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR NAS MULHERES DA
ZONA RURAL NO EXTREMO SUL DO BRASIL**

Banca examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Lúlie Rosane Odeh Susin

Orientadora (Presidente)

Prof^ª. Dr^ª. Maria Cecília Formoso Assunção

Examinadora externa - Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Raúl Andrés Mendoza-Sassi

Examinador interno

Prof. Dr. Silvio Omar Macedo Prietsch

Examinador suplente

RIO GRANDE, RS, MARÇO, 2018

Aos meus amores, minha família.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus, que me ajudou durante a caminhada, me dando saúde, força e persistência para enfrentar todos os obstáculos.

À Universidade Federal do Rio Grande, pelo ensino público e de qualidade.

Aos meus pais, meus exemplos, Paulo Fernando Silveira e Jane de Castro Silveira, que sempre batalharam para me ajudar e sempre me incentivaram a estudar.

Ao meu esposo, meu amor, Eduardo Soldera Oliveira, que sempre esteve ao meu lado, com palavras de incentivo, carinho e determinação.

À minha filha, minha querida, Betina Silveira Oliveira, minha razão de viver.

À minha orientadora, Lulie Rosane Odeh Susin, que aceitou o desafio de me orientar, com muita sabedoria e dedicação, tornando possível a conclusão desse trabalho.

Ao meu coorientador, Rodrigo Dalke Meucci, pela ajuda e contribuições.

Aos professores Raúl Andrés Mendoza-Sassi e Maria Cecília Formoso Assunção, por terem aceito o convite de ser banca desse trabalho e contribuído muito.

À todos professores que fizeram parte da minha formação acadêmica.

À todos os colegas, pela superação de terem vencido os desafios de realizar o consórcio de pesquisa na zona rural.

Por fim, as entrevistadoras da pesquisa e aos moradores da zona rural de Rio Grande, participantes do consórcio.

Muito Obrigada!

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEPAS	Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde
CGAN	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de confiança
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMC	Índice de massa corporal
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds ratio
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
PPGSP	Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
QFA	Questionário de frequência alimentar
QFCA	Questionário de frequência e consumo alimentar
R24hs	Recordatório de 24 hs
REDCap	Research Electronic Data Capture

SCIELO	Scientific Eletronic Library online
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria de Município da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TV	Televisão
UBSs	Unidades Básicas de Saúde
UBSFs	Unidades Básicas de Saúde da Família
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

PREVALÊNCIA DE MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR NAS MULHERES DA ZONA RURAL NO EXTREMO SUL DO BRASIL

Resumo

Objetivo: Descrever a prevalência da ingestão de alimentos marcadores de consumo alimentar saudável e não saudável e sua associação com fatores socioeconômicos, demográficos, comportamentais e de saúde.

População alvo: Mulheres da área rural em idade fértil de 15 a 49 anos de idade.

Delineamento: Estudo transversal, de base populacional, com mulheres da zona rural do município de Rio Grande, RS, Brasil.

Desfecho: Consumo alimentar saudável e não saudável. O desfecho foi coletado através do questionário de marcadores de consumo alimentar do Ministério da Saúde.

Processo amostral: O processo de amostragem foi sistemático para selecionar 80% das mulheres da zona rural. Este processo foi realizado através do sorteio de um número de 1 a 5 que correspondeu ao domicílio considerado excluído.

Análises: Foi utilizado a regressão de Poisson para a análise bruta e ajustada.

Resultados: Foram analisados dados de 963 mulheres entre abril e outubro de 2017. Em relação aos marcadores saudáveis, os indicadores mostraram os seguintes percentuais de consumo no dia anterior: feijão 71,2% (IC 95% 68,3 a 74,1), frutas frescas 52,9% (IC 95% 49,7 a 56,0) e verduras e/ou legumes 55,1% (IC 95% 51,9 a 58,2). Referente aos marcadores não saudáveis, os indicadores demonstraram: hambúrguer e embutidos 22,5% (IC 95% 19,9 a 25,2), bebidas adoçadas 66,1% (IC 95% 63,1 a 69,1), macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados 19,9% (IC 95% 17,4 a 22,4) e biscoitos recheados, doces ou guloseimas 35,5% (IC 95% 32,4 a 38,5). A classificação econômica foi estatisticamente significativa para os marcadores alimentares saudáveis, para o consumo de feijão foi a menor classe e para frutas e verduras/legumes a maior classe. Destaca-se que a menor faixa etária, entre 15 e 19 anos, foi a categoria da variável idade que associou-se de forma significativa mais frequentemente aos marcadores alimentares não saudáveis, ao maior consumo de hambúrguer ou embutidos e de bebidas adoçadas.

Conclusões: O consumo alimentar na população do estudo apresentou prevalências satisfatórias dos alimentos saudáveis. Em relação aos alimentos não saudáveis, embora o ideal seja que não houvesse consumo, as prevalências não podem ser consideradas elevadas. Estes resultados podem ser úteis nas ações de saúde.

Descritores: Alimentação; Consumo de alimentos; Mulheres; População rural.

PREVALENCE OF FOOD CONSUMER MARKERS IN WOMEN IN THE RURAL AREA IN THE EXTREME SOUTH OF BRAZIL

Abstract

Objective: To describe the prevalence of food intake of healthy and unhealthy food consumption markers and its association with socioeconomic, demographic, behavioral and health factors.

Target population: Rural women of childbearing age ranging from 15 to 49 years old.

Design: A cross-sectional, population-based study with women from the rural area of Rio Grande, RS, Brazil.

Outcome: Healthy and unhealthy food consumption. The sample was made using the food consumption markers questionnaire from the Ministry of Health.

Sampling: The sampling process was systematic to select 80% of the women in the rural area. This process was carried out by drawing a number from 1 to 5 which corresponded to the domicile considered excluded.

Analysis: Poisson regression was used for the blunt and adjusted analysis.

Results: Data from 963 women was analyzed between April and October 2017. Regarding healthy markers, the indicators showed the following percentages of consumption the previous day: beans 71.2% (CI 95% 68.3 to 74.1) , fresh fruits 52.9% (IC 95% 49.7 to 56.0) and green vegetables and / or vegetables 55.1% (95% CI 51.9 to 58.2). Regarding unhealthy markers, the indicators showed: hamburger and sausage 22.5% (IC 95% 19.9 to 25.2), sweetened beverages 66.1% (IC 95% 63.1 to 69.1), noodles instant snacks, packet chips or savory biscuits 19.9% (IC 95% 17.4 to 22.4) and filled biscuits, sweets or treats 35.5% (95% CI 32.4 to 38.5). The economic classification was statistically significant for healthy food markers, it was the lowest class for the consumption of beans and for fruits and it was the highest for green vegetables / vegetables. It should be noted that the lowest age group, between 15 and 19 years old, was the age category that was significantly more frequently associated with unhealthy food markers, higher consumption of hamburger or sausage and sweetened beverages.

Conclusion: Food consumption in the study population showed satisfactory prevalence of healthy food. In relation to unhealthy food, the ideal would be no consumption, prevalences can not be considered high. These results may be useful in order to propose health actions.

Keywords: Feeding; Food consumption; Women; Rural population.

CONTEÚDOS DO VOLUME

1. Projeto de pesquisa.....	14
2. Relatório do trabalho de campo	55
3. Adaptações em relação ao projeto inicial.....	67
4. Normas da Revista de Saúde Pública.....	70
5. Artigo.....	82
6. Nota a imprensa.....	107
7. Anexo.....	109
8. Apêndices.....	111

SUMÁRIO

1.	Introdução	15
1.1	Revisão Bibliográfica	19
1.1.1	Processo de busca dos artigos	19
1.1.2	Prevalência do desfecho	22
1.1.3	Variáveis relacionadas ao consumo alimentar	25
1.1.4	Variáveis demográficas	26
1.1.5	Variáveis socioeconômicas	26
1.1.6	Variáveis comportamentais	28
1.1.7	Variável de saúde	29
1.1.8	Sínteses da revisão	29
2.	Justificativa	30
3.	Objetivos	31
3.1	Objetivo geral	31
3.2	Objetivos específicos	31
4.	Hipóteses	32
5.	Metodologia	33
5.1	Local do estudo	33
5.2	População alvo	33
5.3	População em estudo	33
5.4	Delineamento do estudo	34
5.5	Definição operacional do desfecho	34
5.6	Definição das variáveis de exposição	35
5.7	CrITÉrios de inclusão, exclusão e perda	37
5.8	Amostragem	37
5.9	Instrumento de pesquisa	38
5.10	Seleção dos entrevistadores	38
5.11	Treinamento dos entrevistadores	39
5.12	Estudo piloto	39
5.13	Logística de campo	40

5.14	Coleta de dados	41
5.15	Controle de qualidade	42
5.16	Processamento e análise dos dados	42
5.17	Aspectos éticos	43
6.	Divulgação dos resultados	46
7.	Orçamento	47
8.	Cronograma	49
9.	Referências bibliográficas	51
10.	Normas da Revista	70
10.1	Artigo	82
10.2	Nota a imprensa	107
11.	Anexo	109
11.1	Anexo 1 – Formulário do SISVAN	110
12.	Apêndices	111
12.1	Apêndice 1 – Resumo dos estudos	112
12.2	Apêndice 2 – Questionário – Bloco domiciliar	119
12.3	Apêndice 3 – Questionário – Bloco das mulheres	123
12.4	Apêndice 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Menores	131
12.5	Apêndice 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Mulheres	132

PROJETO DE PESQUISA

1 INTRODUÇÃO

Saúde da Mulher

Embora mulheres e homens compartilhem desafios de saúde similares, as diferenças entre eles existem e cada grupo apresenta suas especificidades. Geralmente, as mulheres vivem mais do que os homens por causa de vantagens biológicas e comportamentais. Apesar disso, a longevidade das mulheres não é necessariamente mais saudável. Há condições que são vivenciadas tão somente pelas mulheres, cujo impacto negativo é sofrido apenas por elas. Algumas destas condições, como a gravidez e o parto, não são doenças, mas processos biológicos e sociais que acarretam riscos à saúde e requerem cuidados (OMS, 2011).

O Ministério da Saúde (MS) em 2003 iniciou a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - quando a equipe técnica de saúde da mulher avaliou os avanços e retrocessos alcançados até o momento. Em maio de 2004 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - construída a partir da proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) e respeitando as características da nova política de saúde. Em julho de 2005, foram operacionalizadas as ações previstas no Plano de Ação construído e legitimado por diversos setores da sociedade e pelas instâncias de controle social do SUS.

Diante da complexidade dos fatores relacionados à saúde da mulher, foi necessária a formulação de políticas públicas capazes de incidir sobre as necessidades deste grupo. O Brasil tem acompanhado as mudanças no que tange as principais questões de saúde pública, sendo também fundamental realizar o acompanhamento das práticas alimentares, para favorecer o desenvolvimento de políticas focadas na melhoria do perfil epidemiológico e de saúde da população (BRASIL, 2015).

Transição nutricional

A população brasileira, nas últimas décadas, experimentou grandes transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e consumo alimentar. Essas transformações acarretaram impacto na diminuição da pobreza e exclusão social e, conseqüentemente, da fome e desnutrição (BRASIL, 2012).

Por outro lado, observa-se aumento vertiginoso do excesso de peso em todas as camadas da população, apontando para um novo cenário de problemas relacionados à alimentação e a nutrição (BRASIL, 2012).

As doenças crônicas são a principal causa de mortalidade de adultos no Brasil. A Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira é parte integrante e está em sintonia com o Plano Plurianual 2012-2015, Plano Brasil Sem Miséria, Plano de Segurança Alimentar e Nutricional e o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011).

Política Nacional de Alimentação e Nutrição

O Ministério da Saúde, através da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), é o principal norteador das ações relacionadas à alimentação e a nutrição nos estados e municípios brasileiros. Dentre suas políticas e programas relacionados à alimentação, destaca-se a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a qual, por meio de um conjunto de políticas públicas, propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação (BRASIL, 2012).

As diretrizes que integram a PNAN indicam as linhas de ações para o alcance de propósitos, capazes de modificar os determinantes de saúde e promover a saúde da população. A Diretriz número 2 da Política Nacional de Alimentação e Nutrição trata sobre a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável. A dieta habitual dos brasileiros é composta por diversas influências e na atualidade é fortemente caracterizada por uma combinação de uma dieta dita “tradicional” (baseada no arroz com feijão) com alimentos classificados como ultraprocessados, com altos teores de gorduras, sódio e açúcar, e com baixo teor de micronutrientes e alto conteúdo calórico (BRASIL, 2012).

O Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado em 2006, apresentou as primeiras diretrizes alimentares oficiais para a população brasileira. Diante das transformações sociais vivenciadas pela sociedade, que impactaram sobre suas condições de saúde e nutrição, fez-se necessária a apresentação de novas diretrizes. A

segunda edição do guia publicada em 2014 passou por um processo de consulta pública, que permitiu o seu amplo debate por diversos setores da sociedade (BRASIL, 2014).

Tendo por pressupostos os direitos à saúde e à alimentação, o guia é um documento oficial que aborda os princípios e as recomendações de uma alimentação adequada e saudável para a população brasileira, configurando-se como instrumento de apoio às ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) no Sistema Único de Saúde e também em outros setores (BRASIL, 2014).

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) foi regulamentado como atribuição do SUS, por meio da Portaria nº 080-P, de 16 de outubro de 1990, do Ministério da Saúde e da Lei nº 8080/1990, capítulo I, artigo 6º, inciso IV – Lei Orgânica da Saúde. Antes desse momento, existiam inúmeras experiências locais em diversas partes do País, sem uma articulação estadual e nacional (BRASIL, 2008).

A avaliação do consumo alimentar da população atendida na Atenção Básica (AB) ocorre por meio do SISVAN Web. Trata-se do sistema informatizado que possui dois tipos de acesso: público e restrito. O SISVAN disponibiliza os formulários de marcadores de consumo alimentar, permitindo a avaliação do consumo alimentar da população brasileira na rotina da Atenção Básica (BRASIL, 2011). No âmbito coletivo, a avaliação dos marcadores possibilita o reconhecimento de alimentos ou comportamentos que se relacionam à alimentação saudável ou não saudável (BRASIL, 2015).

A observação de marcadores de consumo alimentar indica o que deve ser enfatizado pela equipe de saúde para a adoção de práticas alimentares mais saudáveis pela população. As questões contemplam os marcadores de consumo alimentar construídos com base na nova proposta do Guia Alimentar para a População Brasileira, tendo 3 categorias: para crianças menores de 6 meses; crianças de 6 a 23 meses; e crianças com dois anos ou mais, adolescentes, adultos, idosos e gestantes (BRASIL, 2015).

Atualmente, os formulários utilizados para a avaliação de marcadores de consumo alimentar propõem a avaliação de alimentos consumidos no dia anterior, o que ameniza possíveis vieses de memória, ou seja, esquecimento em relação à alimentação realizada a pouco tempo (BRASIL, 2015).

Em relação aos alimentos, são considerados marcadores saudáveis: o consumo de frutas frescas, verduras e/ou legumes e feijão; e não saudáveis: o consumo de embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo e biscoitos salgados, bem como o consumo de doces, guloseimas e biscoitos recheados (BRASIL, 2015).

A dieta equilibrada é um requisito fundamental e indispensável para a qualidade de vida e longevidade das populações. A alimentação é um dos fatores de risco ou proteção modificável que pode ser desencorajado ou incorporado à vida das pessoas. E é sabido que modificações no perfil alimentar resultam em mudanças nos padrões de morbimortalidade (2002 apud Schneider BC et al., 2013).

A literatura concorda que dois aspectos mais fortemente relacionados ao acúmulo de gordura corporal consistem no consumo alimentar, com aumento do fornecimento de energia pela dieta, e na redução da atividade física (Lourenço AEP, 2012).

Dessa forma, destaca-se a importância de focar não somente o aspecto quantitativo da alimentação, mas também identificar a qualidade dos alimentos e os fatores que podem estar associados ao consumo principalmente dos alimentos não saudáveis (BRASIL, 2015).

População rural

A população rural brasileira caracteriza-se por uma diversidade de raças, etnias, povos, religiões, culturas, sistemas de produções e padrões tecnológicos, segmentos sociais e econômicos, de ecossistemas e de uma rica biodiversidade. Assim, a riqueza deste Brasil rural vai além de seus recursos naturais, pois se encontra também na diversidade de sua gente, representada pelas populações tradicionais quilombolas, por povos indígenas, povos das florestas (agroextrativistas, seringueiros), povos do cerrado, do semiárido, da caatinga, dos campos, das montanhas, dos pampas e do pantanal, pelas comunidades ribeirinhas, pelas vilas litorâneas de pescadores artesanais e dos manguezais e pelas mulheres quebradeiras de coco babaçu das florestas de palmares (BRASIL, 2012a).

O Ministério da Saúde (MS), considerando desfavoráveis as condições de saúde dessas populações e visando diminuir as iniquidades em saúde, quanto à redução dos

agravos que incidem nas taxas de morbidade e mortalidade neste grupo populacional, instituiu o Grupo da Terra (por meio da Portaria nº 2.460/2005), composto por representantes de órgãos governamentais, movimentos sociais e convidados, que teve entre seus objetivos elaborar a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) e definir estratégias para a sua implementação no País. Este grupo constitui-se como um espaço de diálogo entre os movimentos sociais e o governo federal, buscando dar respostas às suas demandas e necessidades de saúde.

O levantamento de dados do consumo alimentar de uma população rural, se constitui, sempre, de um trabalho difícil, devido a extensão das áreas a serem cobertas e aos acessos.

1.1 Revisão Bibliográfica

A revisão de literatura foi realizada com o objetivo de identificar o que foi publicado sobre o consumo alimentar das mulheres da zona rural, nas diferentes regiões do mundo. As bases de dados utilizadas para a pesquisa foram: *Pubmed*, *Lilacs* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e *Scielo* (Scientific Electronic Library online). Foram selecionados artigos nas línguas portuguesa, espanhola ou inglesa, publicados nos últimos 10 anos.

1.1.1 Processo de busca de artigos

Os descritores utilizados para a pesquisa foram combinados da seguinte forma na base da *Pubmed* e *Scielo* consumo alimentar or food consumption and zona rural or rural population and mulheres or women. Já na base *Lilacs* foi utilizado o descritor “consumo alimentar”. O número de artigos encontrados e a seleção estão no fluxograma, descritos na Figura 1. Os artigos selecionados estão descritos no Quadro 1 (Apêndice 1).

A seleção dos artigos que compõem esta revisão bibliográfica foi realizada na seguinte sequência: 1º) leitura dos títulos dos artigos capturados através dos descritores; 2º) seleção dos títulos considerados relevantes; 3º) leitura dos resumos; 4º) seleção dos resumos considerados relevantes; 5º) leitura dos artigos na íntegra e 6º) seleção dos estudos considerados relevantes, levando em conta a sua qualidade.

Os principais motivos de exclusão de estudos em todas as etapas da revisão de

literatura foram estudos que abordaram micronutrientes ou nutrientes específicos diferentes dos alimentos usados como marcadores alimentares saudáveis e não saudáveis utilizados pelo SISVAN ou que tratavam de patologias.

Foram identificadas 223 referências na *Pubmed*, 65 no *Scielo* e 1215 na base *Lilacs*, totalizando 1503 referências, das quais foram incorporadas a biblioteca do programa *EndNote*, e usando o comando *find duplicates* foram encontrados 16 estudos duplicados, sendo estes excluídos. Foi incluído também o estudo do VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) realizado em 2014 no Brasil.

Todos os estudos inseridos na revisão de literatura possuem delineamento transversal ou de coorte, data de publicação entre 2007 e 2016. Os tamanhos de amostra variaram de 150 até 246.995 indivíduos, faixa etária de 10 a 80 anos e cerca de 92,86% dos estudos contemplam ambos os sexos. Em relação aos instrumentos utilizados para verificar o consumo, três estudos utilizaram Questionários de Frequência Alimentar (QFA), um aplicou o Recordatório de 24hs (R24hs), dez estudos utilizaram questionários semi estruturados, um fez uso de exames laboratoriais e seis utilizaram dados antropométricos.

Destes, seis são brasileiros: Carvalho EO *et al.*, 2011; Lourenço AEP, 2012; Araujó MC *et al.*, 2013; Schneider BC *et al.*, 2013; Souza AM *et al.*, 2013 e Claro RM *et al.*, 2015. Os demais estudos foram conduzidos nos seguintes países: África do Sul (Vorster HH *et al.*, 2014), Austrália (Charlton R *et al.*, 2014), China (Xiao J *et al.*, 2015), Índia (Venkaiah K *et al.*, 2011; Bhagyalaxmi A *et al.*, 2013), Lituânia (Kriaucioniene V *et al.*, 2012), México (Fernald L, 2007) e Nepal (Campbell RK *et al.*, 2014).

Os estudos que incluíram apenas a população rural foram cinco: Fernald L, 2007; Carvalho EO *et al.*, 2011; Venkaiah K *et al.*, 2011; Araujó MC *et al.*, 2013 e Xiao J *et al.*, 2015.

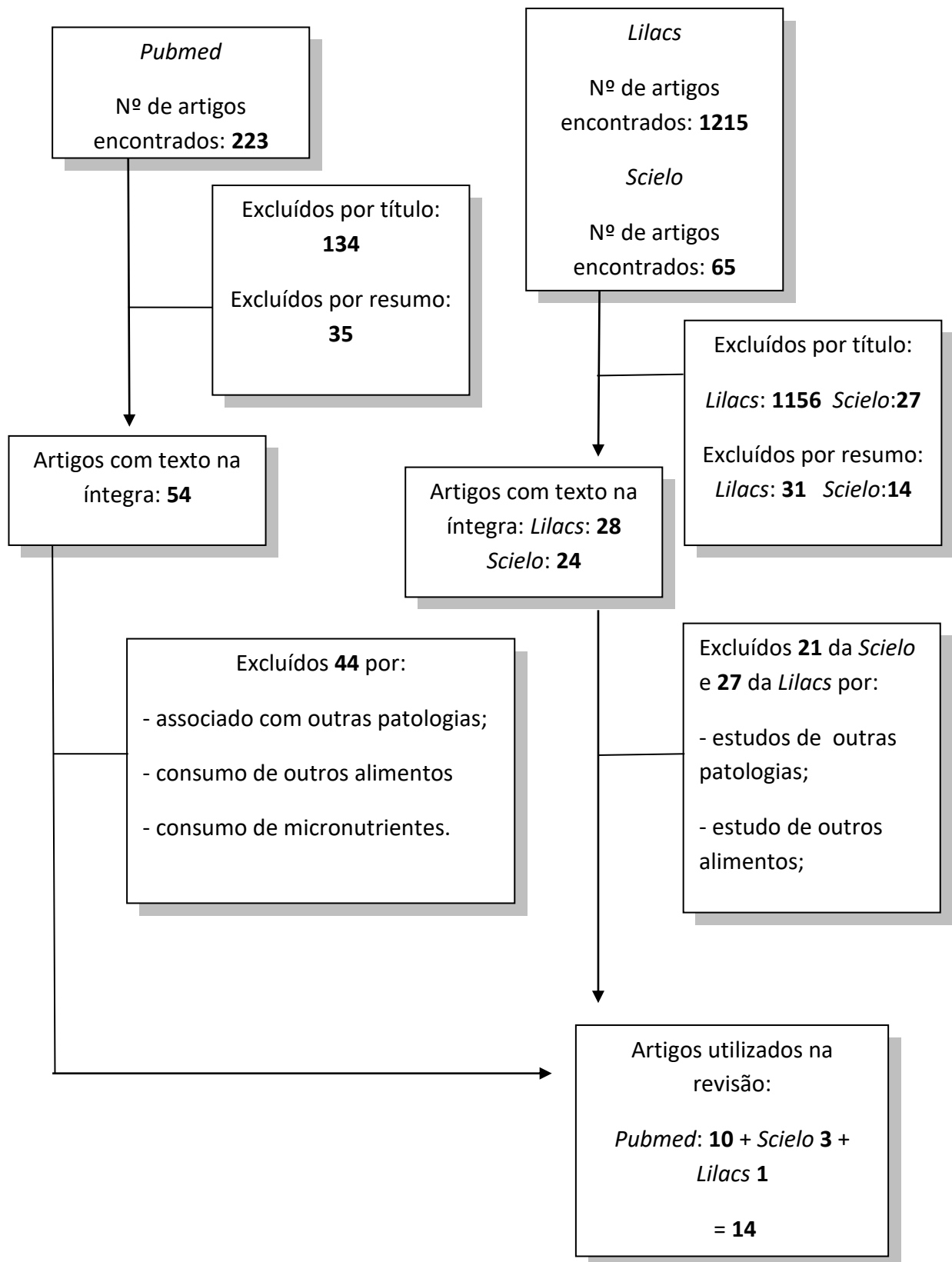


Figura 1. Fluxograma de busca de artigos.

1.1.2 Prevalência do desfecho

Consumo alimentar saudável

Com o objetivo de subsidiar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças por meio de informações de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis, a pesquisa VIGITEL vem sendo realizada anualmente, desde 2006, pelo Ministério da Saúde.

