



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**QUALIDADE DA DIETA DE MORADORES DA ZONA RURAL DO SUL DO
BRASIL**

Mayra Pacheco Fernandes

**Pelotas, RS
2017**

MAYRA PACHECO FERNANDES

**QUALIDADE DA DIETA DE MORADORES DA ZONA RURAL DO SUL DO
BRASIL**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para à obtenção do título de Mestre em Epidemiologia.

Orientadora: Anaclaudia Gastal Fassa

Coorientadora: Renata Moraes Bielemann

Pelotas, RS

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

F364q Fernandes, Mayra Pacheco

Qualidade da dieta de moradores da zona rural do sul do Brasil / Mayra Pacheco Fernandes ; Anaclaudia Gastal Fassa, orientadora ; Renata Moraes Bielemann, coorientadora. — Pelotas, 2017.

152 f. : il.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2017.

1. Epidemiologia. 2. Alimentação. 3. Adultos. 4. Idosos. 5. Zona rural. I. Fassa, Anaclaudia Gastal, orient. II. Bielemann, Renata Moraes, coorient. III. Título.

CDD : 614.4

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

MAYRA PACHECO FERNANDES

**QUALIDADE DA DIETA DE MORADORES DA ZONA RURAL DO SUL DO
BRASIL**

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para a obtenção do grau de Mestre em Epidemiologia, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 06/03/2017

Banca examinadora:

Profª Dra. Anaclaudia Gastal Fassa (orientadora)

Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas – UFPel

Profª Dra. Maria Cecília Formoso Assunção

Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas – UFPel

Profª Dra. Samanta Winck Madruga

Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas – UFPel

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus que iluminou toda a minha caminhada me dando saúde e força para enfrentar as dificuldades.

Ao meu amor, meu esposo, minha vida, Bruno Lemos, que sempre esteve ao meu lado nas alegrias e tristezas me incentivando, com carinho, paciência, amor, fidelidade e respeito.

À minha orientadora, Anaclaudia Gastal Fassa, que aceitou o desafio de me orientar, com muita paciência, incentivo e muitos ensinamentos tornando possível a conclusão desse trabalho.

À minha coorientadora, Renata Moraes Bielemann, pela ajuda e disponibilidade.

À todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação acadêmica.

À todos os colegas, que com muita dedicação, dificuldades e superação conseguimos concluir com excelência o desafio de realizar o primeiro consórcio de pesquisa na zona rural.

Aos participantes da pesquisa e moradores da zona rural que nos acolheram durante o trabalho de campo.

*“Todo dia de ontem pode ter sido árduo.
Muitas lutas vieram, deixando-te o cansaço.
Provas inesperadas alteram-te os planos.
Soma, porém, as bênçãos que Deus te entregou.
Esquece qualquer sombra, não pares, serve e segue.
Agora é o novo dia, tempo de caminhar”.*
(Chico Xavier)

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA	8
1. Introdução	12
2. Revisão de literatura	15
2.1. Síntese da revisão	18
3. Marco teórico	41
4. Justificativa	45
5. Objetivos	47
5.1 Objetivo geral	47
5.2 Objetivos específicos	47
6. Hipóteses	49
7. Metodologia	51
Referências	64
MODIFICAÇÕES NO PROJETO DE PESQUISA	72
RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO	76
1. Introdução	78
2. Comissões do trabalho de campo	80
3. Questionários	80
4. Manual de instruções	81
5. Amostra e processo de amostragem	81
6. Seleção e treinamento das entrevistadoras	83
7. Divulgação	85
8. Estudo piloto	88
9. Logística e trabalho de campo	89
10. Controle de qualidade	91
11. Divulgação dos resultados na comunidade	92
12. Cronograma	93
13. Orçamento	94
Referências	95
ARTIGO	96
NOTA PARA A IMPRESSA	123
ANEXOS	125
APÊNDICES	138



PROJETO DE PESQUISA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**CONSUMO ALIMENTAR DE ADULTOS NA ZONA RURAL: UM ESTUDO
DE BASE POPULACIONAL**

Mayra Pacheco Fernandes

Pelotas, RS

2015

MAYRA PACHECO FERNANDES

**CONSUMO ALIMENTAR DE ADULTOS NA ZONA RURAL: UM ESTUDO
DE BASE POPULACIONAL**

Projeto de dissertação apresentado ao programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Epidemiologia.

Orientadora: Anaclaudia Gastal Fassa

Coorientadora: Fernanda Meller

Pelotas, 2015

1. INTRODUÇÃO

1. Introdução

Devido à transição epidemiológica ocorreram grandes mudanças nos processos de saúde e doença no Brasil, que interagem com fatores demográficos, econômicos, sociais, culturais e ambientais. Apesar das doenças infecciosas serem ainda importantes, ocorreu um rápido aumento das prevalências das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)(SZWARCOWALD, SOUZA-JÚNIOR et al. 2010).

Entre as principais DCNT estão as doenças cardiovasculares, os cânceres, o diabetes, as doenças respiratórias crônicas e as doenças neuropsiquiátricas. Essas se destacam, pois tem gerado elevado número de mortes prematuras, perda da qualidade de vida, incapacidades e alto grau de limitação nas atividades de trabalho e lazer. Como consequência causam pressão nos serviços de saúde, bem como geram impactos importantes na economia das famílias, comunidades e na sociedade em geral (BRASIL 2011; SCHMIDT, DUNCAN et al. 2011).

O tabagismo, o consumo abusivo de álcool, o excesso de peso, os níveis elevados de colesterol, a dieta inadequada e a inatividade física, estão entre os principais fatores associados com as DCNT. Para evitar os agravos ocasionados por essas doenças, deve-se haver a vigilância desses fatores de risco para desenvolver e aprimorar políticas de saúde (GAZIANO 2007; WHO 2011).

Em razão da rápida urbanização, mudanças na composição etária e presença de mulheres na força de trabalho ocorreram modificações nas despesas e na aquisição de alimentos das famílias brasileiras nos últimos anos “impondo novos desafios aos produtores rurais, à agroindústria, ao setor de distribuição de alimentos e ao governo” (COELHO 2009).

Além disso, ocorreram marcadas mudanças na alimentação da população brasileira, devido ao aumento do consumo de alimentos industrializados prontos para o consumo em substituição de alimentos “tradicionais” como arroz, feijão, mandioca, batata, legumes e verduras. Essas mudanças acarretaram em uma ingestão excessiva de calorias, gorduras saturadas e sódios na dieta, causando um desequilíbrio na oferta de nutrientes (SANDHI 2005; BRASIL 2014).

Essas mudanças vão de encontro com as informações disponíveis sobre o consumo de alimentos considerados marcadores de padrões saudáveis e não saudáveis de alimentação disponibilizadas pelos inquéritos nacionais (BRASIL 2013; IBGE 2014). Na pesquisa realizada em 2014 sobre a Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), o consumo de

frutas/hortaliças e de feijão em cinco ou mais dias da semana foram relatados por 36,5% e 66,1%, respectivamente, da população com 18 anos ou mais. Por outro lado, é alto o percentual de pessoas que consome gordura na carne (29,4%), leite integral (52,9%) e refrigerante regularmente (20,8%) (BRASIL 2013).

Os moradores da zona rural apresentam melhor qualidade da dieta quando comparados com os da zona urbana, devido ao maior consumo de alimentos tradicionais como arroz, feijão, batata-doce, mandioca, farinha de mandioca, frutas e peixes. Já na zona urbana se observa um maior consumo de alimentos processados e ultraprocessados (BRASIL 2012).

Na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013, o consumo regular (cinco ou mais dias da semana) de frutas/hortaliças e feijão foi de 31,2% e 76,3%, respectivamente, na zona rural. Já na zona urbana, para os referidos itens, foi de 38,2% e 71,2%, respectivamente. Entre os alimentos com alto teor de gordura e açúcar, se observou um alto percentual de consumo entre os indivíduos da zona rural, os quais ingerem carne ou frango com gordura (45,8%), leite integral (62,2%), consumo regular de refrigerante (13,1%) e, doces (19,5%). Entretanto, na zona urbana a proporção foi de 35,8%; 60,4%; 23,6% e 22,0%, respectivamente (IBGE 2014).

O consumo alimentar pode ser influenciado pela renda. Famílias com menor renda apresentam melhor qualidade da dieta, com predomínio do consumo alimentos básicos (arroz e feijão, peixes e milho). Porém conforme aumenta a renda das famílias ocorrem maior consumo de alimentos de baixa qualidade nutricional, como doces, refrigerantes, pizzas e salgados fritos e assados. Além disso, os grupos etários também podem influenciar no consumo alimentar, entre os mais novos é maior o consumo de alimentos industrializados, e à medida que aumenta idade menor o consumo desses alimentos, todavia se observa o contrário no consumo de frutas e hortaliças (BRASIL 2012).

A alimentação pode ser considerada como condição básica para a promoção da saúde e qualidade de vida da população (BRASIL 2012), tornando-se necessário diagnosticar e monitorar o padrão da alimentação para subsidiar políticas e ações de saúde e nutrição adequadas para a população rural (SOUZA, PEREIRA et al. 2013). Diante do exposto, este estudo objetiva avaliar o consumo alimentar de adultos moradores na zona rural de Pelotas/RS.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2. Revisão de literatura

Foi realizada uma revisão na literatura com o objetivo de identificar os trabalhos que avaliaram a prevalência do consumo de alimentos considerados saudáveis e não saudáveis, assim como fatores associados ao consumo alimentar de adultos nas bases de dados LILACS, PUBMED e Scielo. Os descritores utilizados foram inseridos de acordo com os termos de *Medical Subject Headings (MeSH terms)* e *Descritores em Ciências da Saúde (DEcS)*.

Os termos utilizados nas pesquisas, a combinação destes termos e o número de artigos localizados estão apresentados no Quadro 1. Foram incluídos na pesquisa trabalhos científicos publicados nos últimos dez anos, realizados com adultos com 18 anos ou mais de idade, nos idiomas inglês, português e espanhol.

O processo de revisão seguiu os seguintes passos (Fluxograma 1):

- 1) Leitura dos títulos dos artigos científicos identificados nas bases de dados;
- 2) Leitura dos resumos dos artigos científicos cujos títulos foram identificados como relevantes para o estudo;
- 3) Leitura na íntegra dos artigos selecionados como relevantes para o estudo;
- 4) Seleção dos artigos relevantes para compor a revisão de literatura.

Foram selecionados como relevantes para este estudo 55. Três não puderam ser recuperados na íntegra, pois não estavam disponíveis e 52 foram lidos na íntegra. Destes, 23 cumpriam com os objetivos desta revisão e foram selecionados, após foram adicionados dois documentos não publicados e dois relatórios de pesquisa de âmbito nacional. Totalizando 27 estudos incluídos na revisão (Fluxograma 1).

Quadro 1. Seleção dos artigos revisados nas bases de dados.

	Descritores		Artigos encontrados	
Lilacs	Consumo de alimentos	AND (adulto OR idoso)	274	
	Dieta		1140	
	Hábitos alimentares		355	
	Comportamento alimentar		201	
	Alimentação		1308	
	Consumo de alimentos	AND (adulto OR idoso)	AND população rural	2
	Dieta			12
	Hábitos alimentares			8
	Comportamento alimentar			2
	Alimentação			13
	Consumo de alimentos	AND (adulto OR idoso)	AND zona rural	3
	Dieta			5
	Hábitos alimentares			5
	Comportamento alimentar			0
	Alimentação			7
Total Lilacs			3332	
Scielo	Consumo de alimentos	AND (adulto OR idoso)	6	
	Dieta		68	
	Hábitos alimentares		9	
	Comportamento alimentar		7	
	Alimentação		38	
	Consumo de alimentos	AND (adulto OR idoso)	AND população rural	0
	Dieta			0
	Hábitos alimentares			0
	Comportamento alimentar			0
	Alimentação			0
	Consumo de alimentos	AND (adulto OR idoso)	AND zona rural	0
	Dieta			0
	Hábitos alimentares			0
	Comportamento alimentar			0
	Alimentação			1
Total Scielo			129	
Pubmed	Diet	AND rural population	567	
	Feeding behavior		37	
	Food habits		148	
	Food intake		47	
	food habits OR feeding behavior OR diet OR food intake		2757	
Total Pubmed			3556	
Total			7011	