Dados da pesquisa brasileira VIGITEL, no ano de 2014, que entrevistou quase 41 mil pessoas com mais de 18 anos, residentes de todas as capitais brasileiras e do Distrito Federal, considerou regular o consumo de frutas e hortaliças, sendo estas consumidas em cinco ou mais dias da semana. A frequência de adultos que consumiram regularmente frutas e hortaliças variou entre 31,5% em Manaus e 57,3% no Distrito Federal. As maiores frequências foram encontradas, entre mulheres, no Distrito Federal (67,0%), Belo Horizonte (62,4%) e Porto Alegre (61,5%). As menores frequências do consumo regular de frutas e hortaliças, no sexo feminino, foi em Belém (38,3%), Manaus (40,1%) e Fortaleza (41,8%). No conjunto da população adulta estudada, a frequência de consumo regular de frutas e hortaliças foi de 44,1%, e particularmente no grupo das mulheres foi identificado 50%. O consumo regular de frutas e hortaliças, nas mulheres, tendeu a aumentar com a idade e entre as que tinham 12 anos ou mais de estudo (BRASIL, 2015).

Além disso, um estudo brasileiro, com população urbana e rural, com representação nacional, mostrou que os alimentos menos frequentemente referidos pela população foram: menor presença de frutas (16,0%) e hortaliças (16,0%) (Souza AM et al. 2013).

Lourenço AEP, 2012, verificou que no Rio de Janeiro, do total de famílias agricultoras, 49,4% disseram habitualmente consumirem frutas em pelo menos uma refeição diária e estas eram frequentemente adquiridas nos mercados. Confirmando que as famílias não plantam para autoconsumo, estas compram alimentos industrializados, tentando minimizar o tempo gasto no preparo das refeições.

No estudo de Bhagyalaxmi A et al., 2013, que foi realizado na Índia com população rural e urbana, houve uma diferença significativa no consumo médio de

frutas e legumes entre as duas áreas ($2,18 \pm 1,59$ porções e $1,78 \pm 1,48$ porções entre população urbana e rural, respectivamente). Portanto, identificou um menor consumo de frutas e legumes na população rural.

Charlton K et al., 2014, que realizaram uma pesquisa na Austrália, com população urbana e rural, verificou uma associação na direção oposta para a fruta e para o sobrepeso (OR 0,85; IC 95%:0,80-0,90) e mulheres obesas (OR 0,75; IC 95%: 0,69-0,80). As mulheres obesas e com sobrepeso tiveram maior probabilidade de estar em quartil mais alto consumo de frutas combinadas, legumes e verduras, e eram mais propensos a atingir a meta do consumo de frutas e vegetais por dia. Verificando que estas mulheres tinham um alto consumo, também, dos outros alimentos.

Em relação, a frequência de adultos que referiram o consumo de feijão em cinco ou mais dias da semana variou entre 36,5% em Florianópolis e 79,6% em Goiânia. As maiores frequências foram encontradas, entre mulheres, em Belo Horizonte (77,5%), Goiânia (74,4%) e Cuiabá (72,9%). As menores frequências ocorreram no sexo feminino, em Manaus (32,9%), São Luís (34,4%) e Florianópolis (34,6%). Particularmente no sul do Brasil, em Porto Alegre as mulheres apresentaram um consumo de feijão de 40,4% (IC95%: 34,4 -46,4). No conjunto das 27 cidades, a frequência do consumo de feijão em cinco mais dias da semana foi de 63%, sendo 57,3% nas mulheres e tendeu a diminuir com a idade e com o aumento do nível de escolaridade (BRASIL, 2015).

Dois estudos brasileiros averiguaram que dos alimentos mais frequentemente referidos pela população brasileira encontra-se o feijão, no estudo de Carvalho EO et al., 2011, 94% das pessoas relataram consumir e no estudo de Souza AM et al., 2013, 72,8%.

Consumo alimentar não saudável

Araujo MC et al., 2013, que analisaram dados do Inquérito Nacional de Alimentação da Pesquisa de Orçamento Familiar 2008-2009, verificaram que, em geral, a prevalência de ingestão inadequada foi mais acentuada na área rural e na região Nordeste do Brasil.

Dados da pesquisa brasileira VIGITEL constatou que o consumo de alimentos doces, ao lado do consumo de refrigerantes, é responsável por parte substancial do consumo de açúcar adicionado no Brasil. O consumo de alimentos doces foi estimado a partir da questão que indagou sobre a frequência semanal do consumo de sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces. A frequência de adultos que referiram o consumo de alimentos doces em cinco ou mais dias da semana variou entre 10,4% em Manaus e 28,9% em Porto Alegre. As maiores frequências foram encontradas, entre mulheres, em Porto Alegre (35,0%), Curitiba (30,3%) e Recife (29,2%). As menores frequências ocorreram, no sexo feminino, em São Luís (11,6%), Manaus (14,3%) e Macapá (14,6%). No conjunto das 27 cidades, a frequência do consumo de alimentos doces em cinco ou mais dias da semana foi de 21,5%, sendo de 24,7%r entre as mulheres, e maior entre as mais jovens (19 a 24 anos) e tendeu a aumentar de acordo com o nível de escolaridade (BRASIL, 2015).

No que tange, a frequência de adultos que referiram o consumo de refrigerantes em cinco ou mais dias da semana variou entre 5,3% em Natal e 29,1% em Porto Alegre. As maiores frequências dessa condição foram encontradas, entre mulheres, em Porto Alegre (26,3%), Rio de Janeiro (23,4%) e São Paulo (21,2%). As menores frequências ocorreram no sexo feminino, em Natal (4,7%), João Pessoa (7,0%) e Maceió (7,2%). No conjunto das 27 cidades, a frequência do consumo de refrigerantes em cinco ou mais dias da semana foi de 20,3%, sendo de 17,8% entre as mulheres e tendeu a diminuir com a idade e apresentou maiores frequências entre as com escolaridade intermediária (9 a 11 anos de estudo) (BRASIL, 2015).

No estudo de Souza AM et al., 2013, realizado no Brasil, com população urbana e rural, em relação ao consumo maior de hambúrgueres e refrigerantes foram associados com maior risco de se tornarem obesos. Dentre os alimentos mais frequentemente referidos pela população brasileira estão o consumo de sucos e refrescos (39,8%) e refrigerantes (23,0%).

Adicionalmente, Lourenço AEP, 2012, verificou no Rio de Janeiro, que as famílias agricultoras, aumentaram o consumo de alimentos industrializados, tais como biscoito, iogurte, sucos artificiais e refrigerantes, principalmente após o aumento da relação com os centros urbanos. Tal incorporação pode ter sido motivada pela falta no

passado de infraestrutura para acessar esses produtos, incluindo energia elétrica, linha de ônibus e os próprios mercados da região. Das famílias agricultoras, 44,7% relataram que habitualmente bebem refrigerante em pelo menos uma refeição diária. O percentual sobe para 68,2% considerando-se as famílias que habitualmente bebem refrigerante em pelo menos uma refeição nos finais de semana.

Achados do estudo de Claro RM et al.,2015 mostraram que a Região Sul do Brasil, teve um consumo regular (definido como consumo de qualquer quantidade em 5 ou mais dias durante a semana), 42,5% (IC95%:40,5–44,5) de carne ou frango com excesso de gordura; 60,3% (IC95%:58,4-62,3) de leite com teor integral de gordura; 24,4% (IC95%:22,7-26,1) de refrigerante ou suco artificial e 26,2% (IC95%:24,5-27,9) de alimentos doces.

Além disso, no estudo de Schneider BC et al.,2013 realizado no município de Pelotas – RS, o consumo de algum tipo de carne no último ano foi referido por 99,1% (IC95%, 98,7 - 99,5) dos entrevistados, sendo que aproximadamente 32% consumiam diariamente esse alimento. A carne mais consumida pelos pelotenses entrevistados foi a carne de frango (98,0%, IC95%, 97,4 - 98,5) e a menor prevalência de consumo foi de vísceras (59,1%, IC95%, 56,4 - 61,7). Os embutidos foram referidos por 85,5% (IC95%, 83,7 - 87,2) dos indivíduos.

No estudo de Vorster HH et al.,2014, realizado na África do Sul, com população urbana e rural, a ingestão de açúcar, particularmente nas áreas rurais, aumentou rapidamente nos últimos 5 anos. Nas áreas rurais, a proporção de adultos que consumiram bebidas adoçadas com sacarose, aproximadamente, foi duplicada (nas mulheres, de 33% para 63%).

1.1.3 Variáveis relacionadas ao consumo alimentar

As variáveis de acordo com o desfecho consumo alimentar saudável e não saudável das mulheres são: demográficos (idade, cor da pele e situação conjugal), socioeconômicos (renda familiar, escolaridade, ocupação e trabalhar fora de casa), comportamentais (álcool, tabagismo, atividade física, número de refeições realizadas por dia, comer assistindo TV e número de filhos que moram junto) e fator de saúde (frequência ao posto de saúde no último ano).

1.1.4 Variáveis demográficas

Quanto à idade, o estudo do VIGITEL, realizado em 2014, verificou que o consumo dos alimentos variaram conforme a faixa etária. Comparando o consumo de feijão, as mulheres de 19 a 24 anos apresentaram um percentual de 58,7% (IC95%:51,7-65,7) e de 65 anos ou mais, de 52,5% (IC95%:48,3-56,7). Contrastando o consumo de frutas e hortaliças, a faixa etária de 19 a 24 anos, apresentaram um percentual de 36,2% (IC95%:29,3-43,1, e 65 anos ou mais, de 60,6% (IC95%:56,5 – 64,7)(BRASIL, 2015).

Na pesquisa brasileira, VIGITEL, também foram encontrados resultados relacionados com a idade. O consumo de alimentos não saudáveis: refrigerantes e doces, diminuíram com a idade, tendo a frequência maior entre os mais jovens (19 a 24 anos). Comparando o consumo de alimentos doces, a faixa etária de 19 a 24 anos teve um percentual de 34,4% (IC95%: 27,6-41,3), e a de 65 anos ou mais foi menor, de 17,6% (IC95%:14,3-20,9). E no estudo de Schneider BC et al., 2013 para os embutidos e vísceras evidenciou-se uma diminuição na prevalência de consumo à medida que a idade aumenta.

No estudo de Claro RM et al., 2015 foram encontrados no Brasil, para o consumo de carne ou frango com excesso de gordura uma prevalência de 35,9% para pessoas de cor de pele branca e de 39,7% para a preta; para o refrigerante ou suco artificial uma prevalência igual de 23,9% para ambas as cores e de alimentos doces uma prevalência de 24,6% para as pessoas de cor da pele branca e de 20,2% para a preta.

1.1.5 Variáveis socioeconômicas

No que se refere à renda, em um estudo na Lituânia, Kriaucioniene V et al., 2012, verificaram que as pessoas pertencentes a classes sociais mais altas tinham maior probabilidade de terem consciência de hábitos alimentares socialmente desejáveis, o que pode afetar o relato dos hábitos nutricionais.

Verificou-se também que o consumo de alimentos sazonais subiu na temporada, mas principalmente entre as mulheres de maior estado socioeconômico. Mulheres de menor nível socioeconômico consumiram menos leguminosas, legumes, nozes, leite, tubérculos, frutas e legumes durante todo o ano, e lanches variados do

que as mulheres com maior renda (Campbell RK et al., 2014).

No estudo de Schneider BC et al., 2013 o nível econômico dos adultos avaliados apresentaram uma relação direta com o consumo de embutidos. Em relação aos embutidos, observou-se que os indivíduos do nível econômico mais alto consumiram diariamente esse alimento em maior proporção (22,0%), comparados àqueles do nível econômico mais baixo, entre os quais foi observada uma maior prevalência na categoria “menos de 1 vez por semana” (22,8%).

Atinente à escolaridade, no estudo do VIGITEL observou-se uma relação diretamente proporcional ao consumo de frutas e hortaliças, as mulheres com 0 a 8 anos de estudo apresentaram consumo menor (47,6%) quando comparadas com 9 a 11 anos (42%) e de 12 anos ou mais de escolaridade (57,5%). O consumo de feijão foi inversamente proporcional a escolaridade, as mulheres com 0 a 8 anos de estudo apresentaram consumo maior (65,2%) quando comparadas com 9 a 11 anos (60,8%) e de 12 anos ou mais (51,1%).

E ainda, quanto à escolaridade, no estudo na Lituânia, com população urbana e rural, que foi realizado por um período de 16 anos, foi observado a transição, com o aumento da frequência do consumo de vegetais. Lituanos com educação superior relataram uso mais frequente do consumo diário de legumes frescos do que aqueles com menor nível de escolaridade. O consumo diário de legumes frescos aumentou na maioria dos lituanos com maior escolaridade (Kriaucioniene V et al., 2012).

Quanto ao consumo de doces em relação à escolaridade, as mulheres com 0 a 8 anos de estudo apresentaram consumo menor (13,8%) quando comparadas com as de 9 a 11 anos (23,3%) e de 12 anos ou mais (30,4%). Quanto ao consumo de refrigerantes em relação à escolaridade, as mulheres com 0 a 8 anos de estudo apresentaram consumo menor (15,5%) quando comparadas com 9 a 11 anos (21,8%) e de 12 anos ou mais de escolaridade (15,6%) (BRASIL, 2015).

Em relação, ao estudo de Schneider BC et al., 2013 a escolaridade dos adultos avaliados apresentaram uma relação direta com o consumo de embutidos. Quanto menor a escolaridade maior o consumo destes alimentos não saudáveis.

No estudo de Kriaucioniene V et al., 2012, realizado na Lituânia, com população urbana e rural, foi observado o aumento da proporção de mulheres bebendo leite com alto teor de gordura. A maior diferença urbano-rural foi observada no consumo de leite rico em gordura. O consumo de gorduras foi mais evidente entre os habitantes com menor escolaridade e rurais.

E no que tange ao trabalho, no estudo de Fernald L, 2007, com a população rural do México, as mulheres que trabalham fora de casa em qualquer atividade, quando comparadas com donas de casa, eram mais propensas ao consumo de refrigerantes.

1.1.6 Variáveis comportamentais

Quanto ao consumo de álcool, Xiao et al., 2015, no estudo com população rural na China, verificaram que as mulheres que bebiam mais eram mais velhas e a maioria delas eram agricultoras. Tendo menor escolaridade e menos propensas a obesidade e a comer frutas, em relação às mulheres que não consumiam álcool.

No estudo de Fernald L, 2007, com a população rural do México, as mulheres que completaram o ensino médio foram 2,35 ($p < 0,0001$) vezes mais propensas a consumir álcool ocasionalmente do que aquelas que não tinham qualquer escolaridade ou aquelas que tinham apenas completado a escola primária. E as mulheres que trabalhavam em uma empresa familiar, ($OR=1,57$, $p < 0,0001$) ou como empregadas domésticas ($OR=1,65$, $p < 0,0001$) eram mais propensas a beber álcool do que as donas de casa.

Em relação ao número de refeições realizadas por dia, no estudo de Carvalho EO et al., 2011, realizado no Espírito Santo, com população rural, os resultados evidenciam que 52% deles realizam três refeições/dia, 24% duas refeições/dia, 18% quatro refeições/dia, e 6% cinco refeições/dia.

No que tange a atividade física, apresentaram uma frequência baixa as mulheres que se deslocam regularmente para o trabalho ou escola caminhando ou pedalando e que despendem nessa atividade pelo menos 30 minutos no percurso diário de ida e volta apresentaram uma frequência de 6,7% ($IC95\%:3,7-9,7$) em Porto Alegre (BRASIL, 2015).

Outro estudo brasileiro, Lourenço AEP, 2012, constatou que a prática agrícola local implica em atividade física leve para as mulheres. Algumas delas tentam fazer caminhadas a fim de emagrecer, mas acham difícil conciliar a atividade física com o tempo de dedicação exigido pelo trabalho na lavoura e no domicílio.

1.1.7. Variável de saúde

O consumo alimentar, por sua vez, é um fator que influencia na saúde da população, que necessita da habilidade de realizar as escolhas alimentares apropriadas, da orientação dos profissionais de saúde, da modificação das condições de vida e está correlacionado em manter a frequência ao serviço de saúde. Sendo o posto de saúde a porta de entrada para o desenvolvimento de ações de intervenção localmente relevantes (Lourenço AEP, 2012).

1.1.8 Síntese da revisão

Escassa literatura nacional, em população rural e em mulheres foi encontrada nesta revisão bibliográfica. Considerando essa carência de estudos, e, ainda, que a alimentação inadequada é um fator de risco modificável, atividades de prevenção são necessárias e passíveis de serem realizadas.

Os estudos, de modo geral, indicam que grande parte das mulheres apresentam um consumo alimentar não saudável, representado por alimentos calóricos densos (doces e bebidas adoçadas) e com excesso de gordura (leite integral, hambúrguer, carnes gordurosas e embutidos). E que no meio rural, nos últimos anos, pode estar havendo uma transformação nos hábitos alimentares levando em consideração o avanço da tecnologia no campo, favorecido pelo processo de urbanização, provocando o consumo de alimentos industrializados, ricos em açúcares e gorduras.

2 JUSTIFICATIVA

Observa-se, atualmente, uma tendência de aumento no consumo de alimentos produzidos pela indústria alimentícia, com diferentes graus de processamento e cuja composição apresenta maiores quantidades energéticas, conservantes, gorduras, açúcares, poucas fibras e nutrientes. Ao longo das últimas décadas, houve um aumento progressivo nas prevalências de consumo de alimentos fora de casa, substituindo-se a comida caseira tradicional, constituída, por exemplo, de arroz e feijão, por refeições rápidas, altamente processadas e prontas para o consumo (BRASIL,2012).

A partir do conhecimento dos marcadores alimentares, torna-se possível planejar e promover ações que possam contribuir para as mudanças nutricionais nesta fase onde hábitos de consumo são riscos e agravantes para as doenças crônicas não transmissíveis.

Além disso, a população alvo deste estudo, as mulheres em idade reprodutiva da zona rural se constituem em um grupo ainda pouco estudado com relação a sua situação nutricional. Ademais, há poucos estudos nacionais de consumo alimentar das mulheres nas áreas rurais.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Descrever a ingestão de alimentos marcadores de consumo alimentar saudável e não saudável de acordo com as variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde, nas mulheres da zona rural do município de Rio Grande – RS.

3.2 Objetivos específicos

- ✓ Descrever a prevalência da ingestão de alimentos marcadores de consumo de alimentos saudáveis de acordo com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde para mulheres;
- ✓ Descrever a prevalência da ingestão de alimentos marcadores de consumo de alimentos não saudáveis de acordo com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde para mulheres;
- ✓ Descrever os marcadores de consumo de alimentar saudável e não saudável, de acordo com as seguintes variáveis: socioeconômicas (renda familiar, escolaridade, ocupação e trabalhar fora de casa), demográficas (idade, cor da pele e situação conjugal), comportamentais (álcool, tabagismo, atividade física, número de refeições, comer vendo TV e número de filhos que moram junto) e de saúde (frequência ao serviço de saúde no último ano).

4 HIPÓTESES

Os marcadores de consumo alimentar saudáveis: feijão, frutas frescas, verduras e/ou legumes terão prevalências mais baixas em relação à prevalência dos alimentos não saudáveis.

Os marcadores de consumo alimentar não saudáveis: embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados e biscoito recheado, doces ou guloseimas terão prevalências mais altas em relação à prevalência dos alimentos saudáveis.

As preferências alimentares serão constituídas basicamente por uma dieta não saudável, com consumo elevado de açúcar, de embutidos e reduzido consumo de frutas e verduras.

O consumo de alimentos marcadores de práticas pouco recomendadas pelo Ministério da Saúde será maior entre as mulheres que: não trabalham fora de casa, de nível econômico mais baixo, com menor escolaridade, com idade menor, casadas, que realizam as refeições assistindo televisão, que realizam menos de três refeições por dia, fumantes, que não praticam atividade física, que consomem bebidas alcoólicas, que tem mais filhos e que não frequentam ao serviço de saúde.

5 METODOLOGIA

5.1 Local do estudo

O presente estudo será realizado no município de Rio Grande-RS que tem 2.709 km² na área rural. Rio Grande é um município brasileiro localizado no litoral sul do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. A população estimada de Rio Grande para 2016 é de aproximadamente 208 mil habitantes; segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo a mais meridional dentre todas as cidades brasileiras de médio e grande porte, ficando a 350 km da capital Porto Alegre. Desta população, cerca de 4%, aproximadamente 8.500 pessoas, residem em área rural; pouco mais de 5% tem menos de cinco anos de idade, 22,1% são mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) e 13,1% apresentam 60 anos ou mais de idade.

Rio Grande está situada no extremo sul do estado do Rio Grande do Sul, entre a Lagoa Mirim, a Lagoa dos Patos e o Oceano Atlântico. A cidade tem sua economia voltada para a movimentação industrial, do Polo Naval e do Porto. O município teve o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 de 0,744, na qual é considerado alto (BRASIL, 2010).

A cidade tem como rede pública de saúde disponível à população dois hospitais: um filantrópico (Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande) e outro ligado à Universidade Federal do Rio Grande - FURG (Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.). Na Atenção Básica, a zona rural do município tem uma cobertura de 100% da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com 10 equipes em 8 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs).

5.2 População Alvo

Aproximadamente 1820 mulheres em idade fértil de 15 a 49 anos de idade, moradoras na zona rural de Rio Grande.

5.3 População em estudo

Amostra de indivíduos de 15 a 49 anos de idade, do sexo feminino, residentes na zona rural do município de Rio Grande/ RS.

5.4 Delineamento do estudo

Estudo observacional do tipo transversal, de base populacional, parte do consórcio de pesquisa, desenvolvido por mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Rio Grande. Trata-se de um inquérito sobre condições de vida e saúde dos indivíduos com as seguintes faixas etárias: crianças de 0 a 5 anos, mulheres em idade fértil de 15 a 49 anos e idosos acima de 60 anos ou mais de idade da zona rural do município de Rio Grande. Cada mestrando e doutoranda terá uma questão de pesquisa e um objetivo individual.

O delineamento transversal é o que melhor se aplica para verificar o consumo de alimentos em amostra de base populacional, pois é mais simples, apresenta maior rapidez e objetividade na coleta dos dados no momento da entrevista, podem ser obtidas informações relevantes, por mais que haja limitação de tempo e de recursos, além de alto poder descritivo. Os resultados indicarão os marcadores alimentares saudáveis e não saudáveis na população de mulheres da zona rural de Rio Grande. Porém, este tipo de estudo não permite estabelecer relações causais e as variáveis identificadas devem ser vistas apenas como associações, não sendo possível precisar a direcionalidade em algumas exposições e o desfecho, introduzindo na pesquisa um possível viés de causalidade reversa.

5.5 Definição operacional do desfecho

Ingestão de alimentos marcadores de consumo alimentar saudável e não saudável do dia anterior.

As respostas serão: sim, não ou não sabe (*missing*), (categórica dicotômica).

Marcadores de consumo saudáveis do SISVAN:

- Feijão;
- Frutas Frescas;
- Verduras e/ou legumes.

Marcadores de consumo não saudáveis do SISVAN:

- Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha);
- Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar);
- Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados;
- Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina).

5.6 Definição das variáveis de exposição

Quadro 2 – Variáveis de exposição

	Variável	Definição	Forma de coleta
1	Renda familiar	Valor recebido em Reais por todos os moradores do domicílio no mês imediatamente anterior a entrevista;	Numérica contínua
2	Escolaridade	Número de anos completos de estudo com aprovação;	Numérica discreta
3	Ocupação	Será coletada de forma aberta a ocupação principal.	Depois será categorizada
4	Trabalha fora de casa	Classificada em sim ou não;	Categórica dicotômica
5	Idade	Número de anos de vida completos;	Numérica discreta

6	Cor da pele	Autorreferida em: branca, preta, parda, amarela ou indígena;	Categórica politômica
7	Situação conjugal	Classificada em: casada, solteira, separada/divorciada ou viúva;	Categórica politômica
8	Álcool	Será coletada a frequência e a quantidade de bebida alcoólica ingerida.	Depois será categorizada.
9	Tabagismo	Classificada como ex-fumante as mulheres que pararam de fumar há 1 mês. Para tempos menores do que esse, será considerada fumante e quem consome 1 cigarro ou mais por dia, há mais de 1 mês.	Depois será categorizada: em fumante, ex-fumante e não fumante.
10	Atividade física	Classificada em realiza atividade física por lazer ou por esporte por 30 minutos ou mais por dia: sim ou não;	Categórica dicotômica
11	Número de refeições	Classificada em quantas refeições faz por dia com as opções: café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia.	Categórica politômica
12	Comer vendo TV	Classificada se costuma realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou	Categórica dicotômica

		celular: sim ou não;	
13	Número de filhos que moram junto	Coletada de forma aberta;	Numérica discreta
14	Frequência ao posto de saúde nos últimos 12 meses	Classificada em sim ou não;	Catagórica dicotômica

5.7 Critérios de inclusão, exclusão e perda

Serão incluídos neste estudo indivíduos com idade de 15 a 49 anos 11 meses e 29 dias, do sexo feminino, residentes na zona rural do município de Rio Grande (RS). Serão excluídas do estudo as mulheres: (a) gestantes; (b) lactantes – mulheres que estejam amamentando; (c) com déficit cognitivo e (d) com alimentação por sonda. As perdas corresponderão ao total de pessoas que não forem encontradas após a terceira tentativa ou que se recusaram a participar do estudo.

5.8 Amostragem

Tipo de amostragem:

Serão visitados todos os 24 setores censitários da zona rural do município de Rio Grande que tem aproximadamente 3000 domicílios, sendo que em cada setor deverão ser visitados 4 de 5 domicílios, tendo uma cobertura de 80% da população. Cada equipe com 3 entrevistadores terá um trajeto pré-definido e o número de domicílios que deverão visitar.

Tamanho da Amostra:

O cálculo da amostra foi realizado no programa *OpenEpi*, sendo considerado a prevalência do desfecho do consumo alimentar não saudável. Utilizou-se um erro alfa de 0,05 (nível de significância de 95%) e o acréscimo de 10% para perdas e recusas. O efeito de delineamento (DEF) não foi considerado no cálculo amostral.

Prevalência de consumo alimentar não saudável:

28,9% consumo alimentar não saudável (VIGITEL 2014).

Amostra: 585 mulheres

+10% perdas: 644 mulheres

Total da amostra: **644 mulheres**

Erro máximo de 3 pontos percentuais (3p.p.)

5.9 Instrumento de pesquisa

Foi elaborado um questionário para a pesquisa composto de 4 partes: Bloco A – domicílio (contendo questões sobre moradia, saneamento, socioeconômicas e programas do governo), Bloco B – Mulheres, Bloco C – Crianças e Bloco D- Idosos, estes com questões específicas de cada um dos 15 mestrados de Saúde Pública, de 1 doutoranda da Ciências da Saúde e de professores do programa, todos integrantes do Consórcio de Pesquisa do Mestrado 2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). O questionário do projeto de pesquisa apresenta-se no Apêndice 2. As questões específicas referentes à alimentação das mulheres será o questionário com os marcadores de consumo alimentar proposto pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

Este questionário é composto por 9 questões, que se referem ao consumo de alimentos no dia anterior, número de refeições que realiza por dia e se costuma realizar as refeições assistindo televisão. Serão avaliadas todas as questões antes da conclusão do instrumento, através da realização de um estudo pré-piloto.

5.10 Seleção dos entrevistadores

Serão recrutados 20 candidatos, tendo como requisito a escolaridade mínima do ensino médio completo, sendo contratado 6 deles e os demais permanecerão como suplentes para a eventualidade da necessidade de alguma substituição. O processo de seleção será divulgado no Campus Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande.

Além disso, também serão utilizados contatos telefônicos e eletrônicos (e-mail) com entrevistadoras já cadastradas em outras pesquisas com avaliação positiva de sua atuação. Os interessados preencherão uma ficha de inscrição com suas informações pessoais e resumo de atividades profissionais. Os critérios obrigatórios a serem observados, serão definidos posteriormente.

5.11 Treinamento dos entrevistadores

O processo de treinamento dos candidatos ocorrerá, provavelmente, em março de 2017. Este será composto por um cronograma de treinamento constituído de orientações gerais sobre alguns conceitos básicos do estudo, etapas do trabalho de campo, cuidados com os materiais utilizados, postura e vestimenta em campo.

O treinamento terá como objetivo: o conhecimento do questionário, do manual de instruções e manejo do *tablet*. Esta etapa deverá incluir o manejo das duas versões do questionário: papel e eletrônica. Este treinamento terá duração de 30 horas e ocorrerá em cinco dias consecutivos.

Os mestrandos conduzirão a apresentação e a leitura explicativa de todo o questionário (blocos A, B, C e D). Neste ponto, após a apresentação dos blocos específicos de cada mestrando, serão simuladas situações e respostas possíveis e, ao final de cada turno, numa rodada de dramatização, será simulada a aplicação de todo o questionário apresentado até o momento. Em outra etapa do processo, ocorrerá a avaliação dos candidatos. Em último momento do treinamento, serão realizadas avaliações teóricas e práticas, além da análise de frequência e desempenho durante todo o processo, com o objetivo de classificar aqueles mais aptos para o trabalho de campo e determinar seus suplentes.

5.12 Estudo piloto

O estudo piloto será realizado como a última atividade do processo de treinamento dos entrevistadores, em um setor censitário rural de um município que tenha similaridade com a zona rural de Rio Grande.

Cada candidato conduzirá entrevistas completas, incluindo todos os blocos, sempre acompanhada por um mestrando, que funcionará como supervisor e avaliador.

Objetiva-se testar o enunciado das questões, familiarizar o entrevistador com o questionário e os *tablets*, bem como tentar reproduzir as mesmas condições da realização do trabalho de campo a fim de melhor definir sua logística.

A avaliação será realizada pelo preenchimento de uma ficha estilo “check list” e descrição de observações pertinentes, e cada mestrando também portará um *tablet*, para que seja acompanhado a entrevista e identificado possíveis erros na marcação de respostas e orientação de pulos. O estudo piloto servirá para testar o entendimento do questionário pela população e avaliar, na prática, o desempenho dos entrevistadores em relação ao conhecimento do instrumento de pesquisa e manuseio dos *tablets*. Será avaliado, ainda, a apresentação e a abordagem do entrevistado pelo entrevistador, e o tempo necessário para a aplicação dos blocos de perguntas, além da necessidade de adequações no questionário e no manual de instruções.

5.13 Logística de campo

Haverá divulgação nos meios de comunicação local, informando sobre a realização do estudo para facilitar o acesso dos supervisores e das entrevistadoras às residências. Será coordenado por dois professores e supervisionado por 15 mestrandos da turma 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) e 1 doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande. Os supervisores ficarão responsáveis pelos dias de coletas e por fazer parte de uma das comissões do estudo (questionário, manual do entrevistador, questionário eletrônico, controle de qualidade, financeira e outras), que foram definidas anteriormente.

O trabalho de campo iniciará com a realização das entrevistas, provavelmente, em março de 2017. A composição de trabalho será da seguinte maneira: três equipes; cada uma com dois entrevistadores, um supervisor (mestrando ou doutoranda) e um motorista. Serão utilizados para o transporte veículos e motoristas cedidos pela Universidade Federal do Rio Grande e pela Secretaria de Município da Saúde (SMS) de Rio Grande.

A coleta de dados será dividida por localidade: chegarão no local no início da tarde, cada entrevistador vai para um domicílio e o supervisor fica dando apoio e auxiliando cada um dos entrevistadores.

Serão realizadas reuniões periódicas com as entrevistadoras, para a avaliação do andamento das entrevistas, dos setores e o esclarecimento de dúvidas relacionadas à metodologia e logística do estudo. Os questionários eletrônicos serão aplicados em *tablets* por meio do aplicativo RedCap®- *Research Eletronic Data Capture*. Diariamente, ao final da coleta de dados, os supervisores serão encarregados de levar os *tablets* para a sala do consórcio. Neste local, um dos mestrandos será responsável pelo envio dos dados através de conexão com internet, para o servidor disponível na página www.redcap.furg.br. Ao terminar o envio dos dados e, após conferência de que todos os questionários tenham sido corretamente enviados e armazenados no servidor, os questionários serão apagados dos *tablets*, que deverão ser desligados e terão suas baterias recarregadas para a coleta do dia seguinte.

Diariamente, serão feitas cópias de segurança do banco de dados em planilhas do *software Microsoft Excel*®. Além disso, os mestrandos responsáveis pelo banco de dados enviarão semanalmente um relatório com os erros, inconsistências e variáveis não respondidas a todos os mestrandos. Cada um destes, será responsável por revisar e detectar problemas em suas variáveis, bem solicitar correção dos dados inconsistentes/incorretos (refazer a entrevista, por exemplo). Haverá escala de plantões entre os mestrandos, que permitirá que eventuais acontecimentos sejam solucionados, dúvidas esclarecidas e problemas mais graves encaminhados.

5.14 Coleta dos dados

A coleta de dados será em regime de consórcio, no qual cada um dos mestrandos e doutoranda terá seu desfecho de interesse coletado de acordo com os objetivos gerais propostos neste projeto.

Primeiramente, os mestrandos deverão entrar em contato com os moradores para apresentar o estudo e convidá-los a participar. Os entrevistadores, num segundo momento, deverão se apresentar nos domicílios, devidamente caracterizados com camiseta do estudo e portando crachá, carta de apresentação e cópia da matéria publicada no jornal, além de todo o material necessário à coleta.

Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) serão aplicadas as questões.

O *tablet* será utilizado durante as entrevistas, por meio do qual as entrevistadoras lerão as questões e selecionarão as respostas obtidas, sendo os dados agregados diretamente a um banco que será posteriormente analisado.

5.15 Controle de qualidade

O controle de qualidade será realizado por meio de repetição de 5% de parte das entrevistas pelos supervisores do estudo. Estas entrevistas serão escolhidas de forma aleatória e o grau de consistência entre a resposta obtida pelo entrevistador e pelos supervisores será avaliado utilizando-se do teste kappa.

5.16 Processamento e análise dos dados

Todas as informações serão coletadas através de um amplo questionário a ser aplicado em *tablets*, através do programa *RedCap*. Serão obtidas informações sobre as seguintes características das famílias: renda nominal e ocupação de todos os residentes no domicílio que trabalharam no mês anterior a entrevista, nível de escolaridade das mulheres em idade fértil, do chefe da família e dos idosos, condições de habitação e saneamento, aglomeração familiar, classe econômica segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) e recebimento de benefício de programas sociais governamentais, dentre outras. Os desfechos de interesse para cada população também serão avaliados através de questionário.

Considerando que os dados serão coletados em *tablets*, o passo seguinte, ao final de cada dia de entrevistas será o envio dos dados armazenados nos *tablets* para o servidor da FURG através de conexão *wifi*. Posteriormente, no próprio servidor, será realizada uma revisão dos dados para identificar possíveis erros e inconsistências. Além disso, será realizado *backup* do banco de dados em planilha do *Microsoft Excel* para garantir que não haja perda das informações.

Após revisão e codificação dos dados, será realizada uma checagem automática de amplitude e consistência. Será realizada com a intenção de corrigir os erros imediatamente, à medida que surgirem.

Após limpeza do banco de dados e eliminação de inconsistências, a análise de dados será iniciada, com a categorização das variáveis e disponibilização deste a cada um dos participantes do consórcio.

A análise dos dados será realizada através do pacote estatístico *Stata* versão 14.1 (*Stata Corporation*, College Station, Estados Unidos). O primeiro passo da análise de dados será uma descrição da amostra. Essa descrição incluirá todas as variáveis independentes (idade, cor da pele, situação conjugal, escolaridade, ocupação, renda familiar, trabalhar fora de casa, ingestão de álcool, tabagismo, prática de atividade física, número de refeições realizadas por dia, comer assistindo TV, número de filhos que moram junto e frequência ao posto de saúde no último ano).

Inicialmente será realizada uma descrição das variáveis de exposição e de desfecho. Posteriormente serão efetuadas análises bivariadas utilizando-se o teste qui-quadrado de heterogeneidade ou de tendência linear, de acordo com a natureza da variável em questão.

5.17 Aspectos éticos

De acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS nº 466/2012, este protocolo de pesquisa, considerado de risco mínimo, será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande. Todos os indivíduos que participarem da pesquisa serão contatados previamente pelos mestrandos para encaminhamento da visita do entrevistador.

Análise Crítica de riscos e benefícios

A presente pesquisa é considerada de risco mínimo para os participantes. Os dados serão obtidos mediante entrevista com mulheres de 15 a 49 anos. As mulheres menores de 18 anos terão o consentimento do responsável.

Será garantido o direito de recusa, ou seja, a participação voluntária e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificativa. Além disso, garantir-se-á a confidencialidade dos dados, sendo divulgadas apenas as informações consolidadas.

Os resultados obtidos poderão auxiliar a identificação do consumo alimentar das mulheres da zona rural do município, o que será importante para identificar e estabelecer as estratégias para alcançar as orientações alimentares adequadas.

Indivíduos que forem identificados em situações como: depressão, insegurança alimentar, obesidade infantil, incontinência urinária, exposição à violência psicológica, e outras, serão orientados e encaminhados aos serviços de saúde e/ou assistência social. As entrevistas serão realizadas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Mediante eventuais riscos mínimos, a mulher se sentir incomodada, entristecida, angustiada, apresentar alguma alteração de humor, choro, entre outros, a entrevista será interrompida. A entrevistada poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento.

Duração total da pesquisa, a partir da aprovação

A presente pesquisa após a aprovação terá como duração estimada de 12 meses e previsto tempo de coleta dos dados de 4 a 5 meses.

Explicação das responsabilidades do pesquisador, da instituição, do promotor e do patrocinador

Os pesquisadores se comprometeram em desenvolver a pesquisa, conduzindo-a com ética e com o compromisso de divulgar os resultados obtidos.

Explicitação de critérios para suspender ou encerrar a pesquisa

A pesquisa poderá ser suspensa ou encerrada se a FURG suspender a autorização para sua realização.

Local da Pesquisa: detalhar as instalações do serviço, centro, unidades, comunidades e instituições nas quais se processarão as várias etapas da pesquisa

A pesquisa e coleta dos dados serão realizada na zona rural do município de Rio Grande-RS, através de informações obtidas por entrevistas individuais com as participantes.

Demonstrativo da existência de infra-estrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa

A pesquisa tem a infra-estrutura necessária para sua realização da FURG.

Orçamento financeiro detalhado da pesquisa: recursos, fontes e destinação, bem como a forma e o valor da remuneração do pesquisador

O orçamento da pesquisa encontra-se descrito no Quadro 3.

Declaração de que os resultados serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não

Declaramos que os resultados da pesquisa serão tornados públicos sejam favoráveis ou não, com divulgação em eventos e periódicos. Os pesquisadores comprometem-se com o retorno das informações obtidas na pesquisa à população.

Declaração sobre o uso e destinação do material e / ou dados coletados

Declaramos que os dados coletados serão guardados em envelopes lacrados, por cinco anos, na FURG, sob a responsabilidade dos coordenadores do estudo. Após esse período, serão incinerados.

6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Através da apresentação da dissertação necessária à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Além disso, os resultados do estudo serão apresentados em artigo científico de periódico nacional, em nota à imprensa, em relatório aos gestores da saúde do município e os participantes também serão informados sobre os achados do estudo.

7 ORÇAMENTO

Este projeto de pesquisa foi orçado em R\$ 49.119,00 (quarenta e nove mil e cento e dezenove reais). Os *tablets* serão utilizados para entrada imediata de dados provenientes da aplicação dos questionários. Este equipamento permite a entrada imediata de dados e elimina a contratação de digitadores e a impressão de questionários. O restante será utilizado principalmente no pagamento de pessoal, aquisição de material de consumo e compra de combustível a ser utilizado em veículo cedido pela Prefeitura Municipal de Rio Grande para deslocamento até os domicílios da área rural.

Quadro 3 - Orçamento do estudo

CAPITAL	Custo em R\$	
	Unitário	Total
*Material permanente:		
- 8 <i>tablets</i> RAM 1.5 GB, memória 8GB, Processador 1.3 GHZ, tela LED 9.6'	R\$ 800,00	R\$ 6.400,00
Subtotal (a)		R\$ 6.400,00
CUSTEIO	Custo em R\$	
	Unitário	Total
*Material de consumo:		
- 12 manuais de instruções	R\$ 15,00	R\$ 180,00
- 50 pacotes de papel sulfite 75g 210x297	R\$ 12,60	R\$ 630,00
- 4 cartuchos de toner laserjet	R\$ 221,00	R\$ 884,00
- 15 pranchetas poliestireno com prendedor	R\$ 15,00	R\$ 225,00
- 3.000 litros de combustível	R\$ 4,00	R\$ 12.000,00
Subtotal (b)		R\$ 13.919,00
CUSTEIO	Custo em R\$	
	Unitário	Total
*Serviços de terceiros:		
- 6 entrevistadores (4 meses)	R\$ 1.200,00	R\$ 28.800,00

Subtotal (c)	R\$ 28.800,00
---------------------	----------------------

ITEM	Custo em R\$
*Capital:	
- Material permanente (a)	R\$ 6.400,00
*Custeio:	
- Material de consumo (b)	R\$ 13.919,00
- Serviços de terceiros (c)	R\$ 28.800,00
Total geral (a + b + c)	R\$ 49.119,00

Fontes de financiamento

Este projeto será financiado pela Pastoral da Criança, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e por alunos dos programas de Pós-Graduação em Saúde Pública e em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande.

8 CRONOGRAMA

O presente projeto de pesquisa está previsto para ser realizado em 20 meses. Cada uma das atividades planejadas são apresentadas no Quadro 4, com muitas delas sendo realizadas de forma simultânea. A fase de coleta de dados deverá durar quatro meses. A análise final dos dados e a redação do volume final serão efetuadas em até sete meses. A defesa da dissertação está programada para ocorrer entre fevereiro e março de 2018.

Quadro 4– Cronograma das atividades

ATIVIDADES	2016											2017											2018		
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M
Revisão de literatura	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Elaboração do Projeto	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■														
Preparação do questionário e manual								■	■	■	■														
Defesa do Projeto										■															
Seleção/ treinamento de pessoal										■	■	■	■												
Coleta de dados													■	■	■	■									
Análise preliminar dos dados																	■	■	■						
Análise final dos dados																			■	■	■	■	■	■	
Redação de relatório para autoridades																							■	■	■
Apresentação/ Discussão dos resultados																							■	■	■
Redação do artigo científico																					■	■	■	■	■
Entrega e defesa da dissertação																								■	■

*Cada uma das colunas corresponde a um mês a partir de março de 2016 até março de 2018.

9 REFERÊNCIAS

Araujo MC, Bezerra IN, Barbosa FS, Junger WL, Yokoo EM, Pereira RA, Sichieri R. Consumo de macronutrientes e ingestão inadequada de micronutrientes em adultos. Rev. Saúde Pública 2013; 47 (1 Supl) 177S-89S.

Bhagyalaxmi A, Atul T, Shikha J. Prevalence of risk factors of non-communicable diseases in a District of Gujarat, India. J Health Popul. Nutr. 2013; 31(1):78-85.

Brasil, Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2ª edição; 2014.

Brasil, Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

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

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 33 p.; 2015.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 84 p.; 2012.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema De Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão

Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed.; 1. reimp. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 165 p.; 2015.

Brasil. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa- ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil. [acessado 2016 set 20]. Disponível em <http://www.abep.org>

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo demográfico, 2010. [acessado 2016 set 20]. Disponível em <http://www.censo 2010.ibge.gov.br>

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo demográfico. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 150p.; 2011.

Brasil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 179, 18 set.; 2006.

Campbell RK, Talegawkar SA, Christian P, Leclercq SC, Khatri SK, Wu LSF, Oeste KP. Seasonal dietary intakes and socioeconomic status among women in the Terai of Nepal. J Health Popul Nutr 2014; 32(2):198-216.

Carvalho EO, Rocha EF. Consumo alimentar de população adulta residente em área rural da cidade de Itatiba (ES,Brasil). Ciência e Saúde Coletiva 2011; 16(1): 179-185.

Charlton K, Kowal P, Soriano MM, Williams S, Bancos E, Vo K, Byles J. Fruit and vegetable intake and body mass index in a large sample of middle-aged Australian men and women. *Nutrients* 2014; 6(6): 2305-19.

Claro RM, Santos MAS, Oliveira TP, Pereira CA, Szwarcwald CL, Malta DC . Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil:

Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília 2015; 24(2): 257-265.

Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n^o 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em 09 nov. 2016.

Fernald L. Socio-economic status and body mass index in low-income Mexican adults. *Soc Sci Med* 2007; 64(10): 2030-2042.

Kriacioniene V, Klumbiene J, Petkeviciene J, Sakyte E. Time trends in social differences in nutrition habits of a Lithuanian population: 1994-2010. *BMC Public Health* 2012; 12:218.

Lourenço, AEP. Plantando, colhendo, vendendo, mas não comendo: práticas alimentares e de trabalho associadas à obesidade em agricultores familiares do Bonfim, Petrópolis, RJ. *Rev. bras, Saúde ocup.* 2012; 37 (125): 127-142.

Organização Mundial de Saúde (OMS). *Mulheres e Saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã*, 2011.

Schneider BC, Duro SMS, Assunção MCF. Consumo de carnes por adultos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19(8): 3583-3592.

Souza AM, Pereira RA, Yokoo EM, Levy RB, Sichieri R. Most consumed foods in Brazil: National Dietary Survey 2008-2009. *Rev. Saúde Pública* 2013; 47 (Supl.1).

VenKaiah K, Brahmam GNV, Vijayaghavan K. Application of factor analysis to identify dietary patterns and use of factor scores to study their relationship with nutritional status of adult rural populations. *J Health Popul Nutr* 2011; 29(4):327-338.

Vorster HH, Kruger A, Wentzel-Viljoen E, Kruger HS, Margetts BM. Added sugar intake in South Africa: findings from the Adult Prospective Urban and Rural Epidemiology cohort study. *Am J Clin Nutr* 2014; 99(6): 1479-86.

Xiao J, Huang JP, Xu GF, Chen DX, Wu GY, Zhang M, Shen Y, Cai H. Association of alcohol consumption and components of metabolic syndrome among people in rural China. *Nutrition & Metabolism* 2015; 12:5.

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

**RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO DO CONSÓRCIO 2016-2017 DO PROGRAMA
DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA/FURG**

O curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) possui seu modelo de trabalho baseado no formato de um consórcio de pesquisa. Esse modelo de pesquisa propicia o trabalho conjunto de todos os mestrandos do programa, desde a elaboração dos instrumentos de pesquisa à coleta de dados.

O consórcio da turma de mestrandos 2016-2017 foi denominado “Saúde da população rural Rio-Grandina”. Seu objetivo geral era conhecer indicadores básicos de saúde e o padrão de morbidade e de utilização e acesso a serviços de saúde em três grupos populacionais residentes nesta área: crianças menores de cinco anos e suas mães, mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) e idosos (60 anos ou mais). Além deste objetivo geral, foram incorporados os objetivos específicos de cada pós-graduando(a), conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1. Descrição dos alunos, graduação, população de estudo e tema de pesquisa do consórcio de 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.				
	Aluno(a)	Graduação	População	Tema de pesquisa
1	Adriana Camerini	Odontologia	Crianças	Saúde bucal
2	Aline Henriques Perceval	Fisioterapia	Idosos	Apneia do sono
3	Alessandra Coelho Dziekaniak	Medicina	Idosos	Incontinência urinária
4	Andrea Silveira Lourenço	Psicologia	Mulheres	Violência psicológica
5	Fabiana da Silva Fernandes	Enfermagem	Crianças	Sibilância recorrente
6	Fernanda de Castro Silveira	Nutrição	Mulheres	Consumo alimentar
7	Franciane M. Machado Schroeder	Odontologia	Idosos	Serviços odontológicos
8	Luiza Santos Ferreira	Psicologia	Idosos	Serviços de atenção primária
9	Mariana Lima Corrêa	Psicologia	Idosos	Depressão
10	Nathalia Matties Maas	Nutrição	Domicílios	Insegurança alimentar
11	Otávio Amaral de Andrade Leão	Educação Física	Idosos	Comportamento Sedentário
12	Pedro San Martin Soares	Psicologia	Mulheres	Transtornos mentais comuns
13	Sabrina Silveira Leite	Enfermagem	Crianças	Adequação do pré- natal
14	Stephanie Jesien	Fisioterapia	Idosos	Curandeiros e benzedeiros

15	Vitória dos Santos Alam	Nutrição	Idosos	Comportamento alimentar
16	Priscila Arruda da Silva	Enfermagem	-	-
17	Seiko Nomiya	Enfermagem	-	-

1. Organização do consórcio

O "Estudo Saúde da população rural riograndina" foi coordenado pelos professores Rodrigo Dalke Meucci e Juraci Almeida Cesar. O trabalho de campo foi supervisionado por uma equipe de dezessete pós-graduandos, que incluiu, além dos 15 mestrados e uma pós-doutoranda do PPGSP, uma doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da FURG.

Para otimização dos trabalhos, os pós-graduandos foram alocados nas seguintes comissões:

- a) **Elaboração dos questionários:** responsável pela estruturação dos questionários na versão em papel;
- b) **Elaboração do manual de instruções:** responsável pela elaboração dos manuais de instruções, contendo informações acerca de todas as perguntas e alternativas presentes nos questionários;
- c) **Banco de dados e questionário eletrônico:** responsável por programar o questionário eletrônico no programa *RedCap*[®] a partir do questionário da versão em papel. Além disso, no decorrer da coleta de dados, esta comissão foi responsável pelo envio dos dados dos tablets para o servidor <http://redcap.furg.br/>, bem como pela limpeza do banco de dados e verificação/correção de inconsistências;
- d) **Controle de qualidade:** responsável pela elaboração e aplicação de uma versão reduzida dos questionários para verificação da consistência das respostas através da reentrevista de 10% dos indivíduos de cada uma das populações;
- e) **Mapeamento dos setores e registro de campo:** responsável por mapear os setores censitários da área rural e planejar trajetos, além de monitorar os números de domicílios, indivíduos, pendências, perdas e recusas;

- f) **Organização financeira:** responsável pela gestão das finanças do consórcio, incluindo compra de materiais, aluguel de veículos, pagamento de pessoal e prestação de contas;
- g) **Folder:** responsável pela elaboração e diagramação do folder de divulgação do estudo, o qual foi distribuído em todos os domicílios visitados pela equipe deste consórcio.