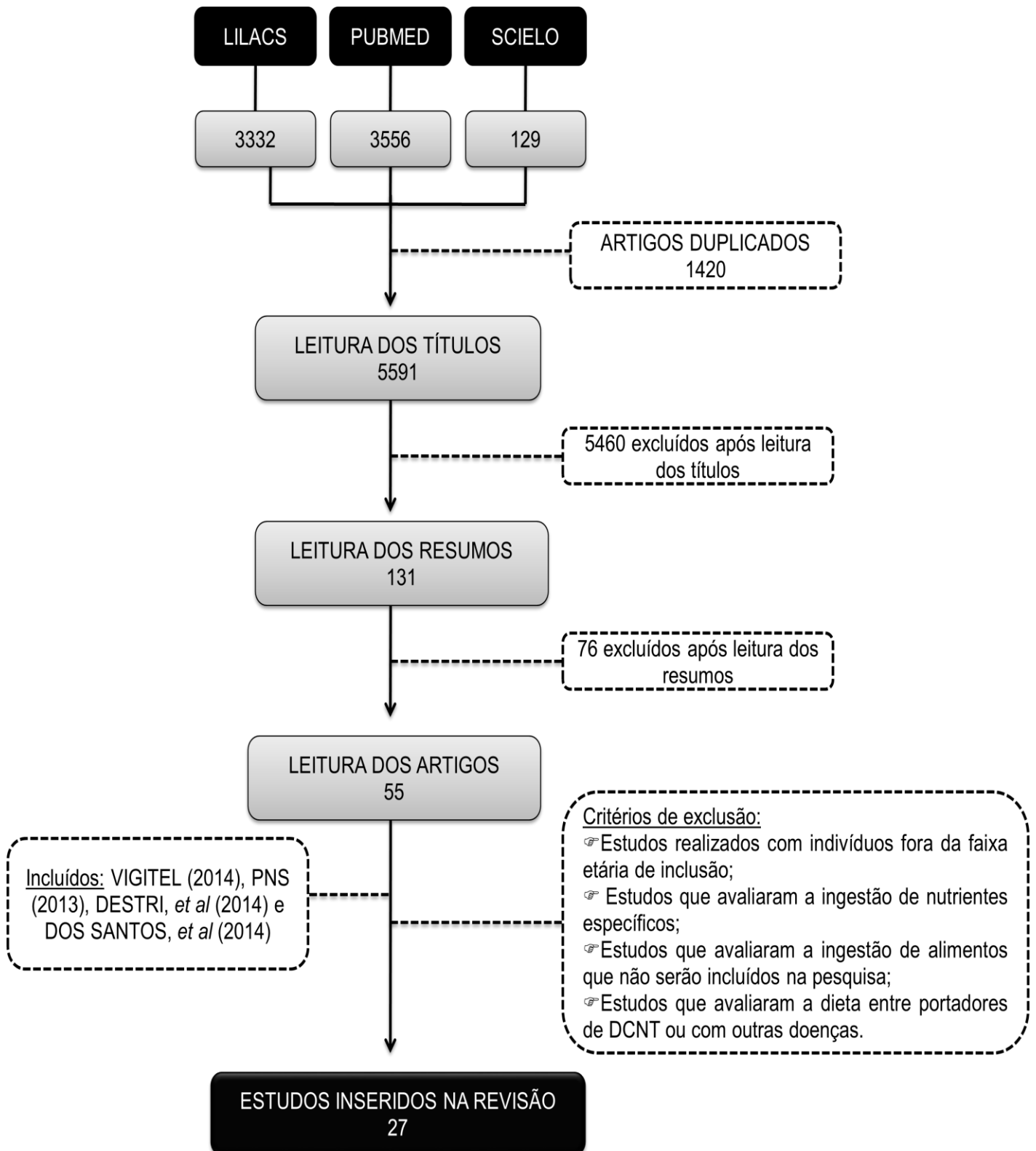


Figura 1. Fluxograma com a seleção dos artigos

2.1. Síntese da revisão

2.1.1 Características dos estudos

Todos os estudos inseridos na revisão de literatura possuem delineamento transversal, (sendo 17 de base populacional) publicados entre os anos de 2005 e 2015. Desses estudos 24 foram realizados no Brasil nas seguintes cidades: Ibatiba (CARVALHO and ROCHA 2011), Uberaba (HEITOR, RODRIGUES et al. 2013), Goiânia (ALEXANDRE, PEIXOTO et al. 2014), Florianópolis (CAMPOS 2010), Pelotas (NEUTZLING 2009; VINHOLES, ASSUNÇÃO et al. 2009; ROMBALDI 2011; MUNIZ, SCHNEIDER et al. 2012; MUNIZ, MADRUGA et al. 2013; SANTOS, GONÇALVES et al. 2014), São Paulo (FIGUEIREDO 2008; MORIMOTO, LATORRE et al. 2008; VIEBIG, PASTOR-VALERO et al. 2009), Ribeirão Preto (MONDINI 2010), Cuiabá (LOUREIRO, SILVA et al. 2013), Campinas (ASSUMPÇÃO, DOMENE et al. 2014) e Nova Boa Vista (DESTRI, ASSUNÇÃO et al. 2014). Além desses, seis foram inquéritos nacionais, WHS (JAIME and MONTEIRO 2005), POF 2008-2009 (SOUZA, PEREIRA et al. 2013), VIGITEL 2007-2009 (SOUZA 2011), VIGITEL 2014 (BRASIL 2015) e PNS 2013 (IBGE 2014). Os demais estudos são internacionais e foram realizados nos seguintes países: EUA (DEAN and SHARKEY 2011), Irã (ESTEGHMATI, NOSHAD et al. 2012) e no ex-países da União Soviética (ABE, STICKLEY et al. 2013).

2.1.2 Instrumentos utilizados nos estudos

Em relação aos instrumentos utilizados para avaliação do consumo alimentar, cinco estudos utilizaram Questionários de Frequência Alimentar (QFA) (VIEBIG, PASTOR-VALERO et al. 2009; MONDINI 2010; CARVALHO and ROCHA 2011; LOUREIRO, SILVA et al. 2013; SCHNEIDER, DURO et al. 2014), um estudo utilizou o registro alimentar (SOUZA, PEREIRA et al. 2013) e dois aplicaram Recordatório de 24 horas (R24h) (MORIMOTO, LATORRE et al. 2008; ASSUMPÇÃO, DOMENE et al. 2014), dezenove estudos utilizaram questionários semiestruturados, criados pelo próprio autor (JAIME and MONTEIRO 2005; FIGUEIREDO 2008; JAIME, FIGUEIREDO et al. 2009; NEUTZLING 2009; VINHOLES, ASSUNÇÃO et al. 2009; CAMPOS 2010; DEAN and SHARKEY 2011; ROMBALDI 2011; SOUZA 2011; ESTEGHMATI, NOSHAD et al. 2012; MUNIZ, SCHNEIDER et al. 2012; ABE, STICKLEY et al. 2013; HEITOR, RODRIGUES et al. 2013; MUNIZ, MADRUGA et al.

2013; ALEXANDRE, PEIXOTO et al. 2014; DESTRI, ASSUNÇÃO et al. 2014; IBGE 2014; SANTOS, GONÇALVES et al. 2014; BRASIL 2015). A avaliação da frequência de consumo variou entre os estudos, oito avaliaram o consumo diário (JAIME and MONTEIRO 2005; FIGUEIREDO 2008; DEAN and SHARKEY 2011; ESTEGHMATI, NOSHAD et al. 2012; MUNIZ, SCHNEIDER et al. 2012; MUNIZ, MADRUGA et al. 2013; SCHNEIDER, DURO et al. 2014), dez o consumo regular (JAIME, FIGUEIREDO et al. 2009; NEUTZLING 2009; CARVALHO and ROCHA 2011; ALEXANDRE, PEIXOTO et al. 2014; DESTRI, ASSUNÇÃO et al. 2014; IBGE 2014; SANTOS, GONÇALVES et al. 2014; SCHNEIDER, DURO et al. 2014; BRASIL 2015), nove o consumo recomendado (VIEBIG, PASTOR-VALERO et al. 2009; VINHOLES, ASSUNÇÃO et al. 2009; CAMPOS 2010; MONDINI 2010; SOUZA 2011; ABE, STICKLEY et al. 2013; HEITOR, RODRIGUES et al. 2013; DESTRI, ASSUNÇÃO et al. 2014; IBGE 2014), seis o consumo habitual de determinados alimentos (SOUZA 2011; MUNIZ, SCHNEIDER et al. 2012; SOUZA, PEREIRA et al. 2013; ALEXANDRE, PEIXOTO et al. 2014; IBGE 2014; BRASIL 2015) e quatro avaliaram a qualidade da alimentação (MORIMOTO, LATORRE et al. 2008; LOUREIRO, SILVA et al. 2013; ASSUMPÇÃO, DOMENE et al. 2014; SANTOS, GONÇALVES et al. 2014).

A heterogeneidade na avaliação da frequência do consumo dificulta a análise de consistência dos estudos.

2.1.3 Prevalência de consumo

Com relação aos alimentos avaliados, a maioria dos estudos examina como alimentos saudáveis frutas, verduras, feijão, leite desnatado ou semidesnatado, carne ou frango sem gordura e alimentos integrais. Já como alimentos não saudáveis estão leite integral, carne ou frango com gordura, alimentos prontos para o consumo, embutidos, em conserva ou enlatados, refrigerante ou bebidas açucaradas e doces.

As prevalências do consumo regular (consumo de cinco dias ou mais em uma semana) dos alimentos variaram entre os estudos, as frutas de 7% a 80,3% (JAIME, FIGUEIREDO et al. 2009; CARVALHO and ROCHA 2011; ALEXANDRE, PEIXOTO et al. 2014; DESTRI, ASSUNÇÃO et al. 2014; SANTOS, GONÇALVES et al. 2014), as verduras e legumes entre 20,3% a 56,6% (JAIME, FIGUEIREDO et al. 2009; CARVALHO and ROCHA 2011; ALEXANDRE, PEIXOTO et al. 2014; DESTRI,

ASSUNÇÃO et al. 2014; SANTOS, GONÇALVES et al. 2014), feijão entre 40,8% a 84,3% (CARVALHO and ROCHA 2011; ALEXANDRE, PEIXOTO et al. 2014; DESTRI, ASSUNÇÃO et al. 2014; IBGE 2014; SANTOS, GONÇALVES et al. 2014; BRASIL 2015), leite integral entre 38% a 67,4% (CARVALHO and ROCHA 2011; DESTRI, ASSUNÇÃO et al. 2014; SANTOS, GONÇALVES et al. 2014), carne vermelha entre 2,6% a 21,8% (CARVALHO and ROCHA 2011; SCHNEIDER, DURO et al. 2014), frango/galinha entre 4% e 10,7% (CARVALHO and ROCHA 2011; SCHNEIDER, DURO et al. 2014), refrigerante entre 10% a 20,8% (CARVALHO and ROCHA 2011; ROMBALDI 2011; BRASIL 2014), embutidos entre 8,4% a 45,1% (DESTRI, ASSUNÇÃO et al. 2014; SANTOS, GONÇALVES et al. 2014; SCHNEIDER, DURO et al. 2014), e doces entre 18,1% e 31,5% (CARVALHO and ROCHA 2011; DESTRI, ASSUNÇÃO et al. 2014; IBGE 2014; BRASIL 2015). O consumo de alimentos integrais foi avaliado por apenas dois estudos (CARVALHO and ROCHA 2011; SANTOS, GONÇALVES et al. 2014). No estudo de Carvalho e Rocha (2011) realizado com adultos de uma população rural, 24% referiu consumir raramente (1 vez/mês) esse alimentos, porém no estudo de Santos e colaboradores (2014) realizado com idosos, 26,1% referiram consumir esses alimentos regularmente. Com relação ao consumo de alimentos congelados, esses foram avaliados apenas no estudo de Santos e colaboradores (2014), o qual encontrou uma prevalência do consumo regular de 0,1%. Já o consumo de frituras, foi avaliado por Destri e colaboradores (2014), os quais encontraram uma prevalência de consumo regular de 6,4%, e Santos e colaboradores (2014), os quais encontraram uma prevalência de 4,7%.

2.1.4 Fatores associados

Os principais aspectos investigados foram sexo, idade, cor da pele, escolaridade, nível econômico, Índice de Massa Corporal (IMC), e tabagismo.

Os estudos apontaram que o comportamento entre homens e mulheres é diferente em relação à alimentação. As mulheres consomem mais frutas, verduras, hortaliças, doces, leite e derivados (JAIME and MONTEIRO 2005; FIGUEIREDO 2008; JAIME, FIGUEIREDO et al. 2009; NEUTZLING 2009; VINHOLES, ASSUNÇÃO et al. 2009; CAMPOS 2010; MUNIZ, MADRUGA et al. 2013; BRASIL 2015). Já os homens consomem mais refrigerante, feijão, carne ou frango com excesso de gordura e leite integral (VINHOLES, ASSUNÇÃO et al. 2009;

ROMBALDI 2011; MUNIZ, SCHNEIDER et al. 2012; ALEXANDRE, PEIXOTO et al. 2014; BRASIL 2015).

Ao comparar as prevalências de consumo de frutas, verduras e legumes, leite e derivados observou-se uma associação positiva com as variáveis renda, escolaridade e idade (JAIME and MONTEIRO 2005; FIGUEIREDO 2008; JAIME, FIGUEIREDO et al. 2009; NEUTZLING 2009; VIEBIG, PASTOR-VALERO et al. 2009; VINHOLES, ASSUNÇÃO et al. 2009; CAMPOS 2010; MONDINI 2010; MUNIZ, MADRUGA et al. 2013; BRASIL 2015). Porém, as prevalências de consumo de feijão, carne ou frango com excesso de gordura e leite integral estiveram negativamente associadas as variáveis idade e escolaridade (VINHOLES, ASSUNÇÃO et al. 2009; BRASIL 2015).

Com relação a situação do domicílio, entre os 27 estudos identificados apenas dois avaliaram o consumo alimentar da população rural (CARVALHO and ROCHA 2011; HEITOR, RODRIGUES et al. 2013), e cinco estudaram a população rural junto com a urbana (DEAN and SHARKEY 2011; ESTEGHMATI, NOSHAD et al. 2012; ABE, STICKLEY et al. 2013; DESTRI, ASSUNÇÃO et al. 2014; IBGE 2014). Na zona rural os alimentos consumidos regularmente (> quatro vezes/semana) foram hortaliças, verdura e legumes (23,2%); frutas (12,7%); feijão (84%); carne e ovos (12,8%); carne vermelha (26%); frango (4%); leite e derivados (16%); leite de vaca (38%); doces (19,2%); refrigerantes (10%) (CARVALHO and ROCHA 2011). Já ao comparar a zona rural com a urbana observou-se que na zona rural teve maior consumo de feijão e alimentos fonte de gordura (carnes com gordura, frango com pele e leite integral) (IBGE 2014) assim como menor consumo de frutas, verdura e legumes (FLV) (JAIME and MONTEIRO 2005; DEAN and SHARKEY 2011; ESTEGHMATI, NOSHAD et al. 2012; ABE, STICKLEY et al. 2013; IBGE 2014), doces e refrigerante (DESTRI, ASSUNÇÃO et al. 2014; IBGE 2014), comparado com a zona urbana.

Os Quadros 2, 3 e 4 apresentam uma síntese dos artigos revisados.

Quadro 2. Descrição dos artigos sobre consumo alimentar/ qualidade da alimentação realizados na zona rural. (n=2)

Descrição	Objetivos	Delineamento, Amostra	Instrumento dietético, Alimentos avaliados	Principais resultados
Zona rural				
Autores: CARVALHO e ROCHA Ano de publicação: 2011 País/Cidade: Brasil/ Ibatiba-ES Revista: Ciência e Saúde Coletiva <i>“Consumo alimentar de população adulta residente em área rural da cidade de Ibatiba (ES, Brasil)”</i>	Mapear o consumo alimentar de uma população rural específica	Transversal, 150 adultos entre 20 e 59 anos	Questionário de frequência alimentar (QFCA), Grupos de alimentos foram divididos em: (1) pães, tubérculos, cereais e raízes; (2) hortaliças, verduras e legumes; (3) óleos e gorduras; (4) frutas; (5) leguminosas; (6) carnes e ovos; (7) produtos lácteos; (8) doces. Subgrupo (alimentos diversos): café, produtos integrais, refrigerantes, salgados	- Alimentos consumidos habitualmente (> quatro vezes/semana: hortaliças, verdura e legumes (23,2%); frutas (12,7%); feijão (84%); carne e ovos (12,8%); carne vermelha (26%); frango (4%); leite e derivados (16%); leite de vaca (38%); doces (19,2%); refrigerantes (10%) - Alimentos raramente consumidos (1 vez/mês): alimentos integrais (24%)
Autores: HEITOR <i>et al</i> Ano de publicação: 2013 País/Cidade: Brasil/ Uberaba-MG Revista: Texto Contexto Enfermagem <i>“Prevalência da adequação à alimentação saudável de idosos residentes em zona rural”</i>	Determinar a prevalência da adequação aos “10 passos para uma alimentação saudável para a pessoa idosa”.	Transversal, 850 idosos com 60 anos ou mais	Questionário semiestruturado sobre alimentação saudável construído pela equipe técnica da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.	- Passo 3 (consumo de três porções de legumes/verduras, e três porções de frutas por dia), os resultados do presente estudo foram considerados significativamente baixos (14,2%); - Passo 4 (consumo de duas colheres/sopa por dia ou mais de feijão) 80,1 observou-se adequação por significativa parcela dos idosos; - Passo 5 (ingestão de leite e/ou derivados e de carne magra, observou-se que a adequação foi significativamente baixa (6,5%): - Leite e derivados: três porções - 21,3% - Carnes (boi, aves, peixes) ou ovos: uma a duas porções - 65,5% - Retirar a gordura da carne e pele das aves – 46,9%; - Passo 7 (consumo máximo duas vezes/semana de doces) foi considerada inadequada por quase metade (42%) dos idosos.