2. Instrumentos e manuais de instruções

Foram elaborados quatro questionários, sendo um bloco domiciliar, bloco do idoso, bloco para mulheres de 15-49 e bloco para crianças menores de 5 anos.

O questionário do Bloco domiciliar era respondido pelo chefe do domicílio, preferencialmente alguém com 18 anos ou mais. Este questionário avaliou aspectos socioeconômicos e demográficos da família, participação em programas de transferência de renda (Bolsa Família), criação de animais, cultivo de alimentos, doenças genéticas na família, planos de saúde e uma escala reduzida da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar.

O questionário para idosos foi aplicado em indivíduos com 60 anos ou mais de idade. Foram investigados aspectos relacionados à saúde física e mental, acesso a serviços de saúde, utilização de serviços de benzedeiros, aspectos comportamentais (consumo de álcool, tabagismo, atividade física), comportamento sedentário, comportamento alimentar e utilização de serviços odontológicos.

O questionário das mulheres foi aplicado a mulheres de 15 a 49 anos e/ou mães de crianças com menos de cinco anos. Foram avaliados aspectos relacionados à saúde reprodutiva, transtornos mentais comuns, consumo alimentar, violência psicológica e comportamento (consumo de álcool, tabagismo, atividade física).

O questionário das crianças foi aplicado às mães de menores de cinco anos de idade. Foram avaliados aspectos relacionados à adequação da assistência ao pré-natal, sibilância recorrente, saúde bucal, vacinação e alimentação. Peso e altura/comprimento da criança foram aferidos ao final das entrevistas.

3. Seleção e treinamento de entrevistadoras para aplicação dos questionários em papel

O treinamento das entrevistadoras com o questionário na versão em papel foi realizado entre os dias 10 e 13 de abril de 2017, totalizando uma carga horária de 32 horas (quadro 2). Ao final das apresentações de cada um dos blocos de questionários (domiciliar, mulher em idade fértil, criança e idoso), as candidatas simularam a aplicação dos instrumentos com os pós-graduandos. No último dia de treinamento foi realizado o estudo piloto num setor censitário da área rural de Rio Grande. Os domicílios abordados no estudo piloto foram excluídos do processo de amostragem realizado durante a coleta de dados.

Ao final do treinamento, foram selecionadas seis candidatas, ficando uma como suplente.

Quadro 2. Cronograma do treinamento das entrevistadoras realizado no ano de 2017. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

Programação	10/abril	11/abril	12/abril	13/abril
Apresentação geral do consórcio.				
Apresentação do bloco domiciliar.				
Simulação do bloco domiciliar.				
Apresentação do bloco para mulheres em idade fértil.				
Simulação do bloco para mulheres em idade fértil.				
Apresentação do bloco para crianças.				
Simulação do bloco para crianças.				
Treinamento de medidas antropométricas: peso e altura/comprimento de crianças.				
Apresentação do bloco para idosos.				
Simulação do bloco para idosos.				
Estudo piloto				

3.1 Treinamento de entrevistadoras para aplicação dos questionários eletrônicos

Após três semanas de coleta de dados com os questionários em papel, foi realizado um novo treinamento, dessa vez utilizando os questionários eletrônicos

em tablets, através do aplicativo móvel *RedCap*[®]. Esse treinamento foi realizado em duas tardes, totalizando uma carga horária de oito horas.

4. Amostragem

A zona rural do município de Rio Grande é constituída por 24 setores censitários com cerca de 8500 habitantes distribuídos em aproximadamente 2700 domicílios permanentemente habitados.

Para a seleção de idosos e mulheres de 15-49 anos, utilizou-se um processo de amostragem de modo a selecionar 80% dos domicílios da zona rural. Este processo foi realizado através do sorteio de um número entre "1" e "5", sendo que o número sorteado correspondeu ao domicílio considerado pulo. Por exemplo, no caso do número "3" ter sido sorteado, todo domicílio de número "3" de uma sequência de cinco domicílios não era amostrado, ou seja, era pulado. Este procedimento garantiu que fossem amostrados quatro em cada cinco domicílios.

Para a seleção das crianças menores de 5 anos, foi realizado um censo dos domicílios da zona rural. Deste modo, mesmo os domicílios pulados no processo de amostragem para idosos e mulheres entre 15-49 anos foram abordados para verificar se haviam moradores menores de 5 anos de idade. Em caso afirmativo, a mãe era entrevistada através aplicação dos questionários da criança e domiciliar, além de realizadas as medidas antropométricas da criança.

5. Logística do trabalho de campo

O trabalho de campo iniciou no dia 17 de abril de 2017 e encerrou em 29 de outubro do mesmo ano. Inicialmente, a coleta de dados era realizada de segunda à sexta-feira, das 12:00 às 19:00 horas. Posteriormente, passou a ser feita também nos finais de semana.

Para organização da coleta de dados, os pós-graduandos foram alocados em três escalas semanais de trabalho. A primeira, realizada no turno da manhã, era destinada à organização da sala do consórcio, denominada de Quartel General (QG). O supervisor escalado tinha a responsabilidade de providenciar os materiais necessários à coleta de dados que seria realizada no turno da tarde. Todo material

devia ser organizado em seis pastas individuais para cada entrevistadora (caneta, lápis, borracha, questionários em papel, *tablets*, termos de consentimento, folders). Além disso, eram organizadas caixas com balanças, estadiômetros e bolsas de pesagem de crianças.

A segunda escala, também matutina, era referente à comissão do questionário eletrônico, composta por dois membros que se revezavam diariamente para envio de dados e revisão/correção de inconsistências.

A terceira escala organizou os pós-graduandos para a supervisão da coleta de dados. Foi elaborada de modo a garantir a presença de pelo menos dois supervisores em campo junto às entrevistadoras. Nessa escala, um supervisor trabalhava a semana inteira enquanto os outros se alternavam durante os dias de semana.

O deslocamento diário das equipes foi realizado predominantemente por viaturas oficiais conduzidas por motoristas da FURG. Adicionalmente, para agilizar a coleta de dados, foi utilizada uma viatura com motorista da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande, a qual foi cedida por cerca de 40 dias úteis. Também foram utilizados veículos alugados custeados pelo próprio consórcio, além de carros particulares de alguns mestrandos e do coordenador.

5.1 Abordagem de domicílios

Sempre que chegava em um domicílio elegível amostrado, ou não amostrado com morador menor de 5 anos de idade, o supervisor lhe atribuía um número na planilha de domicílios. Em seguida, abordava os moradores, explicando o estudo, entregando o folder de divulgação e convidando os participantes elegíveis a participar. Mediante aceite, o supervisor apresentava a entrevistadora que, após leitura e assinatura do termo de consentimento, aplicava o questionário correspondente à faixa etária do(s) entrevistado(s), mais o bloco domiciliar ao chefe do domicílio.

5.2 Organização de trajetos e domicílios

A equipe responsável pelos trajetos e planilhas de domicílios organizou os mapas e trajetos de modo que os supervisores soubessem para quais localidades

deveriam se deslocar. Isso foi feito de modo a permitir a identificação de domicílios pendentes e/ou finalizados. Do mesmo modo, era feita a descrição dos locais onde a coleta de dados havia parado, viabilizando a continuidade do trajeto no dia seguinte.

As planilhas de controle de trabalho de campo foram elaboradas para que os supervisores anotassem os registros dos domicílios e trajetos percorridos. Primeiramente, o supervisor deveria preencher a planilha com informações do domicílio (número de identificação e endereço), as populações identificadas (crianças menores de 5 anos, mulheres de 15-49 anos e idosos) e a situação do domicílio (pulo, vazio ou inelegível). Ao final da planilha, eram anotados os domicílios com alguma pendência e que, portanto, deveriam ser revisitados. No decorrer do trabalho de campo foi adicionada a coluna "status do domicílio" na qual foi convencionada a seguinte simbologia: "OK" se o domicílio estava completo com todos os questionários realizados; "P" para pendente; "V" para vazio; "INE" inelegível; "?" se a população não tinha sido identificada por porteira fechada ou falta de acesso ao domicílio; "RE" recusa; e "X" para os domicílios que eram pulo.

Também foram adicionadas colunas para registrar os nomes dos indivíduos elegíveis e telefone para contato. Os endereços deveriam ser anotados com o máximo possível de informações de pontos de referência e aspectos da moradia (cor, tipo de construção, etc.) para facilitar o retorno quando necessário.

No início da coleta de dados os trajetos eram feitos de acordo com as delimitações dos setores censitários a partir dos mapas fornecidos pelo IBGE. Entretanto, para otimizar as saídas de campo e aumentar o número de entrevistas realizadas por dia, foram planejados trajetos que incluíam mais setores. Por exemplo, a BR 471 (estrada Rio Grande - Chuí) passa por 7 setores censitários, assim, o supervisor levava todas as planilhas dos setores incluídos na BR 471 e arredores.

Adicionalmente, alguns trajetos tiveram que ser reorganizados em decorrência da dificuldade de acesso. Assim, foram designadas equipes de supervisores e entrevistadoras para viabilizar a identificação de domicílios e realização das entrevistas nas localidades remotas ou de difícil acesso. Conforme este planejamento em dias específicos, a coordenação do estudo solicitou a saída a

campo com caminhonetes com tração nas quatro rodas, de acordo com a disponibilidade do setor de viaturas da FURG e/ou da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande.

5.3 Revisão/Codificação e Digitação dos Questionários em Papel

Durante as três primeiras semanas do trabalho de campo, as entrevistas foram realizadas em questionários de papel sendo estes, posteriormente, revisados, codificados e digitados no programa *RedCap*[®].

5.4 Banco de dados e questionário eletrônico

Após a elaboração e preparo do questionário eletrônico, a partir da quarta semana de trabalho de campo, os dados passaram a ser coletados através de *tablets* utilizando o programa *RedCap*[®]. Os dados armazenados nos *tablets* eram diariamente enviados para o servidor da FURG (redcap.furg.br) através de conexão com a *internet*. Semanalmente, no próprio servidor, era realizado um controle de qualidade dos dados (*ferramenta "data quality"*) para a identificação de variáveis sem resposta ou com algum erro. Nestes casos, os questionários retornavam às entrevistadoras para correção das informações. Após correção, os dados eram novamente enviados ao servidor. Adicionalmente, era realizado um *backup* semanal do banco de dados em planilha do *Microsoft Excel*[®] para garantir que não houvesse perda de informações.

Ao final do trabalho de campo, foram feitas correções adicionais nos bancos de dados e todas as informações que permitiam a identificação dos indivíduos foram excluídas dos bancos enviados aos pós-graduandos para fins de análise no programa estatístico *Stata14*[®].

5.5 Controle de qualidade

Foi aplicada uma versão reduzida de cada instrumento (domiciliar, idosos, crianças até 5 anos e mulheres 15-49 anos) em 10% dos indivíduos entrevistados. Os indivíduos reentrevistados foram sorteados a partir de uma listagem semanal das entrevistas realizadas. As reentrevistas foram realizadas pelos mestrandos por meio de ligações telefônicas iniciadas em 15 de maio de 2017.

Ao final do controle de qualidade, foram aplicados 226 questionários domiciliares (13,8%), 38 questionários de crianças (10,2%), 113 questionários de mulheres em idade fértil (10,5%) e 105 questionários de idosos (10,2%).

Em seguida, foi calculada a estatística Kappa que variou do seguinte modo entre as variáveis analisadas, conforme o instrumento:

- bloco domiciliar: 0,52 a 0,94;
- bloco idosos: 0,50 a 0,88;
- bloco para mulheres de 15-49 anos: 0,51 a 0,97;
- bloco para crianças: 0,68 a 0,84.

Deste modo, a consistência das questões utilizadas nos quatro instrumentos utilizados variou entre boa a excelente.

6. Números gerais da pesquisa

Ao final do trabalho de campo, foram identificados 4.189 domicílios na área rural do município de Rio Grande, sendo 2.669 domicílios permanentes e 1.419 desocupados ou com moradores temporários (somente finais de semana/temporada). Não foi possível obter informações de moradores ou vizinhos de 110 domicílios mesmo após três ou mais tentativas.

Dos 2.669 domicílios que apresentavam moradores permanentes, foram amostrados 2218, o que corresponde a uma amostragem de 83,1% dos domicílios da área rural de Rio Grande. Deste total de domicílios amostrados, 1785 eram elegíveis, ou seja, tinham moradores de ao menos uma das três populações de interesse (crianças menores de cinco anos, mulheres entre 15 e 49 anos ou idosos) (Quadro 3). Do total de domicílios elegíveis amostrados, o percentual de perdas e recusas foi de 8,4%.

Quadro 3. Descrição do processo de identificação e amostragem de domicílios da zona rural de Rio Grande, RS. Consórcio 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

Total de domicílios encontrados	Total de domicílios com moradores permanentes	Total de domicílios amostrados	Total de domicílios amostrados com população elegível
4189	2669	2218	1785

Os dados referentes a cada população específica do estudo, incluindo perdas e recusas estão descritos no quadro 4.

Quadro 4. Totais das populações estudadas no Consórcio 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

População	Identificados	Amostrados	Perdas	Recusas	% Total de Perdas e Recusas
Crianças	360	360 (100%)	14 (3,9%)	3 (0,8%)	4,7%
Mulheres em idade fértil	1.391	1.199 (86,2%)	103 (8,6%)	17 (1,4%)	10,0%
Idosos	1.351	1.131 (83,7%)	78 (7,0%)	22 (1,9%)	8,9%

7. Aspectos Éticos

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande sob o parecer Nº 51/2017, processo 23116.009484/2016-26. Idosos e mulheres com idade entre 18-49 anos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As adolescentes de 15-17 anos assinaram o termo de assentimento e todos os responsáveis pelos menores de 18 anos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

7.1 Encaminhamentos de saúde mental

O questionário dos idosos incluiu o *Patient Health Questionnaire 9* (PHQ-9), o qual é um instrumento utilizado para rastreio de sintomas depressivos que possui uma questão específica referente à ideação suicida. Todos os idosos que responderam afirmativamente para esta pergunta foram contactados para oferta de encaminhamento às Unidades Básicas de Saúde da área rural de Rio Grande, conforme acordado com a Secretaria Municipal de Saúde.

8. Orçamento

A pesquisa recebeu financiamento da Pastoral da Criança, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e dos próprios pós-graduandos. O custo total deste consórcio de pesquisa foi de R\$ 48.995,00 (quarenta

e oito mil novecentos e noventa e cinco reais). A maior parte deste montante foi utilizada para pagamento de entrevistadoras, aluguel de carro, custeio de combustível, confecção de camisetas e compra de materiais de escritório.

9. Apoio

A execução deste consórcio de pesquisa teve apoio logístico e organizacional da Faculdade de Medicina da FURG, coordenação do PPGSP, Pró-Reitoria de Infra-Estrutura/Divisão de Transportes/FURG e Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação da Estratégia em Saúde da Família/Setor de Viaturas/ Prefeitura Municipal de Rio Grande.

ADAPTAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO INICIAL

Adaptações em relação ao projeto inicial

Após o término do trabalho de campo e início das análises exploratórias dos dados, algumas modificações relevantes foram consideradas necessárias nos itens especificados a seguir:

Variáveis independentes

Cor da pele: Foi avaliada em três categorias (branca, preta ou parda/amarela/outra) e não em quatro categorias como apresentado no projeto;

Renda familiar: Não foi utilizada a variável renda familiar. Preferiu-se utilizar a classificação econômica, baseado em análise de componentes principais, pois acredita-se essa variável seja mais informativa, com menos fragilidades e com menor número de perdas;

Escolaridade: esta variável não foi utilizada, por apresentar colinearidade com a variável classificação econômica.

Trabalha fora de casa: Foi utilizado trabalho remunerado, sem distinção se era fora ou não de casa.

Tipo de trabalho: A variável correspondente ao tipo de trabalho foi coletada de forma aberta, dificultando a sua avaliação. Não sendo utilizada.

Frequência ao posto de saúde nos últimos 12 meses: Foi substituída no consórcio pela informação se realizou pelo menos 1 consulta médica no último ano. Não sendo considerado a frequência ao posto de saúde, para consultas médicas ou com outros profissionais ou para procedimentos.

Análise

A análise estatística foi modificada, sendo realizada também a análise multivariada, através da regressão de Poisson com ajuste robusto para variância. Essa modificação ocorreu devido a necessidade de melhor apresentação dos dados e para controle dos fatores de confusão. Foi realizada uma regressão para cada indicador, totalizando sete desfechos, três marcadores saudáveis: feijão; frutas frescas e verduras e/ou legumes e quatro marcadores não saudáveis: hambúrguer e/ou embutidos; bebidas adoçadas; macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados e biscoito recheado, doces ou guloseimas.

10. NORMAS DOS CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEQUITES SEÇÕES

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prosperto/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais);

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais);

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois

exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 – Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 – Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

Artigos quantitativos

Ex: Estudo etiológico

Resumo

Um resumo deve conter fundamentalmente os objetivos do estudo, uma descrição básica dos métodos empregados, os principais resultados e uma conclusão. Não ser quando estritamente necessário, evite usar o espaço do resumo para apresentar informações genéricas sobre o estado-da-arte do conhecimento sobre o tema de estudo, estas devem estar inseridas na seção de Introdução do artigo.

Na descrição dos métodos, apresente o desenho de estudo e priorize a descrição de aspectos relacionados à população de estudo, informações básicas

sobre aferição das variáveis de interesse central (questionários e instrumentos de aferição utilizados) e técnicas de análise empregadas.

A descrição dos resultados principais deve ser priorizada na elaboração do Resumo. Inclua os principais resultados quantitativos, com intervalos de confiança, mas seja seletivo, apresente apenas aqueles resultados essenciais relacionados diretamente ao objetivo principal do estudo.

Na conclusão evite jargões do tipo "mais pesquisas são necessárias sobre o tema", "os resultados devem ser considerados com cautela" ou "os resultados deste estudo podem ser úteis para a elaboração de estratégias de prevenção". No final do Resumo descreva em uma frase sua conclusão sobre em que termos seus resultados ajudaram a responder aos objetivos do estudo. Procure indicar a contribuição dos resultados desse estudo para o conhecimento acerca do tema pesquisado.

Introdução

Na Introdução do artigo o autor deve, de forma clara e concisa, indicar o estado do conhecimento científico sobre o tema em estudo e quais as lacunas ainda existentes que justificam a realização desta investigação. Ou seja, descreva o que já se sabe sobre o assunto e por que essa investigação se justifica. É na Introdução que a pergunta de investigação deve ser claramente enunciada. É com base nessa pergunta que também se explicita o modelo teórico.

Para fundamentar suas afirmações é preciso escolher referências a serem citadas. Essas referências devem ser artigos originais ou revisões que investigaram diretamente o problema em questão. Evite fundamentar suas afirmações citando artigos que não investigaram diretamente o problema, mas que fazem referência a estudos que investigaram o tema empiricamente. Nesse caso, o artigo original que investigou diretamente o problema é que deve ser citado. O artigo não ficará melhor ou mais bem fundamentado com a inclusão de um número grande de referências. O número de referências deve ser apenas o suficiente para que o leitor conclua que são sólidas as bases teóricas que justificam a realização da investigação.

Se for necessário apresentar dados sobre o problema em estudo, escolha aqueles mais atuais, de preferência obtidos diretamente de fontes oficiais. Evite utilizar dados de estudos de caráter local, principalmente quando pretende-se

apresentar informações sobre a magnitude do problema. Dê preferência a indicadores relativos (por exemplo, prevalências ou taxas de incidência) em detrimento de dados absolutos.

Não é o tamanho da Introdução que garante a sua adequação. Por sinal, uma seção de Introdução muito longa provavelmente inclui informações pouco relevantes para a compreensão do estado do conhecimento específico sobre o tema. Uma Introdução não deve rever todos os aspectos referentes ao tema em estudo, mas apenas os aspectos específicos que motivaram a realização da investigação. Da mesma forma, não há necessidade de apresentar todas as lacunas do conhecimento sobre o tema, mas apenas aquelas que você pretende abordar por meio de sua investigação.

Ao final da seção de Introdução apresente de forma sucinta e direta os objetivos da investigação. Sempre que possível utilize verbos no infinitivo, por exemplo, "descrever a prevalência", "avaliar a associação", "determinar o impacto".

Métodos

A seção de Métodos deve descrever o que foi planejado e o que foi realizado com detalhes suficientes para permitir que os leitores compreendam os aspectos essenciais do estudo, para julgarem se os métodos foram adequados para fornecer respostas válidas e confiáveis e para avaliarem se eventuais desvios do plano original podem ter afetado a validade do estudo.

Inicie essa seção apresentando em detalhe os principais aspectos e características do desenho de estudo empregado. Por exemplo, se é um estudo de coorte, indique como esta coorte foi concebida e recrutada, características do grupo de pessoas que formam esta coorte, tempo de seguimento e status de exposição. Se o pesquisador realizar um estudo caso-controle, deve descrever a fonte de onde foram selecionados casos e controles, assim como as definições utilizadas para caracterizar indivíduos como casos ou controles. Em um estudo seccional, indique a população de onde a amostra foi obtida e o momento de realização do inquérito. Evite caracterizar o desenho de estudo utilizando apenas os termos "prospectivo" ou "retrospectivo", pois não são suficientes para se obter uma definição acurada do desenho de estudo empregado.

No início dessa seção indique também se a investigação em questão é derivada de um estudo mais abrangente. Nesse caso, descreva sucintamente as características do estudo e, se existir, faça referência a uma publicação anterior na qual é possível encontrar maiores detalhes sobre o estudo.

Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento e coleta de dados. Esses são dados importantes para o leitor avaliar aspectos referentes à generalização dos resultados da investigação. Sugere-se indicar todas as datas relevantes, não apenas o tempo de seguimento. Por exemplo, podem existir datas diferentes para a determinação da exposição, a ocorrência do desfecho, início e fim do recrutamento, e começo e término do seguimento.

Descreva com detalhes aspectos referentes aos participantes do estudo. Em estudos de coorte apresente os critérios de elegibilidade, fontes e métodos de seleção dos participantes. Especifique também os procedimentos utilizados para o seguimento, se foram os mesmos para todos os participantes e quão completa foi a aferição das variáveis. Se for um estudo de coorte pareado, apresente os critérios de pareamento e o número de expostos e não expostos. Em estudos caso-controle apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os critérios utilizados para identificar, selecionar e definir casos e controles. Indique os motivos para a seleção desses tipos de casos e controles. Se for um estudo caso-controle pareado, apresente os critérios de pareamento e o número de controles para cada caso. Em estudos seccionais, apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes.

Defina de forma clara e objetiva todos as variáveis avaliadas no estudo: desfechos, exposições, potencial confundidores e modificadores de efeito. Deixe clara a relação entre modelo teórico e definição das variáveis. Sempre que necessário, apresente os critérios diagnósticos. Para cada variável, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos de aferição (mensuração) utilizados. Quando existir mais de um grupo de comparação, descreva se os métodos de aferição foram utilizados igualmente para ambos.

Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de vieses. Nesse momento deve-se descrever se os autores implementaram algum tipo de

controle de qualidade na coleta de dados, e se avaliaram variabilidade das mensurações obtidas por diferentes entrevistadores/aferidores.

Explique com detalhes como o tamanho amostral foi determinado. Se a investigação em questão utiliza dados de um estudo maior, concebido para investigar outras questões, é necessário avaliar a adequação do tamanho da amostra efetivo para avaliar a questão em foco mediante, por exemplo, o cálculo do seu poder estatístico.

Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Indique se algum tipo de transformação (por exemplo, logarítmica) foi utilizada e por quê. Quando aplicável, descreva os critérios e motivos utilizados para categorizá-las.

Descreva todos os métodos estatísticos empregados, inclusive aqueles usados para controle de confundimento. Descreva minuciosamente as estratégias utilizadas no processo de seleção de variáveis para análise multivariada. Descreva os métodos usados para análise de subgrupos e interações. Se interações foram avaliadas, optou-se por avaliá-las na escala aditiva ou multiplicativa? Por quê? Explique como foram tratados os dados faltantes ("missing data"). Em estudos de coorte indique se houve perdas de seguimento, sua magnitude e como o problema foi abordado. Algum tipo de imputação de dados foi realizado? Em estudos caso-controle pareados informe como o pareamento foi considerado nas análises. Em estudos seccionais, se indicado, descreva como a estratégia de amostragem foi considerada nas análises. Descreva se foi realizado algum tipo de análise de sensibilidade e os procedimentos utilizados.

Resultados

A seção de Resultados deve ser um relato factual do que foi encontrado, devendo estar livre de interpretações e ideias que refletem as opiniões e pontos de vista dos autores. Nessa seção deve-se apresentar aspectos relacionados ao recrutamento dos participantes, uma descrição da população do estudo e os principais resultados das análises realizadas.

Inicie descrevendo o número de participantes em cada etapa do estudo (exemplo: número de participantes potencialmente elegíveis, incluídos no estudo, que terminaram o acompanhamento e efetivamente analisados). A seguir descreva os motivos para as perdas em cada etapa. Apresente essas informações

separadamente para os diferentes grupos de comparação. Avalie a pertinência de apresentar um diagrama mostrando o fluxo dos participantes nas diferentes etapas do estudo.

Descreva as características sociodemográficas e clínicas dos participantes e informações sobre exposições e potenciais variáveis confundidoras. Nessas tabelas descritivas não é necessário apresentar resultados de testes estatísticos ou valores de p .

Indique o número de participantes com dados faltantes para cada variável de interesse. Se necessário, use uma tabela para apresentar esses dados. Em estudos de coorte apresente os tempos total e médio (ou mediano) de seguimento. Também pode-se apresentar os tempos mínimo e máximo, ou os percentis da distribuição. Deve-se especificar o total de pessoas-anos de seguimento. Essas informações devem ser apresentadas separadamente para as diferentes categorias de exposição.

Em relação ao desfecho, apresente o número de eventos observados, assim como medidas de frequência com os respectivos intervalos de confiança (por exemplo, taxas de incidência ou incidências acumuladas em estudos de coorte ou prevalências em estudos seccionais). Em estudos caso-controle, apresente a distribuição de casos e controles em cada categoria de exposição (números absolutos e proporções).

No que tange aos resultados principais da investigação, apresente estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, com os seus respectivos intervalos de confiança. Quando estimativas ajustadas forem apresentadas, indique quais variáveis foram selecionadas para ajuste e quais critérios utilizou para selecioná-las.

Nas situações em que se procedeu a categorização de variáveis contínuas, informe os pontos de corte utilizados e os limites dos intervalos correspondentes a cada categoria. Também pode ser útil apresentar a média ou mediana de cada categoria.

Quando possível, considere apresentar tanto estimativas de risco relativo como diferenças de risco, sempre acompanhadas de seus respectivos intervalos de confiança.

Descreva outras análises que tenham sido realizadas (por exemplo, análises de subgrupos, avaliação de interação, análise de sensibilidade). Dê preferência a intervalos de confiança em vez de valores de p . De qualquer forma, se valores de p forem apresentados (por exemplo, para avaliar tendências), apresente os valores observados (por exemplo, $p = 0,031$ e não apenas uma indicação se o valor está acima ou abaixo do ponto crítico utilizado (exemplo, $>$ ou $<$ que $0,05$). Lembre-se que valores de p serão sempre acima de zero, portanto, por mais baixo que ele seja, não apresente-o como zero ($p = 0,000$) e sim como menos do que um certo valor ($p < 0,001$). Evite o uso excessivo de casas decimais.

Discussão

A seção de Discussão deve abordar as questões principais referentes à validade do estudo e o significado do estudo em termos de como seus resultados contribuem para uma melhor compreensão do problema em questão.

Inicie sintetizando os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo. Não deve-se reproduzir os dados já apresentados na seção de Resultados, apenas ajudar o leitor a recordar os principais resultados e como eles se relacionam com os objetivos da investigação.

Discuta as limitações do estudo, particularmente as fontes potenciais de viés ou imprecisão, discutindo a direção e magnitude destes potenciais vieses. Apresente argumentos que auxiliem o leitor a julgar até que pontos esses potenciais vieses podem ou não afetar a credibilidade dos resultados do estudo.

O núcleo da seção de Discussão é a interpretação dos resultados do estudo. Interprete cautelosamente os resultados, considerando os objetivos, as limitações, a realização de análises múltiplas e de subgrupos, e as evidências científicas disponíveis. Nesse momento, deve-se confrontar os resultados do estudo com o modelo teórico descrito e com outros estudos similares, indicando como os resultados do estudo afetam o nível de evidência disponível atualmente.

10.1 ARTIGO

Prevalência de marcadores de consumo alimentar nas mulheres da zona rural no extremo sul do Brasil

Título resumido: Prevalência de marcadores de consumo alimentar

Prevalence of food consumption markers in rural women in the extreme south of Brazil

Prevalencia de marcadores de consumo alimentario en las mujeres de la zona rural en el extremo sur de Brasil

Fernanda de Castro Silveira¹

Lulie Rosane Odeh Susin^{1,2}

Rodrigo Dalke Meucci^{1,2}

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

² Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

Correspondência:

Fernanda de Castro Silveira

fernandanutri1981@gmail.com

Rua Visconde do Rio Branco, 250

Rio Grande – RS, Brasil – CEP: 96211-010

Artigo baseado em dissertação de mestrado.

Fernanda de Castro Silveira. Marcadores de consumo alimentar das mulheres da zona rural no extremo sul do Brasil. 2018. Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande.

Financiamento

Pastoral da Criança, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e dos próprios pós-graduandos.

Conflitos de interesse

Os autores declaram ausência de conflito de interesse.

Contribuição de cada autor

FCS participou da coleta de dados, realizou as análises e conduziu a escrita do artigo. LROS supervisionou e orientou a redação do artigo. RDM coordenou o estudo, supervisionou a coleta de dados, orientou as análises e a redação do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Contagem

Caracteres no resumo: 1.695

Palavras no artigo: 3.514

Número de referências: 22

Número de ilustrações: 4

RESUMO

Objetivo: Descrever a prevalência da ingestão de alimentos marcadores de consumo alimentar saudável e não saudável e sua associação com os fatores socioeconômicos, demográficos, comportamentais e de saúde. **Método:** Estudo transversal, de base populacional, com mulheres em idade fértil da zona rural do município de Rio Grande, RS, Brasil. Os desfechos foram coletados através do questionário de marcadores de consumo alimentar do Ministério da Saúde. Foi utilizado modelo de regressão de Poisson para análise bruta e ajustada. **Resultados:** Foram analisados dados de 963 mulheres, entre 15 e 49 anos de idade, entre abril e outubro de 2017. Em relação aos marcadores saudáveis, os indicadores apresentaram as seguintes prevalências de consumo no dia anterior: feijão 71,2% (IC 95% 68,3 a 74,1), frutas 52,9% (IC 95% 49,7 a 56,0) e verduras/legumes 55,1% (IC 95% 51,9 a 58,2). Para os marcadores não saudáveis, as prevalências foram: hambúrguer e embutidos 22,5% (IC 95% 19,9 a 25,2), bebidas adoçadas 66,1% (IC 95% 63,1 a 69,1), macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados 19,9% (IC 95% 17,4 a 22,4) e biscoitos recheados, doces ou guloseimas 35,5% (IC 95% 32,4 a 38,5). Destaca-se que a menor faixa etária, entre 15 e 19 anos, foi a categoria da variável que associou-se significativamente, com maior frequência aos marcadores alimentares não saudáveis, ao maior consumo de hambúrguer/embutidos e bebidas adoçadas. **Conclusão:** O consumo alimentar na população do estudo apresentou prevalências satisfatórias dos alimentos saudáveis. Em relação aos alimentos não saudáveis, embora o ideal seja que não houvesse consumo, as prevalências não podem ser consideradas elevadas.

Palavras – chave: Alimentação; Consumo de alimentos; Mulheres; População rural.

INTRODUÇÃO

Evidências demonstram que no Brasil, nos últimos anos, a população passou por muitas modificações sociais e culturais que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e consumo alimentar¹. Essas modificações acarretaram na diminuição da pobreza e exclusão social e, conseqüentemente, provocaram o aumento da obesidade e a melhoria ao acesso dos alimentos¹.

Em vista disso, justifica-se investigar o consumo alimentar da população rural, uma vez que existe uma tendência de aumento no consumo de alimentos produzidos pela indústria alimentícia, com diferentes graus de processamento na população urbana¹. Estes alimentos apresentam na sua composição maiores quantidades energéticas, de conservantes, gorduras e açúcares, com poucas fibras e nutrientes¹. Ao longo das últimas décadas, houve um aumento progressivo nas prevalências de consumo de alimentos fora de casa, substituindo-se a comida caseira tradicional por refeições rápidas, altamente processadas e prontas para o consumo¹. Sendo, portanto, importante investigar se estes comportamentos alimentares já estão afetando também os moradores da zona rural.

Na população brasileira, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013² e do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) 2016³ apontam para um consumo insuficiente de alimentos saudáveis e acima do recomendado dos alimentos não saudáveis, tanto em áreas rurais quanto nas áreas urbanas. A PNS em 2013², investigou os hábitos de consumo alimentar através de indicadores marcadores de padrões saudáveis e não saudáveis com frequência semanal. Nas mulheres com 18 anos ou mais de idade, da população rural, na PNS², o consumo de verduras e legumes nas refeições e de frutas ou de sucos de frutas foi de 31,9% (IC95% 29,5 a 34,3) e o consumo de doces foi de 19,6% (IC95% 17,4 a 21,8). O VIGITEL³, realizado em 2016 nas capitais brasileiras com população urbana, avaliou o consumo dos alimentos em cinco ou mais dias da semana no conjunto da população adulta (≥ 18 anos). A frequência de mulheres que refiram o consumo de frutas e hortaliças foi de 47,7% (IC95% 44,0 a 51,4) e de doces

foi de 22,4% (IC95% 19,3 a 25,5) em Porto Alegre, no estudo VIGITEL³, com população urbana.

Embora os benefícios da alimentação saudável estejam bem ressaltados na literatura^{4,5}, poucos estudos avaliam a qualidade do consumo alimentar das mulheres da zona rural, para saber se está adequado ou não as recomendações. O Ministério da Saúde (MS) considera desfavoráveis as condições de saúde da população rural e visa diminuir as iniquidades em saúde, quanto à redução dos agravos que incidem nas taxas de morbidade e mortalidade neste grupo populacional⁶.

Tem sido demonstrado possível planejar e promover ações que possam contribuir para as mudanças nutricionais nesta fase reprodutiva das mulheres em que os hábitos de consumo são riscos e agravantes para as doenças crônicas não transmissíveis⁵. Além do que, as mulheres podem ser agentes de mudança de comportamentos nocivos à saúde, pelo papel que representam nas famílias, nas escolhas alimentares. Além disso, a população alvo deste estudo, as mulheres em idade reprodutiva da zona rural, se constituem em um grupo ainda pouco estudado com relação a sua situação nutricional, havendo poucos estudos nacionais de consumo alimentar nessas áreas rurais⁷.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi descrever a prevalência da ingestão de alimentos marcadores de consumo alimentar saudável e não saudável e sua associação com os fatores socioeconômicos, demográficos, comportamentais e de saúde, nas mulheres da zona rural de um município do sul do Brasil.

MÉTODOS

Delineamento e local do estudo

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, que faz parte de uma pesquisa maior, denominada “Saúde da população rural riograndina”. Esta ocorreu no ano de 2017, com objetivo de conhecer os indicadores básicos de saúde, o padrão de morbidade, de utilização e acesso a serviços de saúde. Este inquérito maior foi desenvolvido em grupos populacionais diferentes, entre os quais as mulheres em idade fértil, residentes na zona rural de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

O município do Rio Grande está situado no extremo sul do Brasil, a aproximadamente 350 km da capital Porto Alegre, e possui uma área territorial de aproximadamente 2.709 km². De acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010⁸, a população era de 197.228 habitantes, sendo 4% residentes da zona rural e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) era de 0,744. A zona rural do município de Rio Grande é constituída por 24 setores censitários com cerca de 8.500 habitantes distribuídos em aproximadamente 2.700 domicílios permanentemente habitados.

Amostra e amostragem

Para participar desta pesquisa foram incluídas as mulheres com idade entre 15 e 49 anos que residiam na zona rural do município de Rio Grande. Foram excluídas as gestantes, as mulheres que estavam amamentando e com déficit cognitivo para responder ao questionário.

No cálculo do tamanho amostral inicial para este estudo, admitiu-se prevalência de 30% do desfecho, margem de erro de três pontos percentuais, nível de confiança de 95% e acrescentou-se 10% para perdas e recusas, totalizando em 644 mulheres. Para permitir maior poder estatístico nas análises entre desfecho e exposições estudadas, acrescentaram-se 15%, o que totalizou uma amostra de 741 indivíduos. A partir do cálculo de amostra a posteriori, considerando as 963 mulheres avaliadas, prevalência de 50%, e mantido o nível de confiança de 95%, a margem de

erro caiu para 1 ponto percentual. As estimativas foram calculadas no programa *OpenEpi*.

A identificação e a contagem dos domicílios foram realizadas no dia da coleta. O processo de amostragem foi sistemático de modo a selecionar 80% dos domicílios permanentemente habitados da zona rural. Este processo foi realizado através do sorteio de um algarismo entre "1" e "5", sendo que o número sorteado correspondeu ao domicílio considerado excluído no setor.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de abril a outubro de 2017 nos domicílios dos indivíduos selecionados. Todas as mulheres elegíveis do domicílio foram entrevistadas. Os questionários foram aplicados por entrevistadoras previamente treinadas, com duração média de 30 minutos, para aqueles que consentiram participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados em versão eletrônica, utilizando o programa RedCap^{®9}, que é uma plataforma web destinada a construção, gestão de pesquisas e bancos de dados; aplicados em tablets marca *Samsung Galaxy Tab E*[®]. Concomitantemente à coleta de dados, foi realizado o controle de qualidade em 10% da amostra, por meio de uma nova entrevista por telefone, contendo uma versão reduzida para verificar a consistência na aplicação do instrumento.

Variáveis dependentes

O consumo alimentar saudável e não saudável foi avaliado como desfecho do estudo. Para isso, utilizou-se o questionário de marcadores de consumo alimentar do Ministério da Saúde do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Este instrumento é utilizado no Sistema Único de Saúde (SUS) para monitoramento da população brasileira na rotina da Atenção Básica¹⁰.

O consumo de alimentos foi questionado com perguntas sobre a ingestão de alimentos marcadores saudáveis no dia anterior: feijão, frutas frescas (não considerado suco de frutas) e verduras e/ou legumes (não considerado batata,

mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame). Além disso, os marcadores de consumo não saudáveis no dia anterior: hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha); bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar); macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados e biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina). Totalizando sete desfechos e para cada alimento marcador as opções de resposta foram (sim/não/não sabe). A prevalência de ingestão de alimentos para cada marcador saudável ou não saudável foi calculada pela divisão do número de respostas “sim” pelo número de respondentes.

Variáveis independentes

As variáveis independentes demográficas foram: cor da pele autorrelatada (branca/preta/parda, amarela e outras), faixa etária em anos (15-19/20-34/35-49) e estado civil (solteira/casada/separada, divorciada ou viúva).

Em relação as variáveis socioeconômicas foram utilizadas a classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP)¹¹ (A,B/C/D,E) e trabalho remunerado na data da entrevista (sim/não).

As variáveis comportamentais estudadas foram: ingestão de álcool na última semana (sim/não), tabagismo nos últimos 30 dias (não fumante/ex-fumante/fumante), atividade física no lazer, sendo considerado caminhada no mínimo 30 minutos por dia (sim/não), número de refeições por dia (1 a 2/3 a 4/5 a 6), comer vendo televisão, manuseando o computador ou celular (sim/não) e número de filhos que moram junto (não moram/1 a 2/ 3 ou mais/não tem filhos). E a variável de saúde: pelo menos a realização de uma consulta médica no último ano (sim/não).

Análise dos dados

A análise descritiva foi utilizada para as variáveis quantitativas categóricas que foram descritas através das frequências absolutas (n) e relativas (%). Além disso,

foram apresentadas as prevalências dos marcadores alimentares de acordo com as categorias das variáveis independentes.

As análises multivariadas brutas e ajustadas foram realizadas através da regressão de Poisson com ajuste robusto da variância, e apresentadas as razões de prevalência (RP), o intervalo de confiança (IC 95%) e o valores de significância usando-se o teste de Wald de heterogeneidade e de tendência linear. Foi realizado um modelo para cada indicador alimentar, três marcadores saudáveis: feijão; frutas frescas e verduras e/ou legumes e quatro marcadores não saudáveis: hambúrguer e/ou embutidos; bebidas adoçadas; macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados e biscoitos recheados, doces ou guloseimas. Realizada a análise *full adjust* e foram considerados fatores associados ao desfecho aqueles com $p < 0,05$. As análises foram realizadas no programa estatístico *Stata*, versão 14.2®.

Aspectos éticos

O projeto da pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), sob processo nº 51/2017. As adolescentes de 15 a 17 anos assinaram o termo de assentimento e todos os responsáveis pelas menores de 18 anos e as mulheres com idade entre 18 e 49 anos de idade assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Nos 2.669 domicílios que tinham moradores permanentes na área rural do município de Rio Grande, identificou-se 1.391 mulheres entre 15 e 49 anos de idade, sendo selecionadas 1.199 (86,2%), de acordo com critérios da amostragem sistemática. Do total de mulheres elegíveis amostradas, 103 foram perdidas (8,6%) e 17 foram recusadas (1,4%), totalizando 10% de perdas e recusadas, resultando em 1.079 mulheres. Para o presente estudo foram incluídas todas as mulheres elegíveis no domicílio e excluídas 30 gestantes, 82 mulheres que estavam amamentando, 1 mulher que estava grávida e amamentando, 3 mulheres que apresentavam mais de 49 anos de idade, resultando em 963 mulheres. Houve 6 indivíduos que não tiveram informação para nenhum dos desfechos deste estudo, resultando em um N de 957.

Quanto ao controle de qualidade, foram aplicados 113 questionários de mulheres em idade fértil (10,5%), a estatística Kappa variou entre 0,51 a 0,97, apresentando uma consistência das questões no instrumento utilizado que variou de moderada a excelente.

As características das mulheres estão descritas na Tabela 1. A maioria das mulheres era de cor de pele branca (86%), casadas (76,6%), não ingeriram bebida alcoólica na última semana (89,6%), não fumantes (71,2%) e não realizavam atividade física no lazer (72,4%).

Em relação aos marcadores alimentares saudáveis no dia anterior, a prevalência do consumo de feijão foi de 71,2% (IC 95% 68,3 a 74,1) (Figura 1), variando de 65% a 78,% (Tabela 2). Houve uma tendência linear na classificação econômica, na qual a probabilidade desse marcador se reduziu na medida em que esta aumentou (Tabela 2). A prevalência do consumo de frutas frescas foi de 52,9% (IC 95% 49,7 a 56,0) (Figura 1), variando de 39,8% a 68,8%. Na análise ajustada, observou-se uma associação positiva do consumo de frutas frescas com a classe econômica (RP=1,47) e número de refeições por dia (RP=1,46) (Tabela 2). O consumo de verduras e/ou legumes no dia anterior à entrevista foi de 55,1% (IC 95% 51,9 a 58,2) (Figura 1), oscilando de 48,2% a 66,7% (Tabela 2). A classificação econômica

mais elevada (RP=1,39) apresentou associação com um maior consumo de verduras e/ou legumes na análise ajustada (Tabela 2).

Em relação aos marcadores não saudáveis, a prevalência do consumo de hambúrguer e/ou embutidos foi de 22,5% (IC 95% 19,9 a 25,2) (Figura 1), variando de 11,4% a 31,6%. Na análise ajustada, verificou-se que houve um consumo 24% maior de hambúrguer e/ou embutidos para a faixa etária de 15 a 19 anos, 32% maior para as mulheres que trabalhavam e 40% maior para as que consumiram álcool na última semana (Tabela 3). O consumo de bebidas adoçadas apresentou prevalência de 66,1% (IC 95% 63,1 a 69,1) (Figura 1), variando de 57% a 77,2%. Na análise ajustada, as bebidas adoçadas tiveram um consumo 11% maior para a faixa etária de 15 a 19 anos, o grupo das ex-fumantes (RP=1,18) e as que comiam assistindo televisão, manuseando o computador ou celular (RP=1,12)(Tabela 3).

A prevalência do consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados foi de 19,9% (IC 95% 17,4 a 22,4) (Figura 1), variando de 9,2% a 29,0%. O consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados, apresentou associação estatisticamente significativa para as mulheres que realizavam atividade física no lazer (RP=1,62), na análise ajustada (Tabela 3). O consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas foi de 35,5% (IC 95% 32,4 a 38,5) (Figura 1), oscilando de 23,4% a 51,8%. Na análise ajustada, o consumo de biscoitos recheados, doces ou guloseimas apresentou-se maior para as mulheres que realizavam mais refeições por dia (RP=1,19) e as que comiam assistindo televisão, manuseando o computador ou celular (RP=1,28)(Tabela 3).

O dia de aplicação do questionário apresentou diferença entre os grupos para o marcador alimentar saudável feijão e para o marcador alimentar não saudável bebidas adoçadas, quando o instrumento foi aplicado após domingos e feriados. O feijão foi 19% menos consumido e as bebidas adoçadas 18% mais consumidas em dias atípicos (domingos e feriados) do que em dias normais.

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a ingestão de alimentos marcadores do consumo alimentar saudável e não saudável entre as mulheres em idade fértil da zona rural de uma cidade no Sul do Brasil, investigando as variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde. Foram utilizados os marcadores alimentares com o objetivo de identificar as práticas alimentares, a qualidade e comportamentos de risco. No nível populacional, a avaliação dos marcadores possibilita o reconhecimento de alimentos que se relacionam à alimentação saudável ou não saudável e proporciona o monitoramento da vigilância nutricional¹⁰.

A prevalência do consumo de feijão neste estudo foi menor do que nos estudos brasileiros, com população rural. O estudo realizado em área rural da cidade de Ibatiba, apresentou a prevalência de 94%¹² e a PNS², com a população rural do Brasil foi de 74,8%. No entanto, foi maior do que a encontrada pelo inquérito brasileiro VIGITEL, em Porto Alegre, em mulheres (43,0%)³ que avaliou o consumo regular 5 vezes ou mais por semana na população urbana. O Guia Alimentar para a população brasileira recomenda a ingestão de pelo menos uma porção diária de feijão ou outra leguminosa (ervilha seca, grão-de-bico, lentilha, soja), e fazer de alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação^{13, 14}. Observa-se que alimentos básicos e tradicionais na dieta do brasileiro, como o feijão, estão perdendo a importância e cresce a participação de alimentos processados prontos para consumo e refeições prontas, também nos estratos de menor renda¹⁵.

Com relação às frutas frescas foi identificado neste estudo um consumo maior que nos estudos da PNS², que encontrou 31,9% entre mulheres da área rural. Assim como no estudo da POF 2008-2009¹⁶ que avaliou os alimentos mais frequentemente referidos pela população urbana e rural brasileira (16%) e que no estudo realizado no Rio de Janeiro com famílias agricultoras¹⁷ (49,9%), que relataram consumirem em pelo menos 1 refeição diária. Além disso, foi maior que no estudo do VIGITEL³, que encontrou na população urbana de Porto Alegre, nas mulheres, uma prevalência de consumo regular de 5 dias ou mais por semana de frutas e hortaliças (47,7%). No

entanto, foram utilizadas diferentes maneiras de avaliação do consumo entre estes estudos.

As frutas são alimentos muito saudáveis, excelentes fontes de fibras, de vitaminas e minerais e de vários compostos que contribuem para a prevenção de muitas doenças, sendo recomendado o seu consumo diário^{13,14}. No que se refere à renda, o estudo da POF 2008-2009¹⁵ com população rural e urbana mostrou maior consumo de frutas na classe econômica mais alta, corroborando com achados deste estudo que identificou um gradiente de maior consumo para as mulheres com classificação econômica maior. Além disso, em um estudo na Lituânia¹⁸, com população rural e urbana, verificaram que as pessoas pertencentes a classes sociais mais altas tinham maior probabilidade de terem consciência de hábitos alimentares socialmente desejáveis, o que pode afetar o relato dos hábitos nutricionais. Verificou-se também que o consumo de alimentos sazonais subiu na temporada, mas principalmente entre as mulheres de maior estado socioeconômico¹⁹.

Atinente aos legumes e verduras foi identificado neste estudo um consumo maior que no estudo da POF 2008-2009 (16%)¹⁶ com população urbana e rural. O estudo da POF¹⁵ apresentou consonância com o resultado apresentado no presente trabalho, revelou que mulheres com maior renda tiveram maior consumo de verduras e legumes.

Quanto aos marcadores de consumo alimentar não saudáveis, o hábito de consumir hambúrguer e embutidos no dia anterior esteve associado a menor faixa etária neste estudo. Esse achado é relevante porque o hábito de consumir alimentos não saudáveis pode estar associado ao consumo de alimentos ultraprocessados cada vez mais cedo, estimulando a alimentação inadequada. Em Pelotas⁴, um estudo com moradores da zona urbana, avaliou 2.732 adultos e obteve conclusões semelhantes, indicando relação com a faixa etária (20 a 29 anos de idade) mais nova deste estudo. Tal hábito, portanto, poderia ser desencorajado no início da adolescência.

Cabe destacar que este estudo apresentou um alto consumo de refrigerantes e sucos artificiais, sendo o marcador alimentar não saudável com maior prevalência. A alimentação das mulheres moradoras da zona rural deste estudo caracterizou-se pelo alto consumo de alimentos calóricos densos. Esses resultados são consistentes com outros estudos^{3,17,21,22}.