Quadro 3. Descrição dos artigos sobre consumo alimentar/ qualidade da alimentação realizados na zona urbana. (n=20)

Descrição	Objetivos	Delineamento, Amostra	Instrumento dietético, Alimentos avaliados	Principais resultados
Zona urbana				
Autores: ALEXANDRE <i>et al</i> Ano de publicação: 2014 País/Cidade: Brasil, Goiânia-GO Revista: Revista Brasileira de Epidemiologia <i>“Fatores associados às práticas alimentares da População adulta de Goiânia, Goiás, Brasil”</i>	Identificar os fatores sociodemográficos e comportamentais relacionados à prática alimentar da população adulta da cidade de Goiânia	Transversal de base populacional, 2.002 adultos maiores de 18 anos	Questionário semiestruturado (Pesquisa SIMTEL): consumo em cinco ou mais dias da semana, de frutas, legumes/verduras e feijão, assim como consumo preferencial de leite integral, gordura aparente (gordura aparente da carne e/ou pele do frango) e refrigerante contendo açúcar; Os alimentos foram classificados em alimentos de proteção ou de risco ao desenvolvimento de DCNT: <u>Protetores</u>: consumo superior ou igual a três vezes ao dia, em pelo menos cinco dias da semana de frutas ou legumes e verduras, e, consumo regular (≥ 5 dias/semana) de feijão; <u>Risco</u>: ingestão de leite integral, gordura aparente e refrigerante contendo açúcar	• <u>Consumo regular de frutas</u> ($p = 0,053$): mulheres (8,5%); homens (5,4%); • <u>Consumo regular de legumes e verduras</u> ($p = 0,057$): mulheres (22,6%); homens (18,1%); • <u>Consumo regular de feijão</u> ($p = 0,002$): mulheres (80,5%); homens (88,1%); • <u>Consumo de leite integral</u> ($p = 0,53$): mulheres (60,0%); homens (58,1%); • <u>Consumo de gordura aparente</u> ($p < 0,001$): mulheres (43,0%); homens (66,5%); • <u>Consumo de refrigerante com açúcar</u> ($p = 0,001$): mulheres (62,8%); homens (72,4%); • O consumo regular de feijão, de gordura aparente e refrigerante com açúcar foi significativamente maior nos homens.
Autores: CAMPOS <i>et al</i> Ano de publicação: 2010 País/ Cidade: Brasil/ Florianópolis-SC Revista: Revista Brasileira de Epidemiologia <i>“Fatores associados ao consumo adequado de frutas, legumes e verduras em adultos de Florianópolis”</i>	Estimar a prevalência do consumo adequado de frutas, legumes e verduras (cinco ou mais vezes/ dia) e investigar a associação com fatores sociodemográficos e comportamentais em adultos de Florianópolis, participantes do SIMTEL.	Transversal de base populacional, 1.890 adultos de 18 anos ou mais	Questionários semiestruturado (Pesquisa SIMTEL) para avaliar o consumo de frutas, legumes e verduras	• A prevalência do consumo adequado de frutas, legumes e verduras foi de 21,9% (25,0% mulheres e 18,7% homens); • Entre as mulheres, maiores prevalências de consumo adequado foram associadas ao aumento da faixa etária, ao fato de não trabalhar (RP = 1,5; IC 95%: 1,1; 2,0), ter estado de saúde bom ou excelente (RP = 1,4; IC 95%: 1,0; 1,8) e ao não tabagismo (RP = 1,3; IC 95%: 1,0; 1,9). Entre os homens, maior prevalência de consumo adequado foi observada para os que relataram ser casados (RP = 1,9; IC 95%: 1,2; 3,0) e não ter excesso de peso (RP = 1,9; IC 95%: 1,3; 2,7).

Quadro 3 (continuação). Descrição dos artigos sobre consumo alimentar/ qualidade da alimentação realizados na zona urbana. (n=20)

Descrição	Objetivos	Delineamento, Amostra	Instrumento dietético, Alimentos avaliados	87Principais resultados
Zona urbana				
Autores: ROMBALDI <i>et al</i> Ano de publicação: 2011 País/Cidade: Brasil/ Pelotas-RS Revista: Revista de Saúde Pública <i>“Fatores associados ao consumo regular de refrigerante não dietético em adultos de Pelotas, RS”</i>	Analisar fatores associados ao consumo regular de refrigerantes não dietéticos por adultos.	Transversal de base populacional, 972 adultos entre 20 e 69 anos	Questionários semiestruturado (“em geral desde o <Mês> do ano passado, quantas vezes tu tomaste refrigerante não dietético?”).	• Cerca de um quinto da população adulta de Pelotas (20,4%) ingeria regularmente refrigerante não dietético; • Indivíduos do sexo masculino (RP 1,50; IC95%: 1,20;2,00), fumantes atuais (RP 1,60; IC95%: 1,20;2,10) e que consumiam semanalmente lanches (RP 2,10; IC95%: 1,60;2,70) apresentaram maior prevalência de consumo de refrigerantes não dietéticos na análise ajustada; • Na análise estratificada por sexo mostrou que o consumo regular de frutas, legumes e verduras foi fator protetor ao consumo de refrigerantes entre mulheres (RP 0,50; IC95%: 0,30;0,90).
Autores: SOUZA <i>et al</i> Ano de publicação: 2011 País/Cidade: Brasil/ Brasil Revista: Revista Brasileira de Epidemiologia <i>“Avaliação dos marcadores de consumo alimentar do VIGITEL (2007-2009)”</i>	Avaliar as questões marcadoras de consumo alimentar do sistema VIGITEL e sua evolução temporal	Transversal (VIGITEL), 135.249 adultos de 18 anos ou mais	Questionário semiestruturado, frutas, hortaliças, feijão, leite integral e desnatado, refrigerante normal e <i>diet/light</i>, e consumo de gordura aparente das carnes e a pele do frango	• Observou-se aumento estatisticamente significativo nas frequências de consumo de feijão, leite integral e refrigerante normal e diminuição no consumo de leite desnatado durante os três anos de acompanhamento: <u>2007:</u> feijão $\geq 1x/dia$ (11,4%), fruta $\geq 3x/dia$ (8,7%), hortaliças $\geq 3x/dia$ (5,1%), leite integral (54,2%), leite desnatado (16,3%) e refrigerante normal (60,7%); <u>2008:</u> feijão $\geq 1x/dia$ (12,8%), fruta $\geq 3x/dia$ (7,8%), hortaliças $\geq 3x/dia$ (3,7%), leite integral (57,4%), leite desnatado (15,4%) e refrigerante normal (65,3%); <u>2009:</u> feijão $\geq 1x/dia$ (13,2%), fruta $\geq 3x/dia$ (8,0%), hortaliças $\geq 3x/dia$ (3,4%), leite integral (58,6%), leite desnatado (15,0%) e refrigerante normal (67,2%);

Quadro 3 (continuação). Descrição dos artigos sobre consumo alimentar/ qualidade da alimentação realizados na zona urbana. (n=20)

Descrição	Objetivos	Delineamento, Amostra	Instrumento dietético, Alimentos avaliados	Principais resultados
Zona urbana				
Autores: SOUZA <i>et al</i> Ano de publicação: 2013 País/Cidade: Brasil/ Brasil Revista: Revista de Saúde Pública <i>“Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009”</i>	Caracterizar o consumo alimentar mais frequente da população brasileira	Transversal, 34.003 indivíduos acima de 10 anos	Registros alimentares, 1.971 itens alimentares citados mas apenas 20 alimentos/ grupos mais prevalentes foram considerados	• <u>Prevalências de consumo:</u> Feijão (72,8%); salada crua (16,0%); refrigerante (23,0%); leite integral (12,4%), biscoito salgado (15,9%); salgados fritos e assados (12,5%) e doces (11,7%); • <u>Entre 20 alimentos citados pelos homens estão:</u> Feijão (68,8%); refrigerantes (21,2%); biscoito salgado (18,2%); salada crua (17,0%); queijo (14,6%); doces (13,2%) e leite integral (13,0%); • <u>Entre 20 alimentos citados pelas mulheres estão:</u> Feijão (77,0%); refrigerantes (24,8%); salada crua (14,9%); biscoito salgado (13,4%); salgados fritos e assados (12,8%) e leite integral (11,8%); • <u>Entre 20 alimentos citados pelos adultos estão:</u> Sucos e refrescos (40,3%); refrigerantes (23,7%); salada crua (17,4%); biscoito salgado (15,6%); salgados fritos e assados (12,1%) e leite integral (11,6%). • <u>Entre 20 alimentos citados pelos idosos estão:</u> Sucos e refrescos (31,3%); biscoito salgado (17,4%); salada crua (16,9%) e leite integral (15,8%); • <u>Entre 20 alimentos citados pelo 1º quarto de renda estão:</u> Sucos e refrescos (34,9%); biscoito salgado (16,7%); refrigerante (14,4%); doces (11,2%) e leite integral (10,9%); • <u>Entre 20 alimentos citados pelo 4º quarto de renda estão:</u> Sucos e refrescos (43,4%); refrigerantes (31,2%); salada crua (23,7%); salgados fritos e assados (18,4%) e biscoito salgado (16,1%).

Quadro 3 (continuação). Descrição dos artigos sobre consumo alimentar/ qualidade da alimentação realizados na zona urbana. (n=20)

Descrição	Objetivos	Delineamento, Amostra	Instrumento dietético, Alimentos avaliados	Principais resultados
Zona urbana				
Autores: FIGUEIREDO <i>et al</i> Ano de publicação: 2008 País/Cidade: Brasil/ São Paulo-SP Revista: Revista de Saúde Pública <i>“Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo”</i>	Descrever a frequência de consumo de frutas, legumes e verduras por adultos e analisar os fatores associados ao seu consumo	Transversal de base populacional, 2.122 adultos de 18 anos ou mais	Questionário semiestruturado, O <u>escore de frequência</u> de consumo de frutas, legumes e verduras foi composto pela somatória dos valores da frequência de consumo. Para sua construção, atribuiu-se um peso para cada categoria de frequência de consumo, sendo: 0,00 para alimentos nunca consumidos; 0,05 para alimentos quase nunca consumidos; 0,46 para alimentos consumidos de três a quatro dias na semana; 0,73 para alimentos consumidos de cinco a seis dias na semana; e, 1,00 para alimentos consumidos todos os dias. A somatória dos pesos para consumo de frutas, consumo de verduras (saladas cruas) consumo de legumes (hortaliças cozidas) constituiu o escore de frequência total de frutas, legumes e verduras.	- Consumo diário de frutas ($p < 0,001$): mulheres (51,7%); homens (35,0%); - Consumo diário de verduras ($p < 0,001$): mulheres (52,7%); homens (39,9%); - Consumo diário de legumes ($p < 0,001$): mulheres (23,9%); homens (11,4%); - Na regressão linear múltipla hierarquizada para o sexo feminino, os fatores associados foram: - Quanto maior o consumo de FLV maior a idade (β 0,012) e a escolaridade (β 0,044). - Na regressão linear múltipla hierarquizada para o sexo masculino, os fatores associados foram: - Quanto maior o consumo de FLV maior a idade (β 0,012) e a escolaridade (β 0,040), atividade física (β 0,233)
Autores: JAIME <i>et al</i> Ano de publicação: 2009 País/Cidade: Brasil/ capitais brasileiras e Distrito Federal Revista: Revista de Saúde Pública <i>“Fatores associados ao consumo de frutas e hortaliças no Brasil, 2006”</i>	Estimar a frequência do consumo de frutas e hortaliças e fatores associados	Transversal, 54.369 adultos de 18 anos ou mais	Questionário semiestruturado (VIGITEL) - (“Foi perguntado a frequência de consumo semanal e diário de frutas, saladas cruas, verduras e legumes cozidos” Os <u>indicadores do consumo alimentar</u> consumo regular (≥ 5 dias/semana) de frutas e hortaliças e consumo adequado (≥ 5 vezes/dia);	- Menos da metade dos indivíduos referiu consumo regular de fruta (44,1%) ou hortaliças (43,8%), enquanto 23,9% referiram consumo regular de frutas e hortaliças em conjunto; o consumo adequado foi referido por 7,3% dos entrevistados. - O consumo de frutas e hortaliças variou entre as cidades estudadas, foi maior entre as mulheres (29,2%) do que entre os homens (17,8%), e aumentou com a idade, 32,8% entre indivíduos com 65 anos ou mais e 14,5% entre 18 e 24 anos, e também aumento conforme os anos de escolaridade, entre 0 e 8 anos (20,9%) e 12 ou mais (36,2%).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

Quadro 3 (continuação). Descrição dos artigos sobre consumo alimentar/ qualidade da alimentação realizados na zona urbana. (n=20)