O alto consumo de refrigerantes e sucos artificiais observado é prejudicial pela relação deste com a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) como obesidade e diabetes¹⁴. Além disso, o consumo de bebidas adoçadas, neste estudo foi associado a menor faixa etária, isto ressalta a necessidade de incentivar estratégias de educação nutricional, que desestimulem o consumo de bebidas adoçadas e doces com elevada quantidade de calorias, comum à maioria dos alimentos ultraprocessados, que aumentam o risco de obesidade¹⁴.

Como limitações do presente estudo, menciona-se o delineamento transversal, por não ser o mais apropriado para estabelecer relações de causalidade e a qual exclui a possibilidade de examinar a relação de temporalidade entre as exposições e os desfechos. Outra limitação importante é a sazonalidade, uma vez que o estudo foi desenvolvido entre abril e outubro, abrangendo três estações do ano (outono, inverno e primavera), sendo as ofertas e o consumo de alimentos diferentes entre estes meses. Além disso, questionários aplicados após feriados e finais de semana (dias atípicos) apresentaram diferenças de frequência importantes comparados aos aplicados após dias comuns, para alguns marcadores alimentares. Além do mais, o instrumento utilizado para mensurar o consumo alimentar do dia anterior é uma medida subjetiva e de um único dia.

Contudo, consiste em um dos questionários mais empregados na Atenção Básica para verificar o consumo alimentar e a avaliação de alimentos consumidos no dia anterior, pode amenizar possíveis vieses de memória. Além do que, as questões são de fácil aplicação e práticas, permitindo que qualquer profissional realize. Outro ponto positivo deste estudo foi avaliar os marcadores de consumo alimentar das mulheres da área rural, uma vez que a maior parte dos estudos avalia a população urbana. Uma vantagem do presente estudo foi trabalhar com uma amostra representativa da população rural de mulheres de um município do Sul do Brasil, o que permite extrapolar os resultados para outras áreas rurais com características semelhantes. Em um estudo de base populacional fica inviável aplicar instrumentos que possam medir o consumo de forma mais segura. Destaca-se a elevada taxa de resposta (90%) e o rigor metodológico empregado em todas as etapas da pesquisa, o que contribui para a validade interna do estudo.

Os resultados desta pesquisa permitiram identificar os marcadores do consumo alimentar saudável e não saudável das mulheres em idade fértil da população rural. Verificou-se que o consumo alimentar na população do estudo apresentou prevalências satisfatórias dos alimentos saudáveis. Em relação aos alimentos não saudáveis, embora o ideal seja que não houvesse consumo, as prevalências não podem ser consideradas elevadas. Além disso, foi encontrado também que os fatores de risco para os marcadores não saudáveis diferem entre os alimentos, destacando-se o maior consumo entre as adolescentes.

Portanto, estes resultados podem ser úteis nos serviços de saúde, na proposição de ações de educação nutricional e servirem como linha de base de intervenções que poderão ser implementadas. Podendo ser usados estes dados encontrados, por gestores e profissionais de saúde para incentivar a alimentação saudável das mulheres da zona rural, bem como para intervir sobre algumas doenças e condições de saúde, mediante a promoção de hábitos alimentares saudáveis.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 84 p.; 2013.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde, 2013*. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 160 p.; 2017.
4. Schneider BC, Duro SMS, Assunção MCF. Consumo de carnes por adultos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19(8): 3583-3592.
5. World Health Organization (WHO). *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*, Geneva: WHO; 2002.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.071 de 27 de dezembro de 2012. Redefine a composição e as atribuições do Grupo da Terra no âmbito do Ministério da Saúde, 2012.
7. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Diagnóstico de saúde e nutrição da população do campo: levantamento de dados e proposta de ação*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
8. IBGE. *Censo Brasileiro 2010*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011.
9. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research Electronic Data Capture – REDCap. A metadata-driven methodology and workflow process for

providing translational research informatics support. Journal of Biomedical Informatics 42 (2009) 377–381.

10. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 33 p.

11. Brasil. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa- ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil 2015. Disponível em <http://www.abep.org>.

12. Carvalho EO, Rocha EF. Consumo alimentar de população adulta residente em área rural da cidade de Itatiba (ES,Brasil). Ciência e Saúde Coletiva 2011; 16(1): 179-185.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde. 2008; 1ª edição:1-210.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde. 2014; 2ª edição:1-158.

15. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo demográfico. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 150p.; 2011.

16. Souza AM, Pereira RA, Yokoo EM, Levy RB, Sichieri R. Most consumed foods in Brazil: National Dietary Survey 2008-2009. Rev. Saúde Pública 2013; 47 (Supl.1).

17. Lourenço, AEP. Plantando, colhendo, vendendo, mas não comendo: práticas alimentares e de trabalho associadas à obesidade em agricultores familiares do Bonfim, Petrópolis, RJ. Rev. bras, Saúde ocup. 2012; 37 (125): 127-142.

18. Kriacioniene V, Klumbiene J, Petkeviciene J, Sakyte E. Time trends in social differences in nutrition habits of a Lithuanian population: 1994-2010. *BMC Public Health* 2012; 12:218.
19. Campbell RK, Talegawkar SA, Christian P, Leclercq SC, Khatry SK, Wu LSF, Oeste KP. Seasonal dietary intakes and socioeconomic status among women in the Terai of Nepal. *J Health Popul Nutr* 2014; 32(2):198-216.
20. USDHHS. *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report 2008*. Washington: United States Department of Health and Human Services; 2008.
21. Claro RM, Santos MAS, Oliveira TP, Pereira CA, Szwarcwald CL, Malta DC . Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil:
22. Vorster HH, Kruger A, Wentzel-Viljoen E, Kruger HS, Margetts BM. Added sugar intake in South Africa: findings from the Adult Prospective Urban and Rural Epidemiology cohort study. *Am J Clin Nutr* 2014; 99(6): 1479-86.

Tabela 1 – Características da amostra de mulheres em idade fértil de 15 a 49 anos da zona rural de Rio Grande – RS, 2017 (N=963).

Variável	N	%
Cor da pele (n=963)		
Branca	828	86,0
Preta	59	6,1
Parda/Amarela/Outra	76	7,9
Faixa etária (anos) (n=962)		
15 – 19	117	12,2
20 – 34	405	42,1
35 – 49	440	45,7
Estado civil (n=963)		
Solteira	181	18,8
Casada	738	76,6
Separada/divorciada/viúva	44	4,6
Classificação econômica (ABEP^a) (n=958)		
A/B	144	15,0
C	648	67,7
D/E	166	17,3
Trabalho remunerado (n=963)		
Sim	353	36,7
Não	610	63,3
Álcool (consumo na semana anterior) (n=963)		
Sim	100	10,4
Não	863	89,6
Tabagismo (n= 954)		
Não fumante	679	71,2
Ex-fumante	140	14,7
Fumante	135	14,1
Atividade Física no lazer (caminhada mín. 30 min/dia) (n=963)		
Sim	266	27,6
Não	697	72,4
Nº de refeições por dia (n=954)		
1 a 2	73	7,6
3 a 4	655	68,7
5 a 6	226	23,7
Comer vendo TV, computador ou celular (n=956)		
Sim	476	49,8
Não	480	50,2
Filhos que moram junto (n=953)		
Não moram	77	8,1
1 a 2 filhos	561	58,9
3 ou mais	86	9,0
Não tem filhos	229	24,0
Consulta(s) médica(s) no último ano (n=961)		
Sim	671	69,8
Não	290	30,2

a) ABEP = Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas.

Figura 1 – Prevalência de alimentos marcadores do consumo alimentar saudável e não saudável no dia anterior, de mulheres em idade fértil de 15 a 49 anos da zona rural de Rio Grande – RS, 2017.

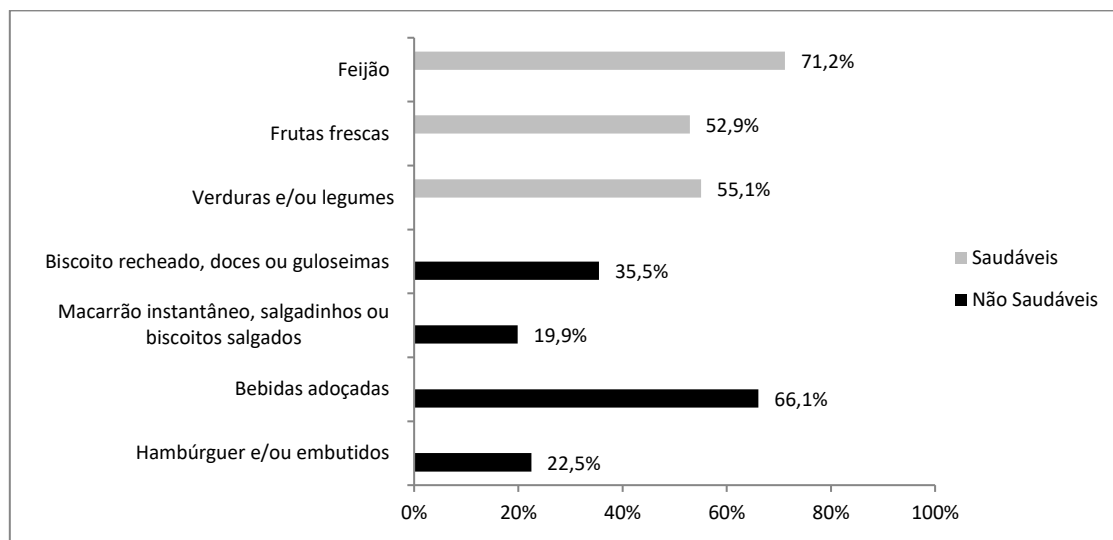


Tabela 2 – Análise ajustada dos marcadores alimentares saudáveis, de acordo com as variáveis de exposição, da população rural de mulheres em idade fértil de Rio Grande – RS, 2017.

Variáveis	%	Feijão RP (IC95%)	Frutas Frescas RP (IC95%)	Verduras/Legumes RP (IC95%)
Cor da pele		p = 0,85 ^a	p = 0,31 ^a	p = 0,98 ^a
Branca	70,7	1,00	1,00	1,00
Preta	72,9	0,99(0,85;1,17)	1,19(0,95;1,49)	1,02(0,80;1,31)
Parda/Amarela/Outra	74,7	1,04(0,90;1,20)	1,03(0,83;1,27)	1,01(0,83;1,23)
Faixa etária (anos)		p = 0,30 ^b	p = 0,15 ^b	p = 0,04 ^b
15 – 19	71,9	1,00	1,00	1,00
20 – 34	69,6	0,96(0,82;1,13)	1,10(0,85;1,41)	0,88(0,70;1,11)
35 – 49	72,7	1,03(0,87;1,22)	1,18(0,90;1,54)	1,07(0,84;1,38)
Estado civil		p = 0,97 ^a	p = 0,87 ^a	p = 0,24 ^a
Solteira	70,6	1,00	1,00	1,00
Casada	71,3	1,01(0,88;1,17)	1,05(0,85;1,29)	0,86(0,72;1,03)
Separada/divorciada/ viúva	72,7	1,02(0,81;1,28)	1,09(0,79;1,50)	0,93(0,69;1,24)
Classificação econômica (ABEP^c)		p = 0,03 ^b	p < 0,001 ^b	p < 0,001 ^b
A/B	64,6	0,86(0,73;1,00)	1,47(1,19;1,81)	1,39(1,13;1,70)
C	71,0	0,93(0,84;1,02)	1,17(0,97;1,41)	1,15(0,97;1,37)
D/E	78,1	1,00	1,00	1,00
Trabalho remunerado		p = 0,09	p = 0,56	p = 0,99
Sim	67,6	0,92(0,84;1,01)	0,96(0,85;1,09)	1,00(0,88;1,13)
Não	73,3	1,00	1,00	1,00
Álcool (consumo na semana anterior)		p = 0,27	p = 0,19	p = 0,40
Sim	66,3	0,92(0,79;1,07)	0,86(0,69;1,08)	0,91(0,74;1,12)
Não	71,8	1,00	1,00	1,00
Tabagismo		p = 0,40 ^a	p = 0,08 ^a	p = 0,13 ^a
Não fumante	69,8	1,08(0,96;1,20)	1,00(0,85;1,18)	1,17(1,00;1,36)
Ex-fumante	75,2	1,01(0,89;1,14)	0,78(0,63;0,97)	1,04(0,86;1,24)
Fumante	73,2	1,00	1,00	1,00
Atividade Física no Lazer (caminhada mín. 30 min/dia)		p = 0,87	p = 0,64	p = 0,05
Sim	70,5	0,99(0,91;1,09)	1,03(0,91;1,17)	1,13(1,00;1,27)
Não	71,5	1,00	1,00	1,00
Nº de refeições por dia		p = 0,46 ^b	p < 0,001 ^b	p = 0,02 ^b
1 a 2	74,0	1,00	1,00	1,00
3 a 4	70,6	0,99(0,85;1,16)	1,16(0,87;1,56)	0,96(0,76;1,22)
5 a 6	72,6	1,03(0,87;1,22)	1,46(1,08;1,98)	1,15(0,90;1,48)
Comer vendo TV, computador ou celular		p = 0,23	p = 0,14	p = 0,23
Sim	72,8	1,05(0,97;1,14)	0,91(0,81;1,03)	0,93(0,83;1,05)
Não	69,5	1,00	1,00	1,00
Filhos que moram junto		p = 0,75 ^a	p = 0,26 ^a	p = 0,57 ^a
Não moram	72,7	1,00(0,86;1,16)	0,91(0,74;1,11)	1,07(0,86;1,32)
1 a 2 filhos	71,0	1,06(0,89;1,27)	0,84(0,63;1,12)	0,92(0,69;1,24)
3 ou mais	77,7	0,96(0,79;1,17)	1,04(0,81;1,33)	1,11(0,85;1,45)
Não tem filhos	68,4	1,00	1,00	1,00

Consulta(s) médica(s) no último ano		p = 0,13	p = 0,30	p = 0,29
Sim	70,0	0,94(0,86;1,02)	1,07(0,94;1,23)	0,94(0,83;1,06)
Não	74,3	1,00	1,00	1,00

RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

a) p de heterogeneidade

b) p de tendência linear

c) ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas

Tabela 3 – Análise ajustada dos marcadores alimentares não saudáveis, de acordo com as variáveis de exposição, da população rural de mulheres em idade fértil de Rio Grande – RS, 2017.

Variáveis	%	Hambúrguer e/ou embutidos	Bebidas adoçadas	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	Biscoito recheado, doces ou guloseimas
		RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)
Cor da pele		p = 0,33 ^a	p = 0,18 ^a	p = 0,06 ^a	p = 0,17 ^a
Branca	22,8	1,00	1,00	1,00	1,00
Preta	23,7	1,17(0,73;1,87)	1,11(0,95;1,29)	0,78(0,45;1,37)	1,30(0,96;1,75)
Parda/Amarela/Outra	18,4	0,69(0,40;1,21)	0,89(0,73;1,08)	0,45(0,22;0,90)	0,89(0,63;1,26)
Faixa etária (anos)		p < 0,001 ^b	p < 0,001 ^b	p = 0,76 ^b	p = 0,17
15 – 19	31,6	1,00	1,00	1,00	1,00
20 – 34	24,4	0,76(0,49;1,17)	0,89(0,76;1,05)	0,92(0,59;1,43)	0,81(0,61;1,08)
35 – 49	18,2	0,55(0,34;0,91)	0,80(0,66;0,96)	0,90(0,55;1,50)	0,76(0,55;1,06)
Estado civil		p = 0,51 ^a	p = 0,63 ^a	p = 0,11 ^a	p = 0,41 ^a
Solteira	27,3	1,00	1,00	1,00	1,00
Casada	22,0	1,04(0,70;1,53)	0,97(0,84;1,11)	0,69(0,47;1,03)	0,85(0,65;1,11)
Separada/divorciada/viúva	11,4	0,64(0,26;1,57)	0,86(0,64;1,16)	0,46(0,18;1,17)	0,74(0,43;1,26)
Classificação econômica (ABEP)		p = 0,08 ^b	p = 0,90 ^b	p = 0,84 ^b	p = 0,12 ^b
A/B	26,4	1,34(0,93;1,94)	1,01(0,85;1,19)	0,97(0,62;1,52)	1,33(0,97;1,83)
C	22,7	1,51(0,97;2,35)	1,04(0,92;1,17)	0,98(0,70;1,38)	1,28(0,98;1,66)
D/E	17,7	1,00	1,00	1,00	1,00
Trabalho remunerado		p = 0,03	p = 0,94	p = 0,69	p = 0,54
Sim	25,0	1,32(1,02;1,71)	0,99(0,90;1,10)	0,94(0,71;1,26)	1,06(0,88;1,28)
Não	21,1	1,00	1,00	1,00	1,00
Álcool (consumo na semana anterior)		p = 0,04	p = 0,99	p = 0,97	p = 0,45
Sim	30,6	1,40(1,01;1,94)	1,00(0,87;1,15)	1,01(0,66;1,53)	1,10(0,85;1,42)
Não	21,6	1,00	1,00	1,00	1,00
Tabagismo		p = 0,56 ^a	p = 0,01 ^a	p = 0,77 ^a	p = 0,42 ^a
Não fumante	23,0	1,15(0,82;1,61)	1,14(1,01;1,30)	1,13(0,77;1,64)	0,92(0,70;1,21)
Ex-fumante	24,3	0,90(0,60;1,34)	1,18(1,05;1,33)	0,96(0,63;1,45)	0,83(0,62;1,11)
Fumante	19,0	1,00	1,00	1,00	1,00
Atividade Física no Lazer (caminhada mín. 30 min/dia)		p = 0,83	p = 0,16	p < 0,001	p = 0,75
Sim	23,1	1,03(0,79;1,34)	0,93(0,83;1,03)	1,62(1,25;2,10)	0,97(0,80;1,17)
Não	22,3	1,00	1,00	1,00	1,00
Nº de refeições por dia		p = 0,64 ^b	p = 0,88 ^b	p = 0,70 ^b	p < 0,001 ^b
1 a 2	24,7	1,00	1,00	1,00	1,00
3 a 4	20,7	0,76(0,49;1,17)	0,96(0,82;1,12)	0,91(0,56;1,48)	0,80(0,58;1,09)
5 a 6	27,0	0,92(0,58;1,47)	0,97(0,81;1,15)	1,01(0,60;1,70)	1,19(0,86;1,65)
Comer vendo TV, computador ou celular		p = 0,11	p = 0,02	p = 0,11	p < 0,001
Sim	24,8	1,22(0,96;1,57)	1,12(1,02;1,23)	1,24(0,95;1,61)	1,28(1,07;1,53)
Não	20,0	1,00	1,00	1,00	1,00

Filhos que moram junto		p = 0,54 ^a	p = 0,15 ^a	p = 0,62 ^a	p = 0,36 ^a
Não moram	15,6	1,07(0,62;1,85)	1,00(0,82;1,21)	1,38(0,76;2,48)	1,32(0,87;2,01)
1 a 2 filhos	21,3	1,36(0,72;2,58)	1,16(0,93;1,45)	1,47(0,72;3,01)	1,49(0,92;2,41)
3 ou mais	24,7	0,93(0,49;1,78)	0,93(0,74;1,18)	1,19(0,59;2,37)	1,21(0,74;1,97)
Não tem filhos	26,2	1,00	1,00	1,00	1,00
Consulta(s) médica(s) no último ano		p = 0,11	p = 0,54	p = 0,48	p = 0,81
Sim	23,7	1,26(0,95;1,66)	1,03(0,93;1,14)	0,90(0,69;1,19)	1,02(0,85;1,23)
Não	19,2	1,00	1,00	1,00	1,00

RP: razão de prevalência;
IC95%: intervalo de confiança de 95%.

a) p de heterogeneidade

b) p de tendência linear

c) ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas

10.2 NOTA A IMPRENSA

Consumo Alimentar nas mulheres em idade fértil da zona rural

O consumo alimentar saudável é um dos determinantes do estado nutricional e relaciona-se à saúde em todas as fases da vida. A população brasileira, nas últimas décadas, sofreu grandes transformações sociais que resultaram também em modificações do seu hábito alimentar.

A nutricionista Fernanda de Castro Silveira, durante seu mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), sob orientação da Dra. Lulie Rosane Odeh Susin e coorientação do Dr. Rodrigo Dalke Meucci, participou de uma pesquisa que teve por objetivo avaliar a saúde da população rural Riograndina. A sua dissertação focou no consumo alimentar saudável e não saudável das mulheres em idade fértil.

Foram analisados dados de 963 mulheres entre 15 e 49 anos de idade, no período de abril a outubro de 2017, da zona rural de Rio Grande - RS. Os resultados mostraram que o consumo alimentar das mulheres no dia anterior foi de: 71,2% feijão, 52,9% frutas frescas e 55,1% verduras e/ou legumes. Em relação, aos alimentos não saudáveis os indicadores mostraram o consumo de: 22,5% hambúrguer e embutidos, 66,1% bebidas adoçadas, 19,9% macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados e 35,5% biscoitos recheado, doces ou guloseimas.

Verificou-se que os grupos mais suscetíveis a apresentar um consumo alimentar saudável foram: com maior classificação econômica e que fazem mais refeições por dia. Em relação ao consumo não saudável destaca-se a menor faixa etária e ao hábito de alimentar-se assistindo televisão, manuseando o computador ou celular .

Destaca-se, por fim, a importância de ações de estratégias públicas que viabilizem mudanças no comportamento alimentar das mulheres em direção aos hábitos saudáveis. Considera-se que conhecer o padrão de consumo alimentar das mulheres em idade fértil é essencial para orientar as ações de saúde e promover a melhoria do perfil alimentar e nutricional.

11. ANEXO

11.1 Anexo 1 – Questionário do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	Cód. CNES UNIDADE:*	Cód. EQUIPE (INE):*	DATA:*
_____	_____	_____	_____	/ /

Nº CARTÃO SUS: _____	
Nome do Cidadão:*	
Data de Nascimento:*/ /	Sexo: * <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino
Local de Atendimento: * _____	
CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>
	Mingau <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Água/chá <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Leite de vaca <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fórmula Infantil <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Suco de fruta <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fruta <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Outros alimentos/bebidas <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	

CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida: <input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Só o caldo <input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>
	Outro leite que não o leite do peito <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Mingau com leite <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Iogurte <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verdura de folha (alfaca, acelga, repolho) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fígado <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Feijão <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	

CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS** ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia? <input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia
	<i>Ontem você consumiu:</i>
	Feijão <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Frutas Frescas (não considerar suco de frutas) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe

Legenda: Opção Múltipla de Escolha Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

* Campo Obrigatório

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

12. APÊNDICES

12.1 Apêndice 1 – Resumo dos estudos

Quadro 1. Resumo dos artigos selecionados sobre o consumo alimentar.

Autor Ano	Local País Área	Delineamento	Amostra Faixa etária Sexo	Instrumentos utilizados	Desfechos	Resultados	Limitações
Fernald L 2007	7 estados México Rural	Transversal	12.873 pessoas 20 a 59 anos Homens e Mulheres	Dados antropométricos e questionário	Índice de massa corporal, status socioeconômico e consumo de bebidas.	Nessa população, o aumento do consumo de bebidas com alto teor calórico pode explicar a relação entre o status socioeconômico e IMC. As associações positivas entre o status socioeconômico e o IMC nesta população rural de baixa renda estão relacionados com os padrões em mutação da disponibilidade de alimentos, composição alimentar, padrões de fatores culturais.	Falta de perguntas mais extensas sobre a ingestão dietética, atividade física e outros comportamentos. Os resultados não podem ser generalizados para todos os adultos mexicanos.
Carvalho EO et al.2011	Itatiba, ES Brasil Rural	Transversal	150 pessoas 20 a 59 anos Homens e Mulheres	Questionário de frequência alimentar (QFCA)	Consumo alimentar	Verificou-se o consumo habitual (\geq quatro vezes/semana) de: feijão, gordura animal, margarina, açúcar, um consumo não habitual ($<$ quatro vezes/semana) de bolo, batata, biscoitos, aipim, batata-doce, chuchu, cenoura, beterraba, abóbora, suco de frutas, banana, laranja, goiaba, manga e tangerina e alimentos consumidos (uma vez ao mês), destacam-se soja, rapadura, cana-de-açúcar, alimentos integrais, salgados, balas e caramelos. Sobre a frequência com que os entrevistados realizam as suas refeições diárias, os resultados evidenciam que 52% deles realizam três refeições/dia, 24% duas refeições/dia, 18% quatro refeições/dia, 6% cinco refeições/dia.	Por se tratar de área rural, neste aspecto existe um traço dietético de permanência, na qual a gordura animal é consumida habitualmente por mais de 70% desta população.

Quadro 1- Continuação

Autor Ano	Local País Área	Delineamento	Amostra Faixa etária Sexo	Instrumentos utilizados	Desfechos	Resultados	Limitações
Venkaiah K et al.2011	Orissa Índia Rural	Transversal	6.389 pessoas 18 a 80 anos Homens e Mulheres	Questionário e Medidas antropométricas	Padrões de consumo de alimentos	Os resultados mostraram que existe uma forte relação entre os padrões alimentares e o estado nutricional de adultos rurais. Foi observada uma ampla variação na ingestão de alimentos e nutrientes e a ingestão média de ferro, cálcio e riboflavina estava abaixo da recomendação.	Os padrões dietéticos extraídos dos dados obtidos no estudo podem não ser aplicáveis a outras populações com hábitos alimentares diferentes.
Kriaucioniense V et al. 2012	Lituânia Urbana e Rural	Transversal	17.154 Pessoas 20 a 64 anos Homens e mulheres	Questionário e recordatório de 24 hs	Hábitos alimentares	Durante o período de transição, a frequência de consumo de vegetais aumentou, e também, a proporção de mulheres bebendo leite com alto teor de gordura. Lituanos com educação superior relataram uso mais frequente do consumo diário de legumes frescos do que aqueles com menor nível de escolaridade. A maior diferença urbano-rural foi observada no consumo de leite rico em gordura. O consumo de gorduras foi mais evidente entre os habitantes com menor escolaridade e rurais. O consumo diário de legumes frescos aumentou na maioria dos lituanos com maior escolaridade.	Não foi medido as quantidades dos alimentos consumidos. Além disso, as pessoas pertencentes a classes sociais mais altas têm maior probabilidade de terem consciência de hábitos alimentares socialmente desejáveis, o que pode afetar o relato de hábitos nutricionais.

Quadro 1- Continuação

Autor Ano	Local País Área	Delineamento	Amostra Faixa etária Sexo	Instrumentos utilizados	Desfechos	Resultados	Limitações
Lourenço AEP 2012	Petropolis RJ Brasil Agricultores Urbana	Transversal	523 famílias Homens e Mulheres	Questionário e dados antropométricos.	Prevalência de obesidade e determinantes socioculturais	A prevalência de obesidade foi bastante elevada entre as mulheres (29,9%). A prática agrícola local implica em atividade física leve para mulheres. A dieta com predomínio de alimentos de alto valor calórico. A produção familiar objetiva essencialmente a venda. A agricultura mercantil e a decorrente especialização dos cultivos favorecem comprar alimentos no mercado em vez de produzir para autoconsumo.	Não é possível generalizar os resultados para a diversidade de grupos de agricultores no Brasil.
Araujo M C et al.2013	Brasil Urbana e Rural	Transversal	21.003 pessoas 20 a 59 anos Homens e Mulheres	Dados da Pesquisa de Orçamento Familiar 2008- 2009.	Consumo de energia e nutrientes	A média do consumo energético foi de 1.698 kcal entre as mulheres. Prevalências de inadequação maiores ou iguais a 70% foram observadas para vitamina A e sódio. Prevalências maiores ou iguais a 90% foram encontradas para cálcio, vitaminas D e E. Prevalências menores que 5% foram encontradas para niacina. No geral, a prevalência de ingestão inadequada foi mais acentuada na área rural e na região Nordeste.	No presente estudo, optou-se pela não exclusão de nenhum indivíduo devido ao consumo energético improvável. A inclusão de indivíduos que sub-relatam a ingestão energética poderia superestimar em até 17% a prevalência de inadequação.

Quadro 1- Continuação

Autor Ano	Local País Área	Delineamen to	Amostra Faixa etária Sexo	Instrumentos utilizados	Desfechos	Resultados	Limitações
Bhagyalaxmi A et al.2013	Gandhinagar Gujarat Índia Urbana e Rural	Transversal	3.489 pessoas 15 a 64 anos Homens e Mulheres	Entrevista, mediadas de peso, altura e pressão arterial.	Fatores de risco de doenças não transmissíveis	Houve uma diferença significativa no consumo médio de frutas e legumes entre a área urbana e rural ($2,18 \pm 1,59$ porções e $1,78 \pm 1,48$ porções entre população urbana e rural, respectivamente). A diferença de gêneros na prevalência foi encontrada em áreas urbanas, mas não na área rural.	Baixo consumo de frutas e vegetais provavelmente pode ter sido devido à falta de consciência, especialmente na área rural.
Schneider BC et al.2013	Pelotas RS Brasil Urbana	Transversal	2.730 pessoas 20 a 60 anos ou mais Homens e Mulheres	Questionário de Frequência Alimentar qualitativo	Consumo de carnes	Do total de entrevistados, 99,1% (IC 95% 98,7 – 99,5) consumiu algum tipo de carne no último ano, sendo que, em torno de 32% referiu consumo diário. A prevalência do consumo de carnes vermelhas 99,3% (IC 95% 98,9 – 99,6) e brancas 99,4%(IC 95% 99,1 – 99,7) foi semelhante. A carne de frango foi a mais consumida 98,0% (IC 95% (97,4–98,5), enquanto que as vísceras, as menos 59,1% (IC 95% 56,4 – 61,7). Os embutidos, consumidos por 85% (IC 95% 83,7 – 87,2) das pessoas, apresentaram a maior prevalência de consumo diário (16,6%).	O instrumento de coleta de dados “QFA” foi qualitativo não medindo, a porção de carne ingerida o que dificultou comparações com recomendações do MS e outros estudos.

Quadro 1- Continuação

Autor Ano	Local País Área	Delineamento	Amostra Faixa etária Sexo	Instrumentos utilizados	Desfechos	Resultados	Limitações
Souza AM et al.2013	Brasil Urbana e Rural	Transversal	34.003 pessoas Acima de 10 anos Homens e Mulheres	Questionário da Pesquisa de Orçamento Familiar - POF	Consumo alimentar	Dentre os alimentos mais frequentemente referidos pela população brasileira estão o feijão (72,8%), o consumo de sucos e refrescos (39,8%), refrigerantes (23,0%) e menor presença de frutas (16,0%) e hortaliças (16,0%).	A quantidade de óleos, gorduras e outros ingredientes utilizados no preparo dos alimentos pode estar subestimada, uma vez que estes itens não foram relatados de forma isolada.
Campbell RK et al.2014 ¹⁸	Sarlahi Terai Nepal Urbana	Coorte	15.899 pessoas 18 anos ou mais Mulheres	QFA e questionário	Consumo alimentar sazonal	Enquanto as mulheres rurais estavam consumindo alimentos básicos, independentemente da riqueza; ingestão de vegetais, frutas e produtos de origem animal eram muito menos frequentes, especialmente entre mulheres de meios socioeconômicos mais desfavorecidos. O consumo de alimentos sazonais subiu na temporada, mas principalmente entre as mulheres de maior nível socioeconômico.	A ausência de dados sobre o tamanho da porção e a confiança nos dados sobre os agricultores locais para definir períodos de baixa temporada dos alimentos.

Quadro 1- Continuação

Autor Ano	Local País Área	Delineamento	Amostra Faixa etária Sexo	Instrumentos utilizados	Desfechos	Resultados	Limitações
Charlton K et al.2014	Nova Gales do Sul Austrália Urbana e Rural	Transversal	246.995 pessoas 45anos ou mais Homens e Mulheres	Questionário e dados de peso e altura autorreferidos	Ingestão de frutas e vegetais	A associação foi na direção oposta para a fruta para o sobrepeso (OR 0,85; IC 95% 0,80-0,90) e mulheres obesas (OR 0,75; IC 95% 0,69-0,80). As mulheres obesas e com sobrepeso tiveram maior probabilidade de estar em quartil mais alto consumo de frutas, legumes e verduras.	Este estudo não teve como controlar a ingestão de energia total.
Vorster HH et al.2014	África do Sul Urbana e Rural	Coorte	2.010 pessoas 30 a 70 anos Homens e Mulheres	Questionário, medidas antropométricas, coleta de sangue e análises bioquímicas.	Ingestão de açúcar	A ingestão de açúcar adicionado, particularmente nas áreas rurais, tem aumentado rapidamente nos últimos 5 anos. Nas áreas rurais, a proporção de adultos que consumiram bebidas adoçadas com sacarose, aproximadamente, duplicada (para homens, de 25% a 56%; para as mulheres, de 33% a 63%) nos últimos 5 anos.	A principal fonte potencial de viés neste estudo foi a alta proporção de indivíduos perdidos no acompanhamento. As áreas rurais foram subamostradas neste levantamento em relação a sua contribuição para a população nacional.

Quadro 1- Continuação

Autor Ano	Local País Área	Delineamento	Amostra Faixa etária Sexo	Instrumentos utilizados	Desfechos	Resultados	Limitações
Claro RM et al.2015	Brasil Urbana e Rural	Transversal	60.202 pessoas 18 anos ou mais Homens e Mulheres	Dados provenientes das respostas às questões relacionadas ao consumo alimentar não saudável contidas na PNS.	Consumo de alimentos não saudáveis	Entre os 60.202 entrevistados, a prevalência de consumo de carne com excesso de gordura foi de 37,2% (IC95%:36,4-38,0), de leite integral, 60,6% (IC95%:59,8-61,4), de consumo regular de refrigerantes, 23,4% (IC95%:22,7-24,1), e de consumo regular de doces, 21,7% (IC95%:21,0-22,3); esses fatores foram mais frequentes em homens, jovens e pessoas com menor nível de instrução.	O instrumento de coleta de dados empregado na PNS não permite que a quantidade total de gordura saturada e de açúcar livre consumida seja diretamente avaliada, dado que informações sobre a quantidade consumida dos alimentos-alvo do presente estudo e de outras fontes desses nutrientes não foram aferidas.
Xiao J et al.2015	China Rural	Transversal	20.502 pessoas 18 a 74 anos Homens e Mulheres	Questionário e dados antropométricos	Consumo de álcool e síndrome metabólica	A bebida alcoólica teve efeito protetor nos triglicérides elevados, glicemia elevada e HDL baixo quando o consumo de álcool era baixo.	Desenho transversal, não foi possível estabelecer qualquer inferência causal quanto à associação do consumo de álcool com os componentes da síndrome metabólica.

12.2 Apêndice 2 – Questionário – Bloco domiciliar

BLOCO A: DOMICÍLIO – DEVE SER RESPONDIDO PELO CHEFE DO DOMICÍLIO		
Número do setor: ____		aset __
Número do domicílio: _____		anum ____
Número do questionário: _____		anuq _____
Endereço (incluir ponto de referência): _____		aende ____
01) Data da entrevista: __/__/__		adat __/__/__
02) Entrevistadora: _____		aent __
03) Qual o seu nome? _____		
04) Quantos anos o(a) Senhor(a) tem? ____ anos completos (999) IGN		aidade ____
05) SEXO (1) MASCULINO (2) FEMININO		asexo __
06) Qual a cor da sua pele? (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Outra		acorpel _
07) Quantas pessoas moram nesta casa? Nº ____ (99) IGN		amodo __
08) Até que série/ano o(a) Sr. (a) completou na escola? __ série do __ grau (99) IGN		aserie__ agrau__
09) O(a) Senhor(a) é: (1) Solteiro(a) (2) Casado(a)/ companheiro(a) (3) Separado(a)/ divorciado(a) (4) Viúvo(a) (9) IGN		asico__
INSTRUÇÃO 01: Agora vamos falar sobre as condições de moradia das pessoas que vivem nesta casa		
(OBSERVAR E SE NECESSÁRIO PERGUNTAR) 10) TIPO DE CONSTRUÇÃO: (1) MADEIRA (2) TAIPA (3) TIJOLO/ALVENARIA (4) PALHA (5) MISTA (6) PAPELÃO/LATA (8) OUTRO (9) IGN		acasa__
11) A sua casa é própria, alugada ou emprestada? (1) Própria (2) Alugada (3) Emprestada (não paga aluguel) (9) IGN		aprop__
12) Quantos cômodos / peças tem esta casa? __ cômodos/peças (99) IGN		apecas__
13) Quantos cômodos / peças usam para dormir? __ cômodos/peças (99) IGN		adorm__
14) Tem água encanada? (0) Não (1) Sim, dentro de casa (2) Sim, no terreno (9) IGN		aagua__
15) De onde vem a água usada para beber? (1) Rede Pública (2) Chafariz (3) Cisterna, poço (4) Rio, lagoa, açude (5) Caminhão-pipa (6) Outro (9) IGN		afonte__
16) Como é a privada da casa? (1) Sanitário com descarga (2) Sanitário sem descarga (3) Casinha/fossa (4) Não tem privada (9) IGN		apriva__
17) Esta casa está ligada à rede de esgotos? (0) Não (1) Sim (9) IGN		aesgo__
INSTRUÇÃO 02: Agora vamos conversar sobre tua casa		
Na sua casa tem...		
18) Carro de passeio? (0) Não () Sim, quantos? __		aauto__
19) Moto? (0) Não () Sim, quantos? __		amoto__
20) Empregado mensalista? (0) Não () Sim, quantos? __		aempr__
21) Máquina de lavar roupa? (desconsiderar tanquinho) (0) Não () Sim, quantos? __		aroupa__
22) Banheiro (0) Não () Sim, quantos? __		abanho__
23) DVD? (0) Não () Sim, quantos? __		advd__

24) Geladeira?	(0) Não	() Sim, quantos? __	agela _	
25) Freezer ou geladeira duplex?	(0) Não	() Sim, quantos? __	afrez _	
26) Computador?	(0) Não	() Sim, quantos? __	acomp _	
27) Lavadora de louças?	(0) Não	() Sim, quantos? __	alava _	
28) Forno micro-ondas?	(0) Não	() Sim, quantos? __	amicr _	
29) Secadora de roupas?	(0) Não	() Sim, quantos? __	aseca _	
30) Tem fogão à lenha?	(0) Não → 32	(1) Sim (9) IGN	alenha _	
31) Esse fogão à lenha, vocês:				
(0) Nunca usam	(1) Usam às vezes	(2) Usam sempre	(8) NSA (9) IGN	alefr _
INSTRUÇÃO 03: Agora vou conversar com o(a) Sr(a) sobre trabalho				
32) O(A) Sr. (a) está trabalhando?	(0) Não	(1) Sim → 34	(9) IGN	atrab _
33) SE NÃO: Por que não está trabalhando?				antr _
(1) Desempregado	(2) Aposentado	(3) Encostado		
(4) Pensionista	() Outro _____	(8) NSA	(9) IGN	
APÓS RESPONDER A QUESTÃO 33, PULE PARA A QUESTÃO 36				
34) SE ESTÁ TRABALHANDO: Qual tipo de trabalho o(a) Sr.(a) faz? (Anotar onde e o que faz):			aocup _____	

35) SE ESTÁ TRABALHANDO: O Sr(a). trabalha com carteira assinada?			avinc _	
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
36) A sua família planta ou cultiva algum alimento?			acult _	
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		
37) A família tem criação de animais na propriedade?			aanima _	
(0) Não	(1) Sim, qual (is)?			
	Gado/rês:	(0) Não (1) Sim (9) IGN	agado _	
	Porco:	(0) Não (1) Sim (9) IGN	aporco _	
	Peixe:	(0) Não (1) Sim (9) IGN	apeixe _	
	Galinha:	(0) Não (1) Sim (9) IGN	agalinha _	
	Ovelha:	(0) Não (1) Sim (9) IGN	aovelha _	
	Cavalo:	(0) Não (1) Sim (9) IGN	acavalo _	
	Abelha:	(0) Não (1) Sim (9) IGN	aabelha _	
	Cabra:	(0) Não (1) Sim (9) IGN	acabra _	
SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU "(0) NÃO" PARA AS PERGUNTAS 36 E 37 PULE PARA A QUESTÃO 41.				
38) O que vocês produzem é suficiente para o sustento da família na maior parte do ano?			aconsu _	
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
39) Daquilo que vocês produzem, sobra para vender na maior parte do ano?			avenda _	
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
40) Em 2016, quanto vocês ganharam com a venda daquilo que produziram? R\$ _____			arep _____	
41) No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram aqui, incluindo trabalho e aposentadoria?				
Pessoa 1: R\$ _____ por mês			arf1: _____	
Pessoa 2: R\$ _____ por mês			arf2: _____	
Pessoa 3: R\$ _____ por mês			arf3: _____	
Pessoa 4: R\$ _____ por mês			arf4: _____	
Pessoa 5: R\$ _____ por mês			arf5: _____	
			(00000) Não recebe renda (99999) IGN	

42) A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, arrendamento de terra, pensão ou outra que não foi citada acima?	arou _
(0) Não (1) Sim → Quanto? R\$ _____ por mês (99999) IGN	aqrou _
43) Algum morador é beneficiário do Programa Bolsa Família?	apbf _
(0) Não () Sim, quantos moradores? ____ (9) IGN	
INSTRUÇÃO 04: Agora vou ler para o(a) Sr(a) algumas perguntas sobre a sua alimentação em casa nos últimos três meses, ou seja, desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, para cá. As perguntas são parecidas umas com as outras, mas é importante que o(a) Sr(a) responda cada uma delas.	
44) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, em algum momento você chegou a pensar que a comida na sua casa ia acabar antes que tivesse condição de comprar, receber ou produzir mais comida?	ia01 _
(0) Não (1) Sim (9) IGN	
45) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, a comida acabou antes que o(a) Sr(a) tivesse dinheiro para comprar mais?	ia02 _
(0) Não (1) Sim (9) IGN	
46) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, o(a) Sr(a) ficou sem dinheiro para comprar a comida que sua família precisava?	ia03 _
(0) Não (1) Sim (9) IGN	
47) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, o(a) Sr(a) alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro suficiente para comprar comida?	ia04 _
(0) Não (1) Sim (9) IGN	
48) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, alguém da sua casa teve que comer menos do que o habitual porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?	ia05 _
(0) Não (1) Sim (9) IGN	
INSTRUÇÃO 05: Agora vou perguntar sobre algumas doenças de família	
Algum familiar seu tem:	
49) Retardo mental? (0) Não (1) Sim (9) IGN	askatraso _
50) Dificuldade para andar? (0) Não (1) Sim (9) IGN	askandar _
51) Surdez? (0) Não (1) Sim (9) IGN	askouvir _
52) Enxerga as coisas duplicadas? (0) Não (1) Sim (9) IGN	askenxer _
SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU "(0) NÃO" PARA AS PERGUNTAS 49, 50, 51 E 52 PULE PARA A QUESTÃO 54.	
53) SE SIM EM PELO MENOS UMA DAS PERGUNTAS 49 A 52: Qual o grau de parentesco dessa(s) pessoa(s) com você?	
Pai (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	apai _
Mãe (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	amae _
Avô/Avó (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	aavo _
Tio (a) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	atio _
Primo (a) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	aprimo _
Sobrinho (a) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	asobri _
Filho (a) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	afilho _
Outro (a):	aoufam _
Depois de adulto alguém da sua família que não era doente começou a:	
54) Ter problema para caminhar /desequilíbrios /tombos frequentes? (0) Não (1) Sim (9) IGN	askcaminha _
55) Ter problema/dificuldade para falar? (0) Não (1) Sim (9) IGN	askfala _
56) Parou de sentir frio ou calor nos pés? (0) Não (1) Sim (9) IGN	askcalor _
57) Ter formigamento nas pernas ou pés? (0) Não (1) Sim (9) IGN	askformiga _
58) Doença dos pezinhos? (0) Não (1) Sim (9) IGN	askpezi _
59) Doença de Machado-José? (0) Não (1) Sim (9) IGN	askjose _

SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU "(0) NÃO" PARA AS PERGUNTAS 54, 55, 56, 57, 58 E 59 PULE PARA A QUESTÃO 61.					
60) SE SIM EM PELO MENOS UMA DAS PERGUNTAS 53 A 58: Qual o grau de parentesco dessa(s) pessoa(s) com você?					
Pai	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aapai _
Mãe	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aamae _
Avô/Avó	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aaavo _
Tio(a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aatio _
Primo(a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aaprimo _
Sobrinho(a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aasobri _
Filho(a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aafilho _
Outro(a): _____					aaoufam _
61) Seus pais são parentes ou primos?					
(0) Não	(1) Sim			(9) IGN	askpais _
INSTRUÇÃO 06: Agora vamos falar sobre plano de saúde					
62) Os moradores desta casa tem plano de saúde?					
(0) Não → 67	() Sim, qual plano ? _____			(9) IGN	aplano _
O que este plano de saúde cobre...					
63) Consultas médicas?					
(0) Não	(1) Sim, com participação	(2) Sim, sem participação	(8) NSA	(9) IGN	acomed _
64) Exames?					
(0) Não	(1) Sim, com participação	(2) Sim, sem participação	(8) NSA	(9) IGN	aexame _
65) Quantas pessoas fazem parte do plano de saúde? ___ pessoas (88) NSA (99) IGN					
66) Quanto custa este plano por mês? R\$ _____ (88888) NSA (99999) IGN					
67) Qual é a distância aqui da sua casa até o Posto de Saúde mais perto? _____ metros ___ km					
68) O(a) Sr.(a) possui telefone para contato?					
(0) Não	(1) Sim → Qual? _____	Nome: _____			fon _____
69) Existe algum outro telefone ou número de celular que podemos entrar em contato com o Sr.(a)?					
(0) Não	(1) Sim → Qual? _____	Nome: _____			fo2 _____
SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU SIM PARA QUALQUER UMA DAS PERGUNTAS 48 A 58, O ORIENTE A LIGAR PARA DRA. SIMONE KARAM (53) 98116-8128 PARA INVESTIGAÇÃO E ACONSELHAMENTO GENÉTICO.					
AGRADEÇA E ENCERRE ESTE BLOCO					

12.3 Apêndice 3 – Questionário – Bloco das mulheres

BLOCO C: MULHERES EM IDADE FÉRTIL E MÃES DE CRIANÇAS ENTRE 0 E 59 MESES	
Número do setor: ____	cset ____
Número do domicílio: ____	cnum ____
Número do entrevistado: ____	cnen ____
Número do questionário: 2 ____	cnu ____
01) Data da entrevista: ____/____/____	cdat ____/____/____
02) Entrevistadora: _____	cent ____
03) Qual é o seu nome? _____	cnome ____
04) Qual é a sua idade? ____ anos completos (99) IGN	cidade ____
05) Qual a cor da sua pele? (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Outra	ccorpele ____
06) A Sra. é: (1) Solteira (2) Casada/ companheiro (3) Separada/ divorciada (4) Viúva (9) IGN	csico ____
07) SE CASADA OU COM COMPANHEIRO: Seu marido/companheiro é seu parente? (0) Não → 09 (1) Sim (9) IGN	cmarpap ____
08) SE SIM: Qual o grau de parentesco dele? (8) NSA (9) IGN	cmarparg ____
09) Até que série/ano a Sra. completou na escola? ____ série do ____ grau (9) IGN	cserie ____ cgrau ____
SE A ENTREVISTADA NÃO POSSUI ENSINO MÉDIO COMPLETO, PULE PARA A QUESTÃO 13	
10) SE TERMINOU O NÍVEL MÉDIO: A Sra. fez algum curso técnico/profissional na área agrícola? (0) Não (1) Sim Qual? _____ (8) NSA (9) IGN	ctec ____ ctecqua ____
SE A ENTREVISTADA NÃO CURSA ENSINO SUPERIOR, PULE PARA A QUESTÃO 13	
11) SE CURSA OU CURSOU NÍVEL SUPERIOR: Qual curso frequenta ou frequentou na faculdade? ____ (8) NSA (9) IGN	cnisup ____
12) SE CURSA OU CURSOU NÍVEL SUPERIOR: Pretende trabalhar nessa área de formação? (0) Não (1) Sim (2) Já trabalha na área (8) NSA (9) IGN	cpretra ____
13) Pretende trabalhar na área agrícola/pecuária? (0) Não (1) Sim (2) Já trabalha na área (9) IGN	cagric ____
14) Pretende continuar morando na área rural? (0) Não (1) Sim → 16 (9) IGN	crural ____
15) SE NÃO: A Sra. pretende mudar para a cidade? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ccidade ____
INSTRUÇÃO 01: Agora vamos falar sobre trabalho	
16) A Sra. está trabalhando? (0) Não (1) Sim → 18 (9) IGN	ctrab ____
17) SE NÃO: Por que não está trabalhando? (1) Desempregada (2) Aposentada (3) Encostada (4) Pensionista () Outro: _____ (8) NSA (9) IGN	cntr ____
APÓS RESPONDER A QUESTÃO 17, PULE PARA A QUESTÃO 24	
18) SE ESTÁ TRABALHANDO: Qual tipo de trabalho a Sra. faz? (Anotar onde e o que faz) ____ (8) NSA (9) IGN	cocup ____
19) A Sra. trabalha com carteira assinada? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	cvinc ____
INSTRUÇÃO 02: Agora vamos falar sobre atividades físicas apenas no seu trabalho	
No seu trabalho, desde <DIA> da semana passada para cá a Senhora... 20) Caminhou pelo menos meia hora por dia? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	cafrabca ____