Descrição	Objetivos	Delineamento, Amostra	Instrumento dietético, Alimentos avaliados	Principais resultados
Zona urbana				
Autores: MONDINI <i>et al</i> Ano de publicação: 2010 País/Cidade: Brasil/ Ribeirão Preto-SP Revista: Revista de Saúde Pública <i>“Consumo de frutas e hortaliças por adultos em Ribeirão Preto, SP”</i>	Avaliar o consumo de frutas e hortaliças por adultos e identificar variáveis sociodemográficas e de estilo de vida associadas ao consumo desses alimentos	Transversal de base populacional, 930 adultos com 30 anos ou mais	Questionário de Frequência Alimentar Semiquantitativo, Avaliaram o consumo de frutas e hortaliças	• Apenas 24% dos homens e 38% das mulheres atenderam à recomendação mínima do consumo de frutas e hortaliças; • Observou-se associação positiva com a idade e renda <i>per capita</i>; • Mulheres com maior escolaridade e homens que viviam com a companheira consumiam mais frutas e hortaliças que os demais; • Atividade física, tabagismo e estado nutricional não apresentaram associação com o consumo mínimo recomendado de frutas e hortaliças.
Autores: NEUTZLING <i>et al</i> Ano de publicação: 2009 País/Cidade: Brasil/ Pelotas-RS Revista: Cadernos de Saúde Pública <i>“Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de uma cidade no Sul do Brasil”</i>	Descrever a frequência do consumo de frutas, legumes e verduras por adultos de 20 a 69 anos, residentes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e analisar os fatores associados a tal consumo	Transversal de base populacional 972 adultos entre 20 e 69 anos	Questionários semiestruturado ((1) <i>em geral desde <mês> do ano passado, quantas vezes tu comeste frutas? (sem contar sucos)</i>; (2) <i>em geral desde <mês> do ano passado, quantas vezes tu comeste salada verde?</i>; e (3) <i>em geral desde <mês> do ano passado, quantas vezes tu comeste outros vegetais?</i>),	• Apenas uma minoria (20,9%) dos indivíduos consumiu frutas, legumes e verduras regularmente; • <u>Fatores associados ao consumo regular de FLV foram:</u> ○ Sexo: 26,9% (feminino); 12,9% (masculino); ○ Idade: 13,9% (20-29 anos); 32,0% (60 anos ou mais) ○ Nível socioeconômico: 27,0% (Classe A e B); 12,7% (classe D e E); ○ Tabagismo: 17,3% (fumante atual); 20,3% (nunca fumou); 26,9% (ex-fumante); ○ Sedentarismo no lazer: 18,3% (sim); 27,3% (não);

Quadro 3 (continuação). Descrição dos artigos sobre consumo alimentar/ qualidade da alimentação realizados na zona urbana. (n=20)

Descrição	Objetivos	Delineamento, Amostra	Instrumento dietético, Alimentos avaliados	Principais resultados
Zona urbana				
Autores: JAIME E MONTEIRO Ano de publicação: 2005 País/Cidade: Brasil/ Brasil Revista: Cadernos de Saúde Pública <i>"Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003"</i>	Estimar a frequência e a distribuição do consumo de frutas e vegetais, e analisar a influência das variáveis demográficas e socioeconômicas na determinação de padrões de consumo para esses alimentos por parte da população adulta no Brasil.	Transversal (WHS – levantamento populacional), 5.000 adultos de 18 anos de idade ou mais	Questionário semiestruturado ("Em geral quantas vezes por semana você come fruta?", "Quantas porções de frutas que você come normalmente por dia?", "Em geral, quantas vezes por semana você come legumes (como alface, espinafre, tomate, cenoura, feijão de corda, etc.)? "e"Quanto de legumes ou vegetais de folhas que você come normalmente por dia? "),	• Fatores associados no sexo feminino: <u>Consumo diário de frutas (34,1%):</u> Idade: 28,5% (18-24 anos); 47,9% (≥65 anos) Escolaridade: 25,7% (0-4 anos); 53,3% (≥ 12 anos) Situação do domicílio: 35,8% (urbana); 21,9% (zona rural) <u>Consumo diário de vegetais (44,7%):</u> Escolaridade: 35,8% (0-4 anos); 62,9% (≥ 12 anos) Situação do domicílio: 47,6% (urbana); 30,2% (zona rural) <u>Consumo adequado de frutas e vegetais (13,9%):</u> Idade: 18,6% (18-24 anos); 35,1% (≥65 anos) Escolaridade: 17,1% (0-4 anos); 39,9% (≥ 12 anos) Situação do domicílio: 25,3% (urbana); 14,1% (zona rural) • Fatores associados no sexo masculino: <u>Consumo diário de frutas (25,5%):</u> Idade: 25,4% (18-24 anos); 33,1% (≥65 anos) Escolaridade: 20,2% (0-4 anos); 40,7% (≥ 12 anos) Situação do domicílio: 27,6% (urbana); 15,0% (zona rural) <u>Consumo diário de vegetais (36,7%):</u> Idade: 32,8% (18-24 anos); 39,2% (≥65 anos) Escolaridade: 28,5% (0-4 anos); 52,2% (≥ 12 anos) Situação do domicílio: 37,9% (urbana); 26,5% (zona rural) <u>Consumo adequado de frutas e vegetais (12,9%):</u> Idade: 11,9% (18-24 anos); 14,8% (≥65 anos) Escolaridade: 8,0% (0-4 anos); 20,7% (≥ 12 anos) Situação do domicílio: 13,2% (urbana); 6,4% (zona rural).

Quadro 3 (continuação). Descrição dos artigos sobre consumo alimentar/ qualidade da alimentação realizados na zona urbana. (n=20)

Descrição	Objetivos	Delineamento, Amostra	Instrumento dietético, Alimentos avaliados	Principais resultados
Zona urbana				
Autores: MUNIZ <i>et al</i> Ano de publicação: 2012 País/Cidade: Brasil/ Pelotas-RS Revista: Revista de Saúde Pública <i>“Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil”</i>	Estimar a prevalência e identificar fatores associados ao acúmulo de comportamentos de risco para doenças cardiovasculares entre adultos	Transversal de base populacional, 2.732 maiores de 18 anos	Questionário semiestruturado, * <u>Consumo habitual de gordura aparente da carne: obtido por duas perguntas:</u> “O (a) Sr.(a) tira a gordura da carne antes de comer? (sim; não)” e “O (a) Sr.(a) tira a pele do frango antes de comer? (sim; não)”; * <u>Consumo diário de embutidos e carne vermelha:</u> * <u>Consumo diário de leite integral: obtido por quatro perguntas:</u> “O (a) Sr.(a) costuma tomar algum tipo de leite? (sim; não)”; “Qual o leite que o (a) Sr.(a) costuma tomar? (vaca, cabra, soja ou outro)”; “Quando o (a) Sr.(a) toma leite de vaca, qual o tipo que costuma tomar? (integral, semidesnatado ou desnatado)”; “Pense na última semana. Desde <dia da semana> passada até hoje em quantos dias o (a) Sr.(a) tomou leite? (zero a sete)”.	- Consumo habitual de gordura aparente da carne 52,3%; - Consumo diário de leite integral 22,3%; - Consumo diário de embutidos 16,6%; - Consumo diário de carne vermelha 14,8%; - Não se observou diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres em relação ao consumo diário de embutidos, carne vermelha ou leite integral. Apenas se observou diferença estatisticamente significativa para o consumo habitual de gordura aparente da carne ($p < 0,001$): - Homens 66,7%; mulheres 41,8%.
Autores: VIEBIG <i>et al</i> Ano de publicação: 2009 País/Cidade: Brasil/ São Paulo-SP Revista: Revista de Saúde Pública <i>“Consumo de frutas e hortaliças por idosos de baixa renda na cidade de São Paulo”</i>	Estimar os fatores socioeconômicos e sociodemográficos associados ao consumo de cinco porções de frutas e hortaliças, recomendado pela OMS, por idosos residentes em áreas de baixa renda, identificando as principais frutas e hortaliças que compõem a dieta desta população.	Transversal de base populacional, 2.066 idosos de 60 anos ou mais	QFA semiquantitativo, “Parte do QFA que representava os grupos de “verduras e legumes”, com dez itens, e “frutas e sucos naturais”, com 17 itens alimentares, as opções de resposta para a frequência de consumo de cada item alimentar da lista: nunca ou menos de uma vez por mês, uma a três vezes por mês, uma vez por semana, duas a quatro vezes por semana, cinco a seis vezes por semana, uma vez por dia, uma a três vezes por dia, quatro a cinco vezes por dia, e seis ou mais vezes por dia.” Foi avaliado o consumo não diário de frutas e hortaliças”, “consumo diário de frutas e hortaliças” e “consumo recomendado de frutas e hortaliças” (cinco ou mais porções/dia).	- Idosos que consumiram cinco ou mais porções de frutas e hortaliças ao dia somaram 19,8% (IC 95%:18,1;21,5). - O consumo recomendado de frutas e hortaliças aumentou significativamente <u>Escolaridade:</u> 1a 3 anos (OR: 1,40 - IC95%: 0,89;1,59); 4 anos ou mais (OR: 2,99 - IC95%: 2,02;4,40). <u>Renda:</u> R\$ 481,00 – R\$ 720,00 (OR: 1,46 - IC95%: 0,93;2,29) R\$ $\geq$721,00 (OR: 1,23 - IC95%: 0,77;1,97)

Quadro 3 (continuação). Descrição dos artigos sobre consumo alimentar/ qualidade da alimentação realizados na zona urbana. (n=20)

Descrição	Objetivos	Delineamento, Amostra	Instrumento dietético, Alimentos avaliados	Principais resultados
Zona urbana				
Autores: MUNIZ <i>et al</i> Ano de publicação: 2013 País/Cidade: Brasil/ Pelotas-RS Revista: Revista Ciência & Saúde Coletiva <i>“Consumo de leite e derivados entre adultos e idosos no Sul do Brasil: um estudo de base populacional”</i>	Estimar a frequência de ingestão de diferentes tipos de leite e de derivados lácteos e o perfil dos consumidores, em uma amostra representativa de adultos e idosos residentes na zona urbana do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil	Transversal de base populacional, 3.059 maiores de 18 anos	Questionário semiestruturado, 1. “O(a) Sr.(a) costuma tomar algum tipo de leite?”. Se sim: 2. “Pense na última semana. Desde <dia da semana> passada até hoje, em quantos dias o(a) Sr.(a) tomou leite?”. 3. “O(a) Sr.(a) costuma consumir queijo, iogurte, requeijão ou nata?”. Se sim: 4. “Pense na última semana. Desde <dia da semana> passada até hoje, em quantos dias o(a) Sr.(a) consumiu queijo, iogurte, requeijão ou nata?”.	• Consumo diário de leite e derivados foi de 45,9% (IC95% 42,8;48,9); • Fatores associados ao consumo diário de leite e derivados: ○ <u>Sexo</u>: mulheres 51,4%; homens 38,3%; ○ <u>Cor da pele</u>: branca 49,0%; não branca 32,4%; ○ <u>Idade</u>: 60 anos ou mais 64,4%; 20 a 29 anos 38,8%; ○ <u>Escolaridade</u>: 0-4 anos 42,5%; 12 anos ou mais 62,9%; ○ <u>Nível econômico (ABEP)</u>: A/B 66,5; D/E 36,5%; • Quanto ao consumo de leite integral, uma maior prevalência foi observada entre os homens (81,3%), os indivíduos mais jovens (80,4%), e aqueles de menor nível econômico (83,0%) e com menor escolaridade (80,4). • Com relação ao consumo de leite desnatado, maiores prevalências foram observadas entre as mulheres (23,2%), os indivíduos com 60 anos ou mais (25,5%), naqueles de melhor nível econômico (29,7%) e nos com maior nível de escolaridade (30,0%).

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

Quadro 3 (continuação). Descrição dos artigos sobre consumo alimentar/ qualidade da alimentação realizados na zona urbana. (n=20)

Descrição	Objetivos	Delineamento, Amostra	Instrumento dietético, Alimentos avaliados	Principais resultados
Zona urbana				
Autores: <i>VINHOLES et al</i> Ano de publicação: 2009 País/Cidade: Brasil/ Pelotas-RS Revista: Cadernos de Saúde Pública <i>“Frequência de hábitos saudáveis de alimentação medidos a partir dos 10 Passos da Alimentação Saudável do Ministério da Saúde. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil”</i>	Medir a frequência dos 10 Passos para a Alimentação Saudável na população adulta de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, além de avaliar a influência de variáveis demográficas e sócio-econômicas na execução dos mesmos	Transversal de base populacional, 3.136 adultos com 20 anos ou mais	Questionário semiestruturado, <i>“Pense sobre sua alimentação no último ano. Desde [mês] do ano passado, com que frequência o(a) Sr(a) comeu cada um dos seguintes alimentos?”</i> “frutas, verduras e legumes”; “feijão”; “alimentos gordurosos” e “doces”;	• <u>Consumo diário de frutas, legumes e verduras:</u> (57,5% – IC95%: 55,7-59,2); ○ Sexo: masculino (48,8%); feminino (64,2%); ○ Idade (anos): 20-39 anos (51,7%); 40-59 anos (59,0%); 60 anos ou mais (67,5%); ○ Escolaridade (anos): até 4 (51,6%); 5-8 (53,4%); 9-11 (62,9%); 12 ou mais(68,2%). • <u>Consumo de feijão pelo menos uma vez por dia, no mínimo quatro vezes por semana:</u> (71,1% - IC95%: 69,5-72,7); ○ Sexo: masculino (77,88%); feminino (65,92%); ○ Idade (anos): 20-39 anos (72,0%); 40-59 anos (72,2%); 60 anos ou mais (66,8%); ○ Escolaridade (anos): até 4 (81,1%); 5-8 (78,9%); 9-11 (64,2%); 12 ou mais (52,3%). • <u>Consumo de alimentos gordurosos, como carnes com gordura aparente, salsicha, mortadela, frituras e salgadinhos no máximo uma vez por semana:</u> (49,3% - IC95%: 47,5-51,1); ○ Sexo: masculino (36,4%); feminino (59,4%); ○ Idade (anos): 20-39 anos (35,1%); 40-59 anos (55,7%); 60 anos ou mais (69,0%); • <u>Consumo de doces, bolos, biscoitos e outros alimentos ricos em açúcar no máximo duas vezes por semana:</u> (59,0% - IC95%: 57,3-60,7); ○ Idade (anos): 20-39 anos (54,9%); 40-59 anos (62,7%); 60 anos ou mais (60,8%); ○ Escolaridade (anos): até 4 (64,0%); 5-8 (60,2%); 9-11 (54,7%); 12 ou mais (52,3%).

Quadro 3 (continuação). Descrição dos artigos sobre consumo alimentar/ qualidade da alimentação realizados na zona urbana. (n=20)

Descrição	Objetivos	Delineamento, Amostra	Instrumento dietético, Alimentos avaliados	Principais resultados
Zona urbana				
Autores: SCHNEIDER <i>et al</i> Ano de publicação: 2014 País/Cidade: Brasil/ Pelotas-RS Revista: Revista Ciência & Saúde Coletiva <i>“Consumo de carnes por adultos do sul do Brasil: um estudo de base populacional”</i>	Descrever o consumo de carnes, principalmente na cidade de Pelotas/RS, assim como identificar o hábito de consumir carnes com excesso de gordura	Transversal de base populacional, 2.732 adultos com 20 anos ou mais	<i>QFA qualitativo,</i> Investigou-se sobre o consumo de diferentes tipos de carne, bem como a frequência de consumo de cada tipo: vermelha com osso (costela, agulha ou paleta), vermelha sem osso (bife ou pedaços), vermelha sem osso (carne moída ou guisado), frango ou galinha, peixes frescos ou enlatados (sardinha e atum) ou camarão, embutidos (linguiça, salsicha, presunto, mortadela, salame...) e vísceras ou miúdos (coração, fígado, moela...). O hábito de consumir carnes com excesso de gordura foi investigado a partir do questionamento: O (a) Sr. (a) tira a gordura da carne vermelha antes de comer? e O (a) Sr. (a) tira a pele do frango antes de comer?	- Frequência de consumo <u>Carne vermelha</u>: Consumo diário (14,8%); 4 a 6 vezes/semana (21,8%); <u>Frango</u>: Consumo diário (5,1%); 4 a 6 vezes/semana (10,7%); <u>Peixes</u>: Consumo diário (4,0%); 4 a 6 vezes/semana (0,9%); <u>Embutidos</u>: Consumo diário (16,6%); 4 a 6 vezes/semana (10,1%);
Autores: LOUREIRO <i>et al</i> Ano de publicação: 2013 País/Cidade: Brasil/ Cuiabá-MT Revista: Revista de Nutrição <i>“Diet quality in a sample of adults from Cuiabá (MT), Brazil: Association with sociodemographic factors”</i>	Analisar a qualidade da dieta e identificar fatores associados em adultos residentes na área urbana de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.	Transversal 195 adultos de 20 a 50 anos	QFA, “Foram avaliados 75 itens alimentares. As frequências de entrada descritos na QFA foram convertidos em frequências. Após foi avaliado a qualidade da dieta pelo IQD-R, esse índice se consistiu de pontos atribuídos a doze componentes que caracterizam diferentes aspectos nutricionais: nove componentes são grupos de alimentos; dois são nutrientes (sódio e gordura saturada); e um é o percentual de energia da dieta proveniente de Sólido Gorduras, bebidas alcoólicas, e açúcares adicionados”.	- A média do IQD-R foi de 75,2 pontos (IC95%: 74,2-76,1), com diferença estatisticamente significativa entre os sexos (p=0,03). - As mulheres obtiveram melhor pontuação para <u>frutas</u> inteiras e sódio (p<0,01). - A regressão de Poisson entre alta as variáveis independentes IQD-R e mostraram que apenas as variáveis sociodemográficas foram associados com escores IQD-R elevados. Aseram duas vezes mais propensos a ter uma alta IQD-R (OR= 2,00; IC95% = 1,08-3,69). Outros fatores associados à alta IQD-R foram: <u>idade</u> > 30 anos (OR = 2,07; IC95% = 1,09-3,93) e pertencente a uma das famílias cujo chefe tinha 8 anos ou <u>mais de educação</u> formal (OR = 2,21; IC95% = 1,07-4,92), independentemente de outros fatores.

IQD-R: Índice de Qualidade da Dieta Revisado

Quadro 3 (continuação). Descrição dos artigos sobre consumo alimentar/ qualidade da alimentação realizados na zona urbana. (n=20)

Descrição	Objetivos	Delineamento, Amostra	Instrumento dietético, Alimentos avaliados	Principais resultados
Zona urbana				
Autores: MORIMOTO <i>et al</i> Ano de publicação: 2008 País/Cidade: Brasil/ São Paulo-SP Revista: Cadernos de Saúde Pública <i>“Fatores associados à qualidade da dieta de adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, 2002”</i>	Avaliar a qualidade da dieta de adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, e seus fatores associados	Transversal de base populacional, 1.840 adultos com 20 anos ou mais	Recordatório de 24 horas, “Para avaliação da qualidade da dieta, foi utilizado o IQD adaptado. O IQD foi modificado com a inclusão do grupo das leguminosas no lugar do componente gordura saturada, pois o feijão é um alimento de consumo habitual no Brasil. Dessa forma, os seis primeiros componentes deste índice são representados pelos grupos de alimentos, três componentes são representados pelos nutrientes gordura total, colesterol e sódio, e o último, pela variedade da dieta”.	• A média do IQD foi de 60,42 pontos (IC95%:59,33-61,50), com variação de 13,89 a 92,32 pontos. • Ao classificar os indivíduos em categorias do IQD, observou-se que 4% tinham dieta saudável, 75% dieta que necessitava de modificações e 21% dieta inadequada. • Os valores médios de pontos dos diferentes componentes do IQD apresentaram-se baixos para os grupos frutas, verduras e legumes, leite e produtos lácteos; • Na análise de regressão linear simples entre o IQD e as variáveis independentes, houve correlação estatisticamente significativa para indivíduos do sexo <u>masculino</u>, com idade maior ou igual a <u>60 anos</u>, com <u>maior escolaridade</u> e possuidores de maior número de bens de consumo duráveis.
Autores: ASSUMPÇÃO <i>et al</i> Ano de publicação: 2014 País/Cidade: Brasil/ Campinas-SP Revista: Cadernos de Saúde Pública <i>“Qualidade da dieta e fatores associados entre idosos: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil”</i>	Avaliar a qualidade global da dieta de idosos de 60 anos e mais, residentes no Município de Campinas, São Paulo, Brasil, segundo variáveis sociodemográficas, de comportamentos de saúde e morbidades.	Transversal de base populacional, 1.509 adultos com 60 anos ou mais	Recordatório de 24 horas (ISA-Camp 2008), <u>Qualidade da dieta</u> foi derivada do IQD-R é constituído por 12 componentes: nove relativos a grupos de alimentos (frutas totais; frutas integrais; vegetais totais; vegetais verdes-escuros e alaranjados e leguminosas; cereais totais; cereais integrais; leite e derivados; carnes, ovos e leguminosas; óleos), dois referentes a nutrientes (sódio e gordura saturada) e um que avalia o percentual energético proveniente das gorduras, saturada e <i>trans</i>, álcool e açúcar de adição	• A média estimada de pontos do IQD-R foi de 62,4 (IC95%: 61,7-63,1); • Os componentes do IQD-R com piores pontuações foram os cereais integrais, sódio, leite e derivados, frutas totais e frutas integrais; • Escores significativamente inferiores foram detectados entre idosos que residiam em domicílios com três ou mais moradores, comparados aos que relataram morar sozinhos ou com apenas um outro morador; entre os fumantes e os que viviam em residências onde o tabagismo era permitido livremente • Entre os que ingeriam bebidas alcoólicas, foi observado gradiente de piora dos escores com o aumento da frequência de consumo.

ISA: Inquérito de Saúde no Município de Campinas; **IQD-R:** Índice de Qualidade da Dieta Revisado

Quadro 3 (continuação). Descrição dos artigos sobre consumo alimentar/ qualidade da alimentação realizados na zona urbana. (n=20)

Descrição	Objetivos	Delineamento, Amostra	Instrumento dietético, Alimentos avaliados	Principais resultados
Zona urbana				
Autores: BRASIL Ano de publicação: 2015 País/Cidade: Brasil/ 26 estados brasileiros e no Distrito Federal Revista: Ministério da Saúde <i>“VIGITEL BRASIL 2014 - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças Crônicas por inquérito telefônico”</i>	Monitorar por inquérito telefônico a frequência e distribuição dos principais determinantes das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	Pesquisa Nacional, 26 estados brasileiros e no Distrito Federal com 40.853 adultos maiores de 18 anos	Questionário semiestruturado, “Consumo regular (cinco ou mais dias da semana) de frutas e hortaliças, doces, feijão, refrigerante, consumo de carne ou frango com excesso de gordura e consumo de leite com teor integral de gordura”.	• <u>Consumo regular de frutas e hortaliças (36,5%)</u>: menor consumo entre homens (29,4%) do que em mulheres (42,5%). Para ambos os sexos, o consumo regular de frutas e hortaliças tendeu a aumentar com a idade. Foi, ainda, maior entre os indivíduos com 12 ou mais anos de estudo para ambos os sexos; • <u>Consumo de carne ou frango com excesso de gordura (29,4%)</u>: quase duas vezes mais frequente em homens (38,4%) do que em mulheres (21,7%). Em ambos os sexos, a frequência do consumo de carnes com excesso de gordura tende a diminuir com o aumento da faixa etária, sem grandes diferenças segundo escolaridade; • <u>Consumo de leite integral (52,9%)</u>: maior consumo entre homens (55,7%) do que entre mulheres (50,4%). Em ambos os sexos, o consumo de leite integral tendeu a diminuir com o aumento da idade, ate os 64 anos. Menores frequências foram encontradas nos adultos com 12 anos e mais de estudo; • <u>Consumo regular de doces (18,1%)</u>: maior consumo entre mulheres (20,3%) do que entre homens (15,6%). Em ambos os sexos, a frequência e maior entre os mais jovens (18 a 24 anos) e tendeu a aumentar de acordo com o nível de escolaridade; • <u>Consumo regular de refrigerante (20,8%)</u>: maior consumo entre homens (23,9%) do que entre mulheres (18,2%). Em ambos os sexos, o consumo regular de refrigerantes tendeu a diminuir com a idade e foi maior entre os indivíduos com escolaridade intermediaria (9 a 11 anos de estudo); • <u>Consumo regular de feijão (66,1%)</u>: maior consumo entre homens (72,7%) do que entre mulheres (60,5%). Em ambos os sexos, tendeu a diminuir com o aumento do nível de escolaridade e, para os homens, foi maior na faixa etária de 18 a 24 anos.

Quadro 3 (continuação). Descrição dos artigos sobre consumo alimentar/ qualidade da alimentação realizados na zona urbana. (n=20)

Descrição	Objetivos	Delineamento, Amostra	Instrumento dietético, Alimentos avaliados	Principais resultados
Zona urbana				
Autores: SANTOS <i>et al</i> Ano de publicação: 2014 País/Cidade: Brasil/ Pelotas-RS Revista: Dissertação de Mestrado <i>“Baixa qualidade da dieta de idosos: estudo de base populacional”</i>	Identificar os fatores associados à baixa qualidade da dieta dos idosos	Transversal de base populacional, 1.426 idosos com 60 anos ou mais	Questionário semiestruturado (questionário de frequência alimentar reduzido), “Foi perguntado a frequência de consumo na semana anterior de arroz e feijão, carne, frango, peixe ou ovos, doces ou tomou refrigerantes e sucos de caixinha/pacote, frituras, alimentos integrais, alimentos em conserva, embutidos ou enlatados, produtos congelados e prontos para o consumo, lanches, leite e derivados, legumes e verduras, frutas” Para determinar a qualidade da dieta dos idosos foi desenvolvido um escore denominado índice de qualidade da dieta de idosos (IQD-I).	• <u>Consumo regular</u>: arroz e feijão (71,7%); alimentos integrais (26,1%); legumes e verduras (56,6%); frutas (70,8%); carne (94,5); leite e derivados (67,4); doces, refrigerante e sucos (40,3%); frituras (4,7%); conservas, embutidos, enlatados (8,4%); congelados (0,1%); • A média de pontos do IQD-I foi de 24,2 (DP=3,8) e a mediana foi de 24,0, com amplitude de valores entre 11 e 33 pontos; • O tercil de baixa qualidade da dieta apresentou pontuação entre 11 e 22; o tercil de qualidade média apresentou pontuação entre 23 e 26; e o tercil de boa qualidade apresentou pontuação entre 27 e 33; • Menos de 1% dos idosos alcançou a pontuação máxima do IQD-I, isto é, consumiu diariamente os alimentos considerados saudáveis e não consumiu os alimentos não saudáveis; • Fatores associados com baixa qualidade da dieta: ○ <u>Sexo</u>: Homens apresentaram quase duas vezes mais chance de terem dieta de baixa qualidade do que as mulheres; ○ <u>Escolaridade</u>: na medida em que esta diminui, aumenta a chance de ter dieta de baixa qualidade; ○ <u>Problemas financeiros</u>: relataram ter problemas financeiros que prejudicam na compra de alimentos apresentaram 2,2 vezes maior chance de terem dieta de baixa qualidade do que aqueles que não referem o mesmo problema; ○ <u>Estado nutricional</u>: Aqueles com baixo peso apresentaram 2,3 vezes mais chance de terem dieta de baixa qualidade comparados a indivíduos com peso adequado;

Quadro 4. Descrição dos artigos sobre consumo alimentar/ qualidade da alimentação realizados na zona urbana e rural. (n=5)

Descrição	Objetivos	Delineamento, Amostra	Instrumento dietético, Alimentos avaliados	Principais resultados
Zona urbana e rural				
Autores: ABE <i>et al</i> Ano de publicação: 2013 País/Cidade: países da ex-União Soviética Revista: Public health nutrition <i>“Changing patterns of fruit and vegetable intake in countries of the former Soviet Union”</i>	Avaliar a mudanças da frequência de baixo consumo de frutas e hortaliças nos países da ex-União Soviética, entre 2001 e 2010 e identificar fatores associados com baixo consumo.	Transversal de base populacional, 18.000 adultos maiores de 18 anos	Questionário semiestruturado (“Quantas vezes na semana passada você já comeu frutas / legumes (exceto batata)? diariamente / quase diariamente; várias vezes por semana; uma vez por semana e menos de uma vez por semana) Foi considerado como <u>dieta inadequada</u>: o consumo de uma vez por semana ou menos de uma vez por semana.	- Fatores associados ao consumo inadequado de frutas (40%): - Sexo: homens (39,7% - OR 1,10); mulheres (37,3%); - Idade - anos: 18-39 (32,6%); 40-59 (40,8% - OR 1,23); 60 ou mais (48,3% - OR 1,37); - Situação do domicílio: urbano (32,8%); rural (46,8% - OR 1,59) - Fatores associados ao consumo inadequado de vegetais (20%): - Situação do domicílio: urbano (23,6%); rural (32,7% - OR 1,37); - No geral os fatores associados com de consumo inadequado de frutas e vegetais foram: situação sócio-econômica pior, comportamentos negativos de saúde (tabagismo e consumo de álcool) e residência rural.
Autores: DEAN e SHARKEY Ano de publicação: 2011 País/Cidade: EUA/ Texas Revista: Journal Nutrition Education Behaviors <i>“Rural and Urban Differences in the Associations between Characteristics of the Community Food Environment and Fruit and Vegetable Intake”</i>	Determinar a extensão da inadequação alimentar da família e da comunidade, e identificar as características sociodemográficas das famílias, e da comunidade influenciam o consumo de FLV em ambos os ambientes alimentares urbanas e rurais.	Transversal de base populacional, 2,260 adultos maiores de 18 anos	Questionário semiestruturado - Pesquisa Brazos Vale Saúde (BVHA) e 2006 Brazos Vale Meio Ambiente Projeto de Alimentos (BVFE); (“Quantas porções de frutas que você costuma comer todos os dias (a porção = ½ xícara de frutas ou ¾ copo de suco de frutas)? “e” quantas porções de legumes você costuma comer todos os dias (a porção = ½ xícara de cozidos ou 1 xícara de vegetais crus)?”) Ambos os itens foram somados para derivar uma medida geral do consumo de FLV.	- Consumo diário de frutas e verduras: 3,6 porções na zona urbana 3,3 porções na zona rural. - Fatores associados com maior consumo de FLV: sexo feminino e aumento da idade Fatores associados com menor consumo de FLV: preço de FLV, residência rural, comida não duradoura, não ser capaz de pagar as refeições equilibradas, pular ou omitir refeições.

Quadro 4 (continuação). Descrição dos artigos sobre consumo alimentar/ qualidade da alimentação realizados na zona urbana e rural. (n=5)

Descrição	Objetivos	Delineamento, Amostra	Instrumento dietético, Alimentos avaliados	Principais resultados
Zona urbana e rural				
Autores: ESTEGHAMATI <i>et al</i> Ano de publicação: 2012 País/Cidade: Irã Revista: British Journal of Nutrition <i>“Patterns of fruit and vegetable consumption among Iranian adults: a SuRFNCD-2007 study”</i>	Investigar o padrão de consumo de frutas e verduras na população adulta iraniana	Transversal de base populacional, 2,260 adultos maiores de 18 anos	Questionário semiestruturado - Vigilância Terceiro Nacional de Fatores de Risco de Doenças Não-transmissíveis no Irã (SuRFNCD-2007); “Em uma semana típica, em quantos dias você come fruta?”; “Quantas porções de frutas que você come em um daqueles dias?”; “Em uma semana típica, em quantos dias você comer legumes?”; “Quantas porções de vegetais que você come em um daqueles dias?”	• Consumo médio semanal de frutas (4,33 dias) e vegetais (4,68 dias) • Consumo diário de frutas (31,6%) e vegetais (38,1%); • Fatores associados ao consumo semanal de frutas: • Idade ($p=0,024$): indivíduos mais jovens, entre 25-34 anos consomem mais vezes (4,32 dias/semana) do que indivíduos na categoria de 55-64 (4,02 dias/semana); • Situação do domicílio ($p < 0,001$): moradores da zona urbana consomem mais vezes (4,53 dias/semana) do que moradores da zona rural (3,65 dias/semana); • Fatores associados ao consumo semanal de vegetais: • Idade ($p=0,008$): não ocorreu uma tendência no consumo de acordo com a idade, porém indivíduos entre 45-54 anos consomem mais vezes (4,87 dias/semana) do que indivíduos entre 25-34 (4,56 dias/semana); • Sexo ($p < 0,001$): mulheres consomem mais vezes (4,87 dias/semana) do que homens (4,49 dias/semana).

Quadro 4 (continuação). Descrição dos artigos sobre consumo alimentar/ qualidade da alimentação realizados na zona urbana e rural. (n=5)

Descrição	Objetivos	Delineamento, Amostra	Instrumento dietético, Alimentos avaliados	Principais resultados
Zona urbana e rural				
Autores: DESTRI <i>et al</i> Ano de publicação: 2014 País/Cidade: Brasil/ Nova Boa Vista-RS Revista: Dissertação de Mestrado <i>“Marcadores de Consumo Alimentar de Hipertensos e Diabéticos em uma cidade do sul do Brasil”</i>	Avaliar a frequência de consumo dos marcadores de alimentação saudável e não saudável em indivíduos hipertensos e diabéticos do município de Nova Boa Vista, RS, Brasil	Transversal, 422 adultos maiores de 20 anos	Questionário proposto pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), “Nos últimos sete dias quantas vezes o(a) Senhor(a) consumiu salada crua?; A mesma pergunta era feita para legumes cozidos; frutas frescas ou salada de frutas; feijão; leite ou iogurte; batata frita de pacote e salgados fritos; hambúrguer e embutidos; bolachas, biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote; bolachas, biscoitos doces ou recheados, doces balas e chocolates; e, refrigerantes. Para todas as perguntas as opções de resposta em relação à frequência variava de zero a sete vezes na semana”.	• Consumo regular de: salada crua (69%); legumes cozidos (26%); frutas (80,3%); feijão (40,8%); lácteos (66,1%); frituras (6,4%); embutidos (45,1%); salgados (10,9%); doces (31,5%) e refrigerante (2,3%); • Fatores associados: ○ <u>Consumo adequado de salada:</u> autopercepção de saúde (excelente/boa – 65,7%; regular/ruim – 55,5%), tempo de HAS (< 10 anos – 68,2%; ≥ 10 anos – 54,7%); ○ <u>Consumo adequado de legumes cozidos:</u> nenhum fator associado; ○ <u>Consumo adequado de frutas:</u> sexo (homens – 65,3%; mulheres – 78,0%), zona de residência (urbana – 53,9%; rural – 79%), renda familiar (≤ 3,0 SM – 64,2%; 3,1-6,0 SM – 82,3%; >6,0 SM – 73,0%), recebeu recomendação (não – 65,4%; sim – 76,4); ○ <u>Consumo adequado de feijão:</u> nenhum fator associado; ○ <u>Consumo adequado lácteos:</u> nenhum fator associado; ○ <u>Consumo adequado de frituras:</u> sexo (homens – 49,7%; mulheres – 62,3%), zona de residência (urbana - 68,6%; rural – 53,7%); ○ <u>Consumo adequado de embutidos:</u> sexo (homens – 17,4%; mulheres – 53,6,9%), renda familiar (≤ 3,0 SM – 36,8%; 3,1-6,0 SM – 19,3%; >6,0 SM – 29,1%); ○ <u>Consumo adequado de salgados:</u> sexo (homens – 72,5%; mulheres – 62,3%), situação conjugal (com companheiro – 57,3%; sem companheiro – 70,1%), zona de residência (urbana – 74,5%; rural – 63,7%); ○ <u>Consumo adequado de doces:</u> zona de residência (urbana – 49%; rural – 34,7%), morbidade presente (HAS apenas – 35,6%; DM apenas – 50,0; HAS + DM – 52,9%) ○ <u>Consumo adequado de refrigerante:</u> sexo (homens – 70,7%; mulheres – 80%).

Quadro 4 (continuação). Descrição dos artigos sobre consumo alimentar/ qualidade da alimentação realizados na zona urbana e rural. (n=5)

Descrição	Objetivos	Delineamento, Amostra	Instrumento dietético, Alimentos avaliados	Principais resultados
Zona urbana e rural				
Autores: IBGE Ano de publicação: 2014 País/Cidade: Brasil Revista: <i>IBGE</i> <i>“PNS 2013 – Pesquisa Nacional de Saúde”</i>	Avaliar informações sobre percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas constitui material de destaque nesta publicação, com corte regional para Brasil, Grandes regiões e Unidades da Federação.	Pesquisa Nacional, com adultos de 18 anos ou mais	Questionário semiestruturado, “Consumo regular (cinco ou mais dias em uma semana) de feijão, doces e refrigerante, consumo recomendado (cinco porções diárias) de frutas e hortaliças e consumo de carne ou frango com excesso de gordura e leite integral”	• <u>Consumo recomendado de frutas e hortaliças (37,3%):</u> ○ Situação do domicílio: rural (31,2%); urbana (38,2%) ○ Sexo: mulheres (67,6%); homens (76,8%) ○ Idade: 18 a 24 anos (33,7%); 60 anos ou mais (40,1%) ○ Nível de instrução: nível superior completo (45,9%); sem instrução e fundamental incompleto (33,0%) • <u>Consumo regular de feijão (71,9%):</u> ○ Situação do domicílio: rural (76,3%); urbana (71,2%) ○ Sexo: mulheres (39,4%); homens (34,8%) ○ Idade: 18 a 24 anos (71,8%); 60 anos ou mais (71,3%) ○ Nível de instrução: nível superior completo (54,9%); sem instrução e fundamental incompleto (77,3%) • <u>Consumo de carne ou frango com excesso de gordura (37,2%):</u> ○ Situação do domicílio: rural (45,8%); urbana (35,8%) ○ Sexo: mulheres (28,3%); homens (47,2%) ○ Idade: 18 a 24 anos (39,9%); 60 anos ou mais (28,2%) ○ Nível de instrução: nível superior completo, a frequência (26,79%); sem instrução e fundamental incompleto (40,0%) • <u>Consumo de leite integral (60,6%):</u> ○ Situação do domicílio: rural (62,2%); urbana (60,4%) ○ Sexo: mulheres (59,7%); homens (61,6%) • <u>Consumo regular de refrigerante (23,4%):</u> ○ Situação do domicílio: rural (13,5%); urbana (24,9%) ○ Sexo: mulheres (20,5%); homens (26,6%) • <u>Consumo de doces regularmente (21,7%):</u> ○ Situação do domicílio: rural (19,5%); urbana (22,0%) ○ Sexo: mulheres (22,4%); homens (20,9%) ○ Idade: 18 a 24 anos (32,0%); 60 anos ou mais (17,2%) ○ Nível de instrução: nível superior completo (27,4%) sem instrução e fundamental incompleto (16,7%).

3. MARCO TEÓRICO

3. Marco teórico

A transição demográfica, reconhecida pelo crescimento acentuado na proporção de idosos (≥ 60 anos), aconteceu em razão da redução nas taxas de fecundidade e de mortalidade, bem como pelo um aumento da expectativa de vida (BONGAARTS 2009). Já a transição epidemiológica, definida pela redução dos óbitos por doenças infecciosas e aumento das mortes causadas por doenças crônicas não transmissíveis, entre elas, doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas (SCHRAMM, OLIVEIRA et al. 2004; CAVALINI and LEON 2008; GOULART 2011).

Ainda nesse cenário destaca-se a transição nutricional caracterizada pela redução da desnutrição, e aumento significativo do excesso de peso (STANDING COMMITTEE ON NUTRITION 2006), a qual integra os processos de transição demográfica e epidemiológica (OLINTO 2007), visto que a transição nutricional “é um processo de modificações sequenciais no padrão de nutrição e consumo, que acompanham mudanças econômicas, sociais e demográficas, e do perfil de saúde das populações” (POPKIN 1993).

Alguns fatores relacionados à modernidade podem ter influenciado ou determinado às modificações observadas na alimentação dos brasileiros, principalmente referente à ampliação do comércio e a inserção da mulher no mercado de trabalho (FONSECA, DE SOUZA et al. 2011).

Diante disso, é importante avaliar a influência do gênero na alimentação, pois a atividade profissional fora domicílio da mulher, pode ter ocasionado mudanças no cotidiano da família. Essas mudanças podem estar relacionadas com o aumento das refeições feitas fora de casa, que ocasionam diminuição no compartilhamento das refeições em família, aumento do consumo de alimentos industrializados, bem como o aumento no tamanho das porções. Com isso, ocorreram transformações na qualidade da dieta, devido às preparações com alta densidade calórica, ricas em gordura e açúcar e pobres em micronutrientes (BARRETO and al 2005; BRASIL 2005; BRASIL 2012).

Os fatores demográficos e socioeconômicos atuam como determinantes distais no consumo alimentar. Entre esses fatores se destacam a idade, o sexo, a cor da pele, renda e escolaridade. Indivíduos mais velhos podem ser mais motivados a seguir uma alimentação saudável, tornando-se mais conscientes sobre sua saúde

e melhorando a dieta para controle ou prevenção das doenças crônicas (HIZA 2013). Geralmente, as mulheres valorizam uma dieta com consumo de alimentos saudáveis, bem como possuem maior controle do estado nutricional (WESTENHOEFER 2005). A renda familiar e a escolaridade são fatores correlacionados, com isso, exercem efeitos semelhantes sobre o consumo alimentar. Indivíduos com maior escolaridade, em geral, possuem maior renda e por isso, podem ter maior acesso aos serviços de saúde, a alimentos saudáveis e a informações nutricionais (ZART and al. 2010). Ainda, vale ressaltar que o tipo de cultivo, influencia o padrão alimentar, pois, especialmente na agricultura familiar, onde é frequente o cultivo de subsistência associado ao cultivo para comercialização, a disponibilidade de alimentos diversificados é maior do que na monocultura ou em culturas que não são alimentos como o fumo.

A mídia, fatores culturais e políticas públicas sociais de alimentação e nutrição se destacam como outros determinantes distais no consumo alimentar. A publicidade pode ser considerada o maior recurso persuasivo da população já que é um dos maiores, se não o maior canal de comunicação entre as pessoas (MARINS 2011). Os fatores culturais podem influenciar o consumo alimentar, como, por exemplo, a religião já que em algumas existem proibições alimentares, local de moradia também ser considerado um fator (rural, urbano, região do país) principalmente na zona rural já que é comum as famílias darem aos vizinhos e parentes os alimentos que "sobram" (TORAL and SLATER 2007; MENASCHE, MARQUES et al. 2008; ROSSI and al. 2008). Já as políticas públicas sociais de alimentação e nutrição influenciar o conhecimento sobre atitudes saudáveis (BRASIL 2012).

Já o estado nutricional e de saúde são considerados como determinantes intermediários no consumo alimentar. Alguns indivíduos após o aparecimento de alguma doença crônica, como a obesidade tende a mudar a alimentação de forma positiva (DALLONGEVILLE 1998; BERNSTEIN and MUNOZ 2012). Situações de saúde aumentam a procura pelos serviços de saúde, possibilitando o recebimento de orientações (ZART and al. 2010), aumento o conhecimento sobre atitudes saudáveis. O maior conhecimento em nutrição está positivamente relacionado a um consumo maior de alimentos saudáveis (FITZGERALD 2008; MILLER and CASSADY 2012).

3.1. Modelo teórico hierarquizado

O modelo teórico hierarquizado do presente estudo encontra-se demonstrado na figura 1, o qual descreve as estruturas dos determinantes do desfecho, de modo a orientar a análise e fazer com que se possa entender melhor o mecanismo que levou ao desfecho.

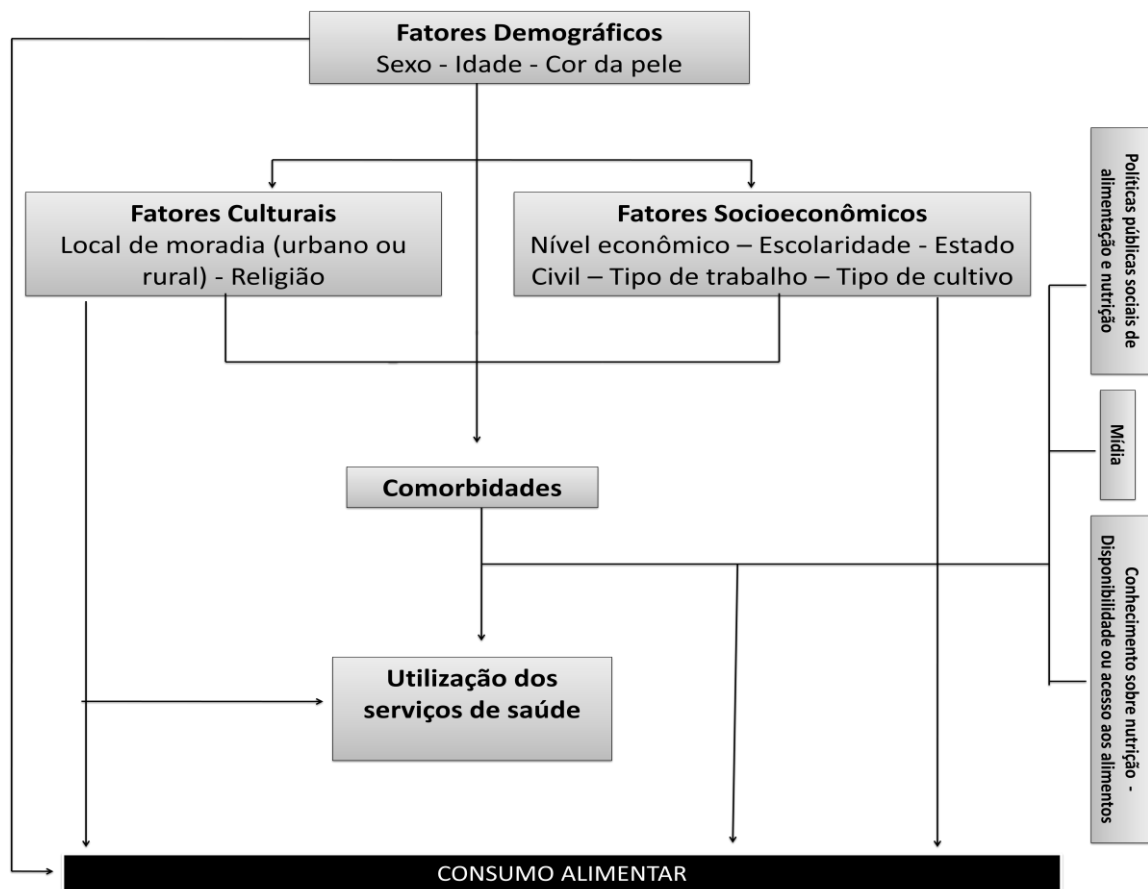


Figura 2. Modelo teórico hierarquizado

4. JUSTIFICATIVA

4. Justificativa

No Brasil, a atenção à saúde tem investido em políticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, configurando em esforços que priorizem a melhoria da qualidade de vida do indivíduo e do coletivo, visto que as doenças DCNT são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano (SCHMIDT, DUNCAN et al. 2011).

O Relatório Mundial sobre doenças não transmissíveis de 2014 (WHO 2014) assinala que a maioria das mortes prematuras por DCNT são evitáveis. Dos 38 milhões de vidas perdidas em 2012 por DCNT, 16 milhões, ou seja, 42% eram prematuras e evitáveis (um aumento de 14,6 milhões de mortes em relação a 2000). O referido relatório destaca que de 2011 a 2025 as perdas econômicas acumuladas em um cenário comum nos países de baixa e média renda estão estimadas em 7 trilhões de dólares. A OMS estima que o custo de reduzir a carga global DCNT é 11,2 bilhões de dólares por ano: um investimento anual de 1-3 dólares *per capita* (WHO 2014).

Entre os principais fatores de risco para as DCNT está a alimentação inadequada (IBGE 2010). O perfil alimentar da população está fortemente associado a aspectos culturais, nutricionais, socioeconômicos e demográficos, tornando necessário um melhor entendimento desses aspectos e seus mecanismos no entendimento das mudanças de comportamento alimentar e suas consequências (BONOMO E, CAIAFFA WT et al. 2003).

Diante do exposto, é possível observar que o controle das DCNT depende de um conjunto de fatores, entre os quais a alimentação está englobada. Por isso tem-se verificado cada vez mais a importância da avaliação dos hábitos alimentares da população principalmente na zona rural, apesar disso são escassos estudos com esse propósito. Tendo em vista que as necessidades nutricionais podem ser identificadas e programas de educação nutricional podem ser implementados, a fim de se proporcionar melhores condições de saúde para a população, tem-se o objetivo avaliar o consumo alimentar de adultos moradores da zona rural de Pelotas no Rio Grande do Sul (RS).

5. OBJETIVOS

5. Objetivos

5.1 Objetivo geral

Avaliar o consumo alimentar de adultos moradores da zona rural de Pelotas/RS.

5.2 Objetivos específicos

- ✓ Descrever a frequência do consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis;
- ✓ Descrever a frequência do consumo regular da última semana de alimentos saudáveis e não saudáveis;
- ✓ Descrever a adequação do escore da qualidade da alimentação de acordo com as seguintes variáveis:
 - Sexo;
 - Idade;
 - Cor da pele;
 - Escolaridade;
 - Nível econômico;
 - Comorbidades;
 - Utilização dos serviços de saúde;
 - Ocupação;
 - Tipo de cultivo.

6. HIPÓTESES

6. Hipóteses

- ✓ A maioria (60%) dos indivíduos terá um consumo regular de alimentos marcadores de uma alimentação não saudável (com destaque para o consumo de frituras, doces e embutidos); Com relação ao consumo de alimentos marcadores de uma alimentação saudável, também a maioria (70%) terá um consumo regular (com destaque para o consumo de feijão e lácteos).
- ✓ A adequação da qualidade alimentar será maior entre os indivíduos com as seguintes características:
 - Sexo feminino;
 - Mais velhos;
 - Cor da pele branca;
 - Maior escolaridade;
 - Maior nível socioeconômico;
 - Sem histórico de DM e HAS;
 - Que utilizam os serviços de saúde;
 - Agricultores;
 - Produtores de frutas, verduras e legumes.

7. METODOLOGIA

7. Metodologia

7.1. Delineamento

Será realizado um estudo transversal de base populacional, da população adulta da zona rural do município de Pelotas-RS. As informações serão obtidas através de questionário padronizado.

7.2. Justificativa do delineamento

O delineamento transversal foi escolhido pela agilidade, pois os dados são coletados em único momento não havendo necessidade de seguimento das pessoas e ao baixo custo, quando comparado aos outros delineamentos. Além disso, satisfaz o principal objetivo do presente estudo é avaliar a frequência de consumo regular de alimentos saudáveis e não saudáveis. Também satisfaz outros objetivos do estudo como descrever a adequação da qualidade alimentar de acordo com possíveis fatores associados.

7.3. População alvo

A população será composta por todos os indivíduos adultos, de ambos os sexos, residentes na zona rural de Pelotas-RS.

7.4. Critérios de elegibilidade

7.4.1. Inclusão

- Indivíduos adultos (com 18 anos ou mais), moradores da zona rural de Pelotas-RS

7.4.2. Exclusão

- Indivíduos com incapacidade mental, que os impeça de responder o questionário;
- Indivíduos acamados sem possibilidade de se comunicar e/ou cujo cuidador não saiba relatar o consumo alimentar;
- Indivíduos hospitalizados no momento da entrevista;

- Indivíduos com alimentação por sonda.

7.5. Cálculo do tamanho de amostra

Para o cálculo do tamanho de amostra necessária para descrever o consumo regular dos alimentos foi utilizado como referências os resultados obtidos na Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (PNS) e do estudo realizado no município de Nova Boa Vista/RS por Destri e colaboradores (2014). A partir das prevalências encontradas, calculou-se o tamanho da amostra que seria necessário para estimar a prevalência de consumo regular de cada alimento, utilizando-se como parâmetros: nível de confiança de 95% e 2,0 de efeito de delineamento. Além disso, a amostra foi aumentada em 10% para compensar perdas e recusas. Os cálculos foram feitos no software livre OpenEpi versão 3.03. No Quadro 7 são apresentadas simulações de cálculos de tamanho de amostra de acordo com diferentes margens de erro.

O tamanho de amostra mínimo será de 1900 adultos considerando a prevalência de 2,3% encontrada para o consumo regular de refrigerante e sucos artificiais adoçados com uma margem de erro de 1 ponto percentual.

Quadro 7. Cálculo do tamanho de amostra

Alimentos	Consumo regular*	Erros aceitáveis	Amostra necessária	Amostra necessária (DEFF de 1,5)	Amostra + 10% (perdas e recusas)	Amostra necessária (DEFF de 2,0)	Amostra + 10% (perdas e recusas)
Legumes ou vegetais							
PNS, 2013	26,8	3	837	1255	1381	1674	1841
		4	471	707	778	942	1036
DESTRI K, 2014	48,0	3	1065	1597	1757	2129	2342
		4	599	899	989	1198	1318
Frutas							
PNS, 2013	29,4	3	886	1328	1461	1771	1948
		4	499	748	823	997	1007
DESTRI K, 2014	80,3	3	675	1013	1115	1350	1485
		4	380	570	627	760	836
Feijão							
PNS, 2013	76,3	3	772	1157	1273	1543	1697
		4	434	651	716	868	955
DESTRI K, 2014	41,0	3	1032	1548	1703	2063	2269
		4	581	871	958	1161	1277

Quadro 7 (Continuação). Cálculo do tamanho de amostra

Alimentos	Consumo regular*	Erros aceitáveis	Amostra necessária	Amostra necessária (DEFF de 1,5)	Amostra + 10% (perdas e recusas)	Amostra necessária (DEFF de 2,0)	Amostra + 10% (perdas e recusas)
Leite							
PNS, 2013	44,2	3	1052	1578	1736	2104	2315
		4	592	888	977	1184	1302
DESTRI K, 2014	66,1	3	956	1434	1578	1912	2103
		4	538	807	888	1076	1184
Alimentos integrais							
DOS SANTOS, 2014	26,1	3	823	1234	1357	1646	1811
		4	463	695	765	926	1019
Carne vermelha							
PNS, 2013	37,9	3	1004	1506	1657	2008	2209
		4	565	848	933	1130	1243
Frango/galinha							
PNS, 2013	10,8	2	925	1387	1526	1849	2034
		2,5	592	888	977	1184	1302
Frituras							
DESTRI K, 2014	6,4	1	2296	3444	3785	4592	5051
		2	575	863	949	1150	1265
Embutidos							
DESTRI K, 2014	45,1	3	1056	1584	1742	2112	2323
		4	595	892	981	1189	1308
Doces							
PNS, 2013	19,5	3	670	1005	1106	1340	1474
		4	377	566	855	754	829
DESTRI K, 2014	31,5	3	921	1381	1519	1841	2025
		4	518	777	855	1036	1140
Refrigerante e sucos artificiais							
PNS, 2013	13,6	2	1128	1691	1860	2255	2481
		3	502	752	827	1003	1103
DESTRI K, 2014	2,3	0,5	3441	5162	5678	6882	7570
		1	863	1294	1423	1725	1900

*Consumo regular: pelo menos cinco dos sete dias anteriores à entrevista; DEFF: Efeito de delineamento

7.6. Seleção da amostra

Este estudo faz parte de um consórcio de pesquisa sobre a saúde da população adulta residente na zona rural de Pelotas. Por isso, em seus projetos individuais, cada mestrando calculou o tamanho de amostra necessário para seu tema de interesse, seja para estimar prevalências ou avaliar possíveis associações. Foi considerado em todos os cálculos o acréscimo de 10% para compensar perdas e recusas, 15% para controle de fatores de confusão e um efeito do delineamento em torno de 2. A oficina de amostragem foi realizada pela convidada Regina Tomie Ivata Bernal e coordenada pelos professores Aluisio Barros, Elaine Tomasi, Helen Denise Gonçalves da Silva e Maria Cecília Assunção. Ocorreu em Setembro de 2015, onde foi definido o maior tamanho de amostra necessário para que todos os mestrandos conseguissem desenvolver seus trabalhos, levando em consideração questões logísticas e financeiras.

A amostra mínima necessária era de 1900 adultos (18 anos ou mais). Considerando uma relação de dois adultos por domicílio, para encontrar esse número de indivíduos seria necessário incluir 950 domicílios da zona rural do município de Pelotas. Definiu-se que seriam selecionados 42 domicílios por setor para possibilitar a identificação de 84 adultos nos mesmos, o que implicou na inclusão de 24 setores censitários.

O processo de amostragem foi feito em dois estágios. Primeiramente, foram listados os 50 setores censitários da zona rural de acordo com a malha do Censo de 2010 (IBGE, 2010). Os setores que possuíam sete domicílios ou menos foram excluídos. Isto resultou em 45 setores censitários que foram selecionados de forma sistemática. Para a seleção dos domicílios, foi definido um “pulo” proporcional ao tamanho do setor e, posteriormente, será feita a seleção sistemática dos mesmos.

7.7. Operacionalização do desfecho

7.7.1. Consumo regular de alimentos considerados saudáveis: consumo, em pelo menos cinco dos sete dias anteriores à entrevista, de cada um dos alimentos elencados a seguir.

- ✓ Legumes e verduras;
- ✓ Frutas;
- ✓ Feijão;
- ✓ Alimentos integrais: pão integral, bolacha integral, arroz integral ou aveia;
- ✓ Leite desnatado ou semidesnatado
- ✓ Carne vermelha ou frango/galinha sem gordura;

7.7.2. Consumo regular de alimentos considerados não saudáveis: consumo, em pelo menos cinco dos sete dias anteriores à entrevista, de cada um dos alimentos elencados a seguir.

- ✓ Leite integral ou de vaca
- ✓ Carne vermelha ou frango/galinha com gordura;
- ✓ Frituras: Batata frita, batata de pacote e salgados fritos;
- ✓ Embutidos, conservas ou alimentos enlatados: salsicha, mortadela, salame, presunto, linguiça, pepino, azeitona, sardinha ou compotas
- ✓ Produtos congelados e prontos para consumo: lasanha, pizza, hambúrguer e nuggets;
- ✓ Doces: balas, chocolates, sobremesas caseiros, bolos, tortas;
- ✓ Bebidas adoçadas: Refrigerante normal ou sucos artificiais em pó ou em caixa;

7.7.3. Adequação da qualidade da alimentação: será utilizada a mesma metodologia de Santos e colaboradores (2014) para avaliar a qualidade da alimentação. As frequências de consumo de cada alimento serão agrupadas em quatro categorias: não comeu, 1-3 dias, 4-6 dias e todos os dias. Cada categoria de resposta receberá uma pontuação, que irá variar de zero até três (Quadro 5). A soma dos pontos irão formar escores entre 0 e 38, resultando no Índice de Qualidade da Dieta de Adultos (IQD-A). Os alimentos considerados saudáveis, receberão pontuação de forma crescente (não consumiram = zero pontos, consumiram todos os dias = três pontos). Os alimentos considerados não saudáveis receberão pontuação decrescente (não consumiram = três pontos, consumiram todos os dias = zero pontos). A pontuação total do IQD-A será dividida em tercís, constituindo três categorias de qualidade de alimentação: 1º tercís, considerado uma dieta inadequada ou de baixa qualidade; 2º tercís, considerado de qualidade intermediária; e 3º tercís, considerado uma dieta adequada ou de boa qualidade. Será utilizado como desfecho o tercís de maior pontuação (dieta adequada ou de boa qualidade).

Quadro 5. Descrição da pontuação utilizada para o cálculo do Índice de Qualidade da Dieta de Adultos (IQD-A)

Alimentos	Pontos			
	0	1	2	3
Legumes e verduras	Não comeu	1-3 dias	4-6 dias	Todos os dias
Frutas	Não comeu	1-3 dias	4-6 dias	Todos os dias
Feijão	Não comeu	1-3 dias	4-6 dias	Todos os dias
Leite desnatado ou semidesnatado	Não comeu	1-3 dias	4-6 dias	Todos os dias
Integrais	Não comeu	1-3 dias	4-6 dias	Todos os dias
Carne vermelha e frango/galinha sem gordura	Não comeu	1-3 dias	4-6 dias	Todos os dias
Leite integral ou de vaca	Todos os dias	4-6 dias	1-3 dias	Não comeu
Carne vermelha e frango/galinha com gordura	Todos os dias	4-6 dias	1-3 dias	Não comeu
Frituras	Todos os dias	4-6 dias	1-3 dias	Não comeu
Embutidos, conservas ou enlatados	Todos os dias	4-6 dias	1-3 dias	Não comeu
Congelados	Todos os dias	4-6 dias	1-3 dias	Não comeu
Doces	Todos os dias	4-6 dias	1-3 dias	Não comeu
Bebidas adoçadas	Todos os dias	4-6 dias	1-3 dias	Não comeu
Escores	0	13	26	38

7.8. Operacionalização das variáveis de exposição

As variáveis de exposição estão apresentadas no Quadro 6.

Quadro 6. Definição operacional das variáveis independentes.

Variáveis	Mensuração	Definição	Tipo de variável
Sexo	Observada	Masculino Feminino	Categórica dicotômica
Idade	Informada	Anos completos	Numérica Discreta
Cor da pele	Informada e observada	Branca Não branca	Categórica dicotômica
Situação conjugal	Informada	Com companheiro Sem companheiro	Categórica dicotômica
Nível socioeconômico	Classificação da ABEP	A/B/C/D/E	Categórica Ordinal
Renda familiar	Informada	Rendimento, no último mês, de todos os familiares residentes no mesmo domicílio	Numérica Contínua
Escolaridade	Informada	Anos completos de estudo	Numérica Discreta
Comorbidades	Informada	Sem diabetes ou hipertensão Com diabetes Com hipertensão	Categórica nominal
Utilização dos serviços de saúde	Informada	Sim Não	Categórica dicotômica
Ocupação	Informada	Dona de casa Agricultor Pescador Outros	Categórica nominal
Tipo de cultivo	Informada	Fumo Hortifruti (frutas, verduras e legumes) Produtos de origem animal (frango, porco, leite, ovos e mel) Produtos artesanais (conservas, compotas, doces caseiros, pães e bolos) Outros	Categórica nominal

*ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

7.9. Instrumento para coleta de dados

O instrumento de coleta de dados do consórcio é composto por um bloco geral, com questões relacionadas à identificação e características individuais de saúde, demográficas, socioeconômicas e comportamentais, e por demais blocos contendo perguntas pertinentes aos temas de pesquisa de cada mestrando.

Para a avaliação dos desfechos específicos deste estudo, será elaborado um questionário (APÊNDICE 1) com questões utilizadas por Santos e colaboradores (2014) e também em pesquisas nacionais como PNS (2013) e VIGITEL (2014), composto por 15 questões, e tem o objetivo de identificar com que frequência o entrevistado consumiu alguns alimentos ou bebidas nos últimos sete dias. Cada conjunto de alimentos pode estar relacionado tanto a uma alimentação saudável (exemplo: consumo regular de feijão, frutas, verduras), bem como a uma alimentação não saudável (exemplo: consumo regular de frituras, refrigerantes ou bebidas açucaradas, etc).

7.10. Estudo piloto

O estudo piloto será conduzido após seleção dos entrevistadores e completa elaboração do questionário geral e dos específicos de cada mestrando. Esse estudo será realizado no município de Arroio do Padre (RS), cuja população é semelhante àquela que será estudada. Assim, permitirá testar a clareza e consistência das questões do questionário, bem como estimar o tempo médio de cada entrevista.

7.11. Seleção e treinamento dos entrevistadores

A divulgação da seleção será feita em diversos meios de comunicação: web site da Universidade Federal de Pelotas e do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, jornal Diário Popular e via Facebook do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia (PPGE) e dos mestrandos do curso. Serão selecionadas entrevistadoras do sexo feminino, com pelo menos 18 anos, com ensino médio completo e disponibilidade de tempo integral para a realização do trabalho.

O processo de seleção transcorrerá através da avaliação desempenho no treinamento, avaliação curricular, experiência prévia em pesquisa, entrevistas e prova teórica. As entrevistadoras serão familiarizadas com o questionário, com o manual de instruções, com o instrumento de notação dos dados (o software Redcap®, disponível através de tablets) e serão submetidas a um processo de padronização de medidas antropométricas e aferições por um antropometrista treinado, com experiência de campo. No processo de seleção também ocorrerá a realização do estudo piloto, que fará parte da avaliação prática das entrevistadoras. Com base nesses critérios, as melhores entrevistadoras serão selecionadas, e, sendo possível, será concomitantemente realizado um cadastro de entrevistadoras suplentes, para eventual necessidade subsequente de preenchimento de vagas.

7.12. Logística do trabalho de campo

O trabalho de campo será realizado com o fim de atingir aos objetivos propostos nos projetos do consórcio de pesquisa da turma de mestrado 2015/2016 do PPGE/UFPel. Os mestrandos serão responsáveis pela supervisão do trabalho de campo e dos entrevistadores. O trabalho de campo se constituirá na coleta de dados os domicílios selecionados conforme o processo de amostragem. O prédio do Centro de Pesquisas em Saúde Dr. Amílcar Gigante, da UFPel, servirá como núcleo do trabalho de campo, onde haverá um determinado número de supervisores diariamente, com as responsabilidades referentes a esta etapa de coleta de dados e que serão definidas posteriormente.

Em relação à coleta de dados, a utilização do software Redcap® possibilitará a entrada das informações de modo direto no banco de dados, através de codificação automática das respostas, com a facilidade de limitar a necessidade do processo de dupla digitação. O software descarregará as informações para um computador localizado no núcleo de trabalho, disponibilizado a todos os mestrandos para posterior verificação das informações disponíveis. Todos os mestrandos receberão treinamento para uso do software antes dos entrevistadores e da coleta dos dados. Cada entrevistador usará um tablet com o software instalado, disponibilizado pelo PPGE. As entrevistas se darão nos domicílios dos indivíduos

que compõem a amostra. Após as entrevistas, os entrevistadores revisarão e codificarão apenas as perguntas em aberto, com o auxílio de seu supervisor de campo, já que os demais dados serão diretamente inseridos pelo software. Serão consideradas perdas as entrevistas que não puderem ser realizadas após, no mínimo, três novas tentativas de entrevista em dias e horários diferentes. Pelo menos uma das tentativas será realizada pelo supervisor do trabalho de campo.

7.13. Controle de qualidade

O controle de qualidade será realizado pelos supervisores do trabalho de campo. Em 10% dos domicílios, a entrevista será refeita com a aplicação de um questionário reduzido, de forma a possibilitar a comparação dos dados coletados pelas entrevistadoras e assim comprovar a veracidade da entrevista.

A checagem da consistência das informações será feita através de análise de concordância com o índice Kappa. Além disso, a constante supervisão dos mestrados e a verificação semanal de inconsistências no banco de dados também visam garantir a qualidade do estudo.

7.14. Processamento e análise dos dados

A análise dos dados será realizada no programa estatístico STATA versão 12.0. Será realizada uma análise descritiva das variáveis independentes para a caracterização da amostra, e da frequência de consumo de cada alimento. Para as variáveis categóricas serão apresentados os cálculos de prevalências e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Para as variáveis numéricas será realizado o cálculo da média, da mediana e do desvio padrão. Serão realizadas análises bivariadas para avaliar a associação entre as variáveis independentes e a qualidade da alimentação. Para todas as análises será adotado um nível de significância de 5%. O efeito de delineamento será considerado em todas as análises.

7.15. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa será encaminhado e submetido à aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

Todos os participantes serão esclarecidos previamente sobre o estudo e apenas responderão ao questionário após a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Será garantido aos participantes o sigilo das informações prestadas.

7.16. Divulgação dos resultados

Os resultados do estudo serão divulgados através da apresentação da dissertação, exigida à obtenção do título de Mestre em Epidemiologia, bem como da publicação total ou parcial dos resultados em formato de artigo em periódicos científicos, e de nota à imprensa local com os principais resultados. Ainda, será possível a elaboração de material informativo sobre as condições de vida e saúde da população de adultos da zona rural de Pelotas, a ser entregue à população-alvo deste estudo.

7.17. Orçamento e financiamento

O consórcio de pesquisa será financiado pelo Programa de Pós-graduação em Epidemiologia (PPGE), da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e, se necessário, pelos alunos da turma. Os gastos dizem respeito a pagamento de pessoal, transporte e materiais de consumo.

REFERÊNCIAS

Referências

- ABE, S.K.; STICKLEY, A.; ROBERTS, B.; RICHARDSON, E.; ABBOTT, P.; ROTMAN, D.; MCKEE, M. Changing patterns of fruit and vegetable intake in countries of the former Soviet Union. **Public Health Nutr**, v. 16, n. 11, p,1924-1932, 2013.
- ALEXANDRE, V. P.; PEIXOTO, M.R.G.; SCHMITZ, B.A.S.; MOURA, E.C. Fatores associados às práticas alimentares da população adulta de Goiânia, Goiás, Brasil. **Rev. bras. epidemiol**, v. 17, n. 1, p, 267-280, 2014.
- ASSUMPÇÃO, D. d.; DOMENE, S.M.A.; FISBERG, R.M. Qualidade da dieta e fatores associados entre idosos: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 30, n. 8, p, 1680-1694, 2014.
- BARRETO, S. M.; PINHEIRO, A.R.O.; SICHIERI, R.; MONTEIRO, C.A.; FILHO, M.B.; SCHIMIDT, M.I.; LOTUFO, P.; ASSIS, A.M.; GUIMARÃES, V.; RECINE, E.G.I.G.; VICTORA, C.G.; COITINHO, D. Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 14, n. 1, p, 41-68, 2005.
- BERNSTEIN, M.; MUNOZ, N. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: food and nutrition for older adults: promoting health and wellness. **J Acad Nutr Diet**, v.112, n.8, p.1255-77, Aug, 2012.
- BONGAARTS, J. Human population growth and the demographic transition. **Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci**, v.364, n.1532, p.2985-90, Oct 27, 2009.
- BONOMO, E.; CAIAFFA, W.T.; CÉSAR, C.C.; LOPES, A.C.S.; LIMA-COSTA, M.F. Consumo alimentar da população adulta segundo perfil socioeconômico e demográfico: Projeto Bambuí. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 5, p, 69-57, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira : promovendo a alimentação saudável. **Brasília: Ministério da Saúde**, 236 p. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Brasília : Ministério da Saúde**, Série B. Textos Básicos de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2012 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. **Brasília : Ministério da Saúde**, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. **Brasília : Ministério da Saúde**, 2. ed., 2014,

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2014 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. **Brasília : Ministério da Saúde**, 2015.

CAMPOS, V. C.; BASTOS, J.L.; GAUCHE, H.; BOING, A.F.; ASSIS, M.A.A. Fatores associados ao consumo adequado de frutas, legumes e verduras em adultos de Florianópolis. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.13, p, 352-362, 2010.

CARVALHO, E. O.; ROCHA, E.F. Consumo alimentar de população adulta residente em área rural da cidade de Ibatiba (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p, 179-185, 2011.

CAVALINI, L. T.; LEON, A. C. M. P. Morbidity and mortality in Brazilian municipalities: a multilevel study of the association between socioeconomic and healthcare indicators. **Int J Epidemiol**, v. 37, p, 775-785, 2008

COELHO, A. B.; AGUIAR, R.D.A.; FERNANDES, E.A. Padrão de consumo de alimentos no Brasil. **Revista de Economia e Sociologia rural**, v. 47, p, 335-362, 2009.

DALLONGEVILLE, J. Cigarette smoking is associated with unhealthy patterns of nutrient intake: a meta-analysis. **J Nutr Educ Behav**, v.128, n. 9, p, 1450-1470, 1998.

DEAN, W. R.; SHARKEY, J. R. Rural and urban differences in the associations between characteristics of the community food environment and fruit and vegetable intake. **J Nutr Educ Behav**, v. 43, n. 6, p, 426-433, 2011.

DESTRI, K.; ASSUNÇÃO, M. C. F.; ZANINI, R.V. **Marcadores de Consumo Alimentar de hipertensos e Diabéticos do Município de Nova Boa Vista-RS**. Dissertação (Mestrado Profissional) Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Baseada em Evidências, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

ESTEGHMATI, A.; NOSHAD, S.; NAZERI, A.; KHALILZADEH, O.; KHALILI, M.; NAKHJAVANI, M. Patterns of fruit and vegetable consumption among Iranian adults: a SuRFNCD-2007 study. **Br J Nutr**, v. 108, n. 1, p, 177-181, 2012.

FIGUEIREDO, I. C. R.; JAIME, P.C.; MONTEIRO, C.A. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p, 277-285, 2008.

FITZGERALD, N. Nutrition Knowledge, Food Label Use, and Food Intake Patterns among Latinas with and without Type 2 Diabetes. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 108, n. 6, p, 960-967, 2008.

FONSECA, A. B.; SOUZA, T. S. N. DE; FROZI, D. S.; PEREIRA, R.A. Modernidade alimentar e consumo de alimentos: contribuições sócio-antropológicas para a pesquisa em nutrição. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p, 3853-3862, 2011

GAZIANO, T. A. G., G.; REDDY, K. S. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. **The Lancet**, v. 370, p, 1939-1946, 2007.

GOULART, F. D. A. Organização Pan-Americana da saúde / Organização mundial da saúde. **Doenças crônicas não transmissíveis: Estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde**. Brasília, 2011.

HEITOR, S. F. D.; RODRIGUES, L. R.; TAVARES, D.M.S. Prevalência da adequação à alimentação saudável de idosos residentes em zona rural. **Texto & contexto enferm**, v. 22, n. 1, p, 79-88, 2013.

HIZA, H. A. Diet quality of Americans differs by age, sex, race/ethnicity, income, and education level. **J Acad Nutr Diet**, v. 113, n. 2, p, 297-306, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo demográfico de 2010. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Rio de Janeiro**, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Rio de Janeiro**, 2014.

JAIME, P. C.; FIGUEIREDO, I. C. R.; MOURA, E.C.; MALTA