21) Carregou pesos leves pelo menos meia hora por dia? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	cafrabpe_
22) Carregou objetos pesados pelo menos meia hora por dia? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	cafrabpesa_
23) Trabalhou com enxada e outras ferramentas nas lidas do campo pelo menos meia hora por dia? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	cafrabfe_
INSTRUÇÃO 03: Agora vamos falar sobre atividades físicas para ir de um lugar a outro	
24) Desde <DIA> da semana passada para cá, a Sra. caminhou pelo menos meia hora por dia para ir de um lugar para outro? (0) Não (1) Sim (9) IGN	cafdesca_
25) Desde <DIA> da semana passada para cá, a Sra. andou de bicicleta pelo menos meia hora por dia para ir de um lugar para outro? (0) Não (1) Sim (9) IGN	cafdesbi_
INSTRUÇÃO 04: Agora vamos falar sobre atividades físicas no seu tempo livre	
26) Desde <DIA> da semana passada para cá, a Sra. andou pelo menos meia hora por dia? (0) Não (1) Sim (9) IGN	caflazca_
27) Desde <DIA> da semana passada para cá, a Sra. andou de bicicleta, tomou banho de rio ou praticou esportes pelo menos meia hora por dia? (0) Não (1) Sim (9) IGN	caflazesp_
INSTRUÇÃO 05: Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o hábito de fumar. Fumante é a pessoa que fuma um ou mais cigarros por dia há mais de 1 mês. Ex-fumante é a pessoa que parou de fumar há mais de 1 mês	
28) A Sra. fuma ou já fumou? (0) Não, nunca fumou → INSTRUÇÃO 06 (1) Já fumou, mas parou (2) Sim, fuma (9) IGN	cfuma_
29) No último mês a Sra. fumou pelo menos um cigarro por dia? (0) Não → 32 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	cfuultmes_
30) SE FUMA: Há quanto tempo a Sra. fuma? ___ Ano(s) ___ Mês(es) (88) NSA (99) IGN	cfumes_
31) SE FUMA: Quantos cigarros a Sra. fuma por dia? ___ cigarros (888) NSA (999) IGN	cfuano_
APÓS RESPONDER A QUESTÃO 31, PULE PARA A INSTRUÇÃO 06	
32) SE FUMOU: Por quanto tempo a Sra. fumou? ___ Ano(s) ___ Mês(es) (88) NSA (99) IGN	cfumavan_
33) Há quanto tempo parou de fumar? ___ Ano(s) ___ Mês(es) (88) NSA (99) IGN	cfumavam_
INSTRUÇÃO 06: Agora vamos conversar sobre bebidas alcoólicas	
34) Desde <DIA> da semana passada para cá, a Sra. tomou cerveja, vinho, cachaça, uísque, licores, ou qualquer outra bebida com álcool? (0) Não → INSTRUÇÃO 08 (1) Sim (9) IGN	calco_
35) Desde <DIA> da semana passada para cá, em quantos dias, aproximadamente, a Sra. tomou bebidas alcoólicas? ___ Dias por semana (8) NSA (9) IGN	calcdsem_
INSTRUÇÃO 07: Considere uma dose conforme esta figura (MOSTRAR FIGURA)	
36) Nos dias em que a Sra. bebeu, quantas doses, em média, a Sra. tomou? ___ Doses por semana (88) NSA (99) IGN	calcqtdd_
INSTRUÇÃO 08: Agora vamos falar sobre métodos para evitar filhos	
37) A Sra. toma ou já tomou pílula ou injeção para não engravidar? (0) Não, nunca → INSTRUÇÃO 09 (1) Sim, somente pílula (2) Sim, somente injeção (3) Sim, pílula e injeção (9) IGN	cpil_
38) Atualmente a Sra. toma pílula ou injeção para não engravidar? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	cantc_

INSTRUÇÃO 09: Agora vamos falar sobre gravidez		
SE A ENTREVISTADA RESPONDEU O QUESTIONÁRIO DA CRIANÇA, NÃO FAZER SOMENTE A QUESTÃO 39.		
39) A Sra. já engravidou alguma vez na vida? (0) Não → 49 (1) Sim (9) IGN		cgravi_
40) SE SIM: Quantas vezes engravidou? ___ vezes (88) NSA (99) IGN		cngravi__
41) Que idade a senhora tinha quando engravidou pela primeira vez? ___ anos (88) NSA (99) IGN		cidgra__
42) Quantos filhos nascidos vivos a Sra. já teve? ___ vivos (00) Nenhum → 45 (88) NSA (99) IGN		cfivi__
43) SE TEVE FILHO(S) NASCIDO(S) VIVO(S): Quantos filhos moram aqui com a Sra? ___ filhos (88) NSA (99) IGN		cnfvimo__
44) Quantos deles tem menos de cinco anos (até 59 meses de idade)? ___ filhos (88) NSA (99) IGN		cnfil_
45) A Sra. já teve algum filho que nasceu morto? (0) Não () Sim, quantos? ___ (8) NSA (9) IGN		cfimo_
46) A Sra. já teve algum aborto? (0) Não () Sim, quantos? ___ (8) NSA (9) IGN		ctabor_
47) A Sra. está amamentando/dando de mamar no peito? (0) Não () Sim (8) NSA (9) IGN		camame_
48) A Sra. está grávida? (0) Não () Sim, de quantos meses? ___ (8) NSA (9) IGN		cgrav_
49) A Sra. já ouviu falar no câncer do colo do útero ou do câncer do útero? (0) Não (1) Sim (9) IGN		ccaut_
50) Existe um exame preventivo para câncer do colo do útero, também conhecido como pré-câncer. A Sra. já ouviu falar deste exame? (0) Não (1) Sim (9) IGN		ccitoco_
51) Alguma vez a Sra. já fez esse exame? (0) Não → INSTRUÇÃO 10 (1) Sim (9) IGN		ccitop_
52) SE SIM: Faz quanto tempo que a Sra. fez este exame pela última vez? ___ anos ___ meses (88) NSA (99) IGN		ccitoulan__ ccitoulme__
INSTRUÇÃO 10: Agora falaremos sobre consultas ao médico		
53) Desde <MÊS> do ano passado para cá, a Sra. baixou no hospital? (0) Não (1) Sim (9) IGN		cinterna_
54) Desde <MÊS> do ano passado para cá, a Sra. consultou com algum médico? (0) Não → 58 (1) Sim (9) IGN		cconsult_
55) SE SIM: Quantas vezes? ___ (77) Muitas vezes, não sabe quantas (88) NSA (99) Não sabe se consultou		cconsvez__
56) Desde de <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, a Sra. consultou com algum médico? (0) Não → 58 (1) Sim (9) IGN		ccontres_
57) SE SIM: Quantas vezes? ___ (77) Muitas vezes, não sabe quantas (88) NSA (99) Não sabe se consultou		ccontresve__
58) Quando a Sra. precisa de algum serviço de saúde, onde costuma ir? (1) Posto de Saúde (2) Pronto-Socorro (3) Ambulatório do HU (4) Ambulatório Público (INAMPS, PAM, SMS) (5) Ambulatório do Sindicato ou empresa (6) Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde (7) Consultório Médico Particular (8) Outro (9) IGN		cconsultlocal_
59) O agente comunitário de saúde visitou a sua casa desde <DIA DE UM MÊS ATRÁS>? (0) Não (1) Sim (9) IGN		cacs_
ATENÇÃO: SE A MULHER ESTÁ GRÁVIDA OU AMAMENTANDO (RESPONDEU SIM NAS QUESTÕES DE NÚMERO 47 e 48), PULE PARA INSTRUÇÃO 12		

INSTRUÇÃO 11: Agora vamos falar sobre as suas refeições					
60) A Sra. tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular?					fsassistindotv _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) Não sabe		
Habitualmente, quais refeições a Sra. faz ao longo de um dia...					
61) Café da manhã?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	fscafe _
62) Lanche da manhã?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	fslanche _
63) Almoço?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	fsalmoco _
64) Lanche da tarde?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	fstarde _
65) Jantar?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	fsjantar _
66) Ceia?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	fsceia _
67) Ontem, a Sra. comeu feijão?					
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) Não sabe		fsfeijao _
68) Ontem, a Sra. comeu frutas frescas (não considerar suco de frutas)?					
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) Não sabe		fsfrutas _
69) Ontem, a Sra. comeu verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)?					
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) Não sabe		fslegumes _
70) Ontem, a Sra. comeu hambúrguer e/ou embutidos (como presunto, mortadela, salame, linguça, salsicha)?					
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) Não sabe		fsembutidos _
71) Ontem, a Sra. bebeu bebidas adoçadas (como refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)?					
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) Não sabe		fsbadoci _
72) Ontem, a Sra. comeu macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados?					
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) Não sabe		fssalgado _
73) Ontem, a Sra. comeu biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)?					
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) Não sabe		fsdoces _
INSTRUÇÃO 12: Agora vamos falar sobre religião					
74) A Sra. tem alguma religião?					crelig _
(0) Não	→ INSTRUÇÃO 13	(1) Sim	(9) IGN		cqrelig __
75) SE SIM: Qual?					
(01) Católica	(02) Evangélica	(03) Espírita	(04) Candomblé		
(05) Umbanda	(06) Adventista	(07) Luterana	(08) Testemunha de Jeová		
(09) Mórmon	(10) Outra	(88) NSA	(99) IGN		
INSTRUÇÃO 13: Agora vamos falar sobre lazer					
Desde <DIA DE UM MÊS ATRÁS>, a Sra....					
76) Foi a missa ou culto na igreja?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		cculto _
77) Foi a uma festa na comunidade?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		cfesco _
78) Foi a uma festa da família?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		cfesfa _
79) Foi a algum baile?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		cbaile _
80) Viajou para outra cidade?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		cviagem _
ATENÇÃO: SE A ENTREVISTADA TEM MENOS DE 18 ANOS, PULE PARA INSTRUÇÃO 15					
INSTRUÇÃO 14: Agora vamos falar sobre como a Sra. tem se sentido nos últimos 14 dias, desde <DIA> da semana retrasada até agora					
81) Desde <DIA> da semana retrasada até agora, a Sra. tem podido concentrar-se bem no que faz?					pmconce _
(1) Mais que de costume		(2) Menos que de costume			
(3) Igual do de costume		(4) Muito menos que o de costume			
(8) NSA					

<p>82) Desde <DIA> da semana retrasada até agora, as preocupações da Sra. têm lhe feito perder muito sono?</p> <p>(1) Não, de forma alguma (2) Um pouco mais que de costume (3) Não mais que o de costume (4) Muito mais que o de costume (8) NSA</p>	pmsono_
<p>83) Desde <DIA> da semana retrasada até agora, a Sra. tem sentido que tem um papel útil na vida?</p> <p>(1) Mais útil que de costume (2) Menos útil que de costume (3) Igual ao de costume (4) Muito menos útil que de costume (8) NSA</p>	pmutilvida_
<p>84) Desde <DIA> da semana retrasada até agora, a Sra. tem se sentido capaz de tomar decisões?</p> <p>(1) Mais que de costume (2) Menos que de costume (3) Igual ao de costume (4) Muito menos que de costume (8) NSA</p>	pmdecisoes_
<p>85) Desde <DIA> da semana retrasada até agora, a Sra. tem notado que está constantemente agoniada e tensa?</p> <p>(1) Não, de forma alguma (2) Um pouco mais que de costume (3) Não mais que de costume (4) Muito mais que de costume (8) NSA</p>	pmtensa_
<p>86) Desde <DIA> da semana retrasada até agora, a Sra. tem tido a sensação de que não pode superar suas dificuldades?</p> <p>(1) Não, de forma alguma (2) Um pouco mais que de costume (3) Não mais que de costume (4) Muito mais que de costume (8) NSA</p>	pmdificul_
<p>87) Desde <DIA> da semana retrasada até agora, a Sra. tem sido capaz de desfrutar suas atividades normais de cada dia?</p> <p>(1) Não, de forma alguma (2) Um pouco mais que de costume (3) Não mais que de costume (4) Muito mais que de costume (8) NSA</p>	pmatinormal_
<p>88) Desde <DIA> da semana retrasada até agora, a Sra. tem sido capaz de enfrentar adequadamente os seus problemas?</p> <p>(1) Não, de forma alguma (2) Um pouco mais que de costume (3) Não mais que de costume (4) Muito mais que de costume (8) NSA</p>	pmenfrentar_
<p>89) Desde <DIA> da semana retrasada até agora, a Sra. tem se sentido pouco feliz e deprimida?</p> <p>(1) Não, de forma alguma (2) Um pouco mais que de costume (3) Não mais que de costume (4) Muito mais que de costume (8) NSA</p>	pmpoucofeliz_
<p>90) Desde <DIA> da semana retrasada até agora, a Sra. tem perdido confiança em si mesma?</p> <p>(1) Não, de forma alguma (2) Um pouco mais que de costume (3) Não mais que o de costume (4) Muito mais que o de costume (8) NSA</p>	pmconfiança_
<p>91) Desde <DIA> da semana retrasada até agora, a Sra. tem pensado que você é uma pessoa que não serve para nada?</p> <p>(1) Não, de forma alguma (2) Um pouco mais que de costume (3) Não mais que o de costume (4) Muito mais que o de costume (8) NSA</p>	pmnaoserve_

92) Desde <DIA> da semana retrasada até agora, a Sra. tem se sentido feliz? (1) Não, de forma alguma (2) Um pouco mais que de costume (3) Não mais que o de costume (4) Muito mais que o de costume (8) NSA	pmfeliz _
93) Em algum momento da sua vida algum médico ou psicólogo já disse que a senhora tem depressão? (0) Não → INSTRUÇÃO 15 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	acdepre _
94) Desde <MÊS> do ano passado para cá, algum médico ou psicólogo já lhe disse que a Sra. tem depressão? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	acdepremes _
INSTRUÇÃO 15: ATENÇÃO, SE NÃO TEM FILHOS COM IDADE ENTRE 0-59 MESES, PULE PARA INSTRUÇÃO 18	
BLOCO E: MÃE – BLOCO PARA MÃES DE CRIANÇAS ENTRE 0-59 MESES DE IDADE	
INSTRUÇÃO 16: Agora vou fazer algumas perguntas para a Sra. que é mãe de criança com idade entre 0-59 meses	
95) A Sra. já ouviu falar na Pastoral da Criança? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	epast _
96) E no Líder da Pastoral, a Sra. já ouviu falar? (0) Não → 99 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	elidpast _
97) SE SIM: Ele já visitou a sua casa? (0) Não → 99 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	evisit _
98) SE SIM: No mês passado ele visitou a sua casa? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	epassvisi _
99) Qual a posição que a Sra. acha que o bebê deve dormir? (1) De lado/ladinho (2) De barriga para cima (3) De barriga para baixo (bruços) (8) NSA (9) Não sabe	eposicao _
100) Se o médico ou a enfermeira dissesse para a Sra. que a melhor posição para o bebe dormir é de barriga para cima, a Sra. acreditaria? (0) Não → 102 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	emediposi _
101) SE SIM: A Sra. colocaria seu filho para dormir de barriga para cima se o médico ou a enfermeira mandasse? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ecoloposi _
102) A Sra. já ouviu falar na campanha "Dormir de barriga para cima?" (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ecamposi _
INSTRUÇÃO 17: Agora vamos falar sobre consulta com dentista da Sra.	
103) Eu vou ler algumas frases e gostaria que a Sra. dissesse qual delas descreve melhor as suas consultas com o dentista: (1) Eu nunca vou ao dentista; (2) Eu vou ao dentista quando eu tenho dor ou quando eu tenho um problema nos meus dentes ou na gengiva; (3) Eu vou ao dentista às vezes, tendo um problema ou não; (4) Eu vou ao dentista de forma regular. (8) NSA (9) IGN	acfrase _
104) A Sra. já consultou alguma vez com dentista ? (0) Não → 107 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	acconden _
105) Faz quanto tempo que a Sra. foi ao dentista pela última vez? __ anos __ meses __ dias (88) NSA (99) IGN	acdenultano __ acdenultmes __ acdenultdia __
106) Que tipo de serviço a Sra. utilizou na última consulta? (1) Posto de saúde (2) Unidade móvel da prefeitura (3) Consultório particular (4) Convênio (8) NSA (9) IGN	actipo _
107) A Sra. tem medo de ir ao dentista? (0) Não tem medo (1) Tem um pouco de medo (2) Tem muito medo (8) NSA (9) IGN	acmedo _

108) Se a Sra. tivesse que ir ao dentista amanhã como se sentiria? (1) Eu estaria esperando uma experiência razoavelmente agradável (2) Eu não me importaria (3) Eu me sentiria ligeiramente desconfortável (4) Eu acho que eu me sentiria desconfortável e teria dor (5) Eu estaria com muito medo do que o dentista me faria (8) NSA (9) IGN	acdas1_
109) Quando a Sra. está esperando na sala de espera do dentista, como se sente? (1) Relaxada (2) Meio desconfortável (3) Tensa (4) Ansiosa (5) Tão ansiosa que começo a suar ou começo a me sentir mal (8) NSA (9) IGN	acdas2_
110) Quando a Sra. está na cadeira do dentista esperando ele preparar o motor para trabalhar nos seus dentes, como se sente? (1) Relaxada (2) Meio desconfortável (3) Tensa (4) Ansiosa (5) Tão ansiosa que começo a suar ou começo a me sentir mal (8) NSA (9) IGN	acdas3_
111) A Sra. está na cadeira odontológica. Enquanto aguarda o dentista pegar os instrumentos para raspar os seus dentes (perto da gengiva), como se sente? (1) Relaxada (2) Meio desconfortável (3) Tensa (4) Ansiosa (5) Tão ansiosa que começo a suar ou começo a me sentir mal (8) NSA (9) IGN	acdas4_
112) Considerando outras pessoas da mesma idade que a Sra., como considera a sua saúde bucal? (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (8) NSA (9) IGN	acsabu_
113) A Sra. acha que está precisando ir ao dentista? (0) Não (1) Sim → 115 (2) Está em tratamento → INSTRUÇÃO 18 (8) NSA (9) IGN	acpredent_
114) SE NÃO: Por qual motivo? (1) Porque está tudo bem com meus dentes (2) Embora eu tenha algum problema, isso pode esperar (3) Outro: _____ (8) NSA (9) IGN	acndnega_
APÓS RESPONDER A QUESTÃO 114, PULE PARA A INSTRUÇÃO 18	
SE SIM: Por qual motivo...	
115) Consulta de rotina/prevenção? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	eaconsul_
116) Dor? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	eacdordente_
117) Dente quebrado/trauma? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	eacdentequeb_
118) Cavidades nos dentes/ cárie/ restauração/ obturação? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	eaccarie_
119) Ferida, caroço ou manchas na boca? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	eamach_
120) Rosto inchado? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	eaacrinch_
121) Tirar um dente que estava mole? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	eaacdmole_
122) Extrações/arrancar o dente (devido à cárie)? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	eaacarrancar_
123) Aparelho? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	eaacaparel_
124) Prótese dentária/chapa? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	eaacprotese_
APLICÁVEL APENAS ÀS MULHERES COM IDADE IGUAL OU MAIOR A 18 ANOS	
INSTRUÇÃO 18: Agora vamos falar sobre sua relação com seu parceiro íntimo. Entendemos como parceiro íntimo qualquer relação sexual com pessoas do sexo masculino que você tenha tido ao longo de sua vida	
125) A Sra. já teve um parceiro íntimo? (0) Não → INSTRUÇÃO 20 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	alparcint_

126) Alguma vez na sua vida algum parceiro íntimo te insultou ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma? (0) Não → 128 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	alinsultou _
127) SE SIM: Isso aconteceu desde <MÊS> do ano passado para cá? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	alinsultou12 _
128) Alguma vez na sua vida algum parceiro íntimo te depreciou ou humilhou na frente de outras pessoas? (0) Não → 130 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	aldepreciou _
129) SE SIM: Isso aconteceu desde <MÊS> do ano passado para cá? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	aldepreciou12 _
130) Alguma vez na sua vida algum parceiro íntimo fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito? (0) Não → 132 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	alassustou _
131) SE SIM: Isso aconteceu desde <MÊS> do ano passado para cá? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	alassustou12 _
132) Alguma vez na sua vida algum parceiro íntimo ameaçou te machucar ou machucar alguém que você gosta? (0) Não → INSTRUÇÃO 19 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	almachucou _
133) SE SIM: Isso aconteceu desde <MÊS> do ano passado para cá? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	almachucou12 _
INSTRUÇÃO 19: CASO A RESPOSTA PARA QUESTÕES 126, 128, 130 e 132 FOR "NÃO" (EM TODAS ELAS), PULE PARA A INSTRUÇÃO 20.	
134) Qual a duração do relacionamento em que a Sra. mencionou ter vivenciado as situações já citadas? __anos __meses __dias (8) NSA (9) IGN	alduracan __ alduracme __ alduracdia __
135) O que a Sra. fez quando vivenciou a(s) situação(ões) já citadas? <i>(Não leia as alternativas)</i>	
Realizou denúncia aos serviços competentes (serviços de apoio à mulher, delegacias, disk 100)	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN alatidade1 _
Buscou ajuda em serviços de saúde (UBS,ambulatorios)	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN alatidade2 _
Solicitou orientações na comunidade em que vive (igrejas, grupos de convivência da comunidade)	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN alatidade3 _
Procurou apoio da família ou com amigos	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN alatidade4 _
Não contou a ninguém	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN alatidade5 _
Outro	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN alatidade6 _
136) SE NÃO CONTOU PARA NINGUÉM: Por que a Sra. optou por não contar para ninguém?	
Medo de separação do parceiro	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN alsigilo1 _
Desconhecimento de onde procurar apoio	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN alsigilo2 _
Vergonha de ter passado por essas situações	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN alsigilo3 _
Sentiu-se ameaçada pelo parceiro	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN alsigilo4 _
Descrença de que algum serviço especializado pudesse auxiliá-la	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN alsigilo5 _
Acreditar que não era necessário	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN alsigilo6 _
Outro motivo	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN alsigilo7 _
INSTRUÇÃO 20: Agora quero saber...	
137) Qual seu peso? __ __ __ kg (9999) IGN	cpeso __ __ __
138) Qual a sua altura? __ __ __ cm (999) IGN	caltura __ __ __
AGRADEÇA E ENCERRE O QUESTIONÁRIO	

12.4 Apêndice 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Menores



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: MENORES

Faculdade de Medicina – FURG – PPGSP

Responsável: Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci (Telefone 53 98133-6377)

O menor _____, sob sua responsabilidade, está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa "Saúde da população rural de Rio Grande, RS: um estudo sobre crianças e suas mães, mulheres em idade fértil e idosos". Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a saúde da população rural de Rio Grande. Sua participação neste estudo é voluntária. Você pode interrompê-la a qualquer momento sem que isto lhe cause nenhum prejuízo.

PROCEDIMENTOS: será realizada uma entrevista com perguntas simples e diretas sobre a saúde do menor.

RISCOS E POSSÍVEIS REAÇÕES: a realização de entrevistas oferece risco mínimo aos participantes do estudo. Se alguma pergunta gerar qualquer desconforto o (a) Sr (a) pode interromper a entrevista. Será oferecido encaminhamento psicológico em caso de desconforto causado pela aplicação do questionário.

BENEFÍCIOS: os resultados do estudo poderão servir de base para melhoria da atenção à saúde da população rural de Rio Grande.

DESPESAS: o (a) Sr (a) não terá que pagar por nenhum dos procedimentos.

CONFIDENCIALIDADE: o pesquisador irá tratar a identidade do (a) menor com padrões profissionais de sigilo; a identidade do (a) menor permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo.

CONSENTIMENTO: recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam a todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este Formulário de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR: expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. A pessoa que será entrevistada compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento.

Eu, _____, responsável pelo (a) menor _____, fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas.

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Rodrigo O. Meucci

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Rio Grande, _____ de _____ de 2017

Universidade Federal do Rio Grande - Faculdade de Medicina - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Rua Visconde de Paranaguá, 102 – Centro – Rio Grande/RS – Telefone: (53) 3237-4641

12.5 Apêndice 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Mulheres



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: MULHERES E IDOSOS

Faculdade de Medicina – FURG – PPGSP

Responsável: Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci (Telefone 53 98133-6377)

O (a) Sr (a) está sendo convidado a participar do estudo "Saúde da população rural de Rio Grande, RS: um estudo sobre crianças e suas mães, mulheres em idade fértil e idosos". Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a saúde da população rural do município de Rio Grande. Sua participação neste estudo é voluntária. Você pode interrompê-la a qualquer momento sem que isto lhe cause nenhum prejuízo.

PROCEDIMENTOS: será realizada uma entrevista com perguntas simples e diretas sobre sua saúde.

RISCOS E POSSÍVEIS REAÇÕES: a realização de entrevistas oferece risco mínimo aos participantes do estudo. Será oferecido encaminhamento psicológico ao Ambulatório de Saúde Mental e/ou Centro de Atenção Psicossocial Conviver em caso de desconforto causado pela aplicação do questionário.

BENEFÍCIOS: os resultados do estudo poderão servir de base para melhoria da atenção à saúde da população rural de Rio Grande.

DESPESAS: o (a) Sr (a) não terá que pagar por nenhum dos procedimentos.

CONFIDENCIALIDADE: o pesquisador irá tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo; sua identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo.

CONSENTIMENTO: recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam a todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este Formulário de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR: expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. A pessoa que será entrevistada compreendeu minha explicação e aceitou assinar este consentimento.

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Rodrigo O. Meucci

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Rio Grande, _____ de _____ de 2017

Universidade Federal do Rio Grande - Faculdade de Medicina - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Rua Visconde de Paranaguá, 102 – Centro – Rio Grande/RS – Telefone: (53) 3237-4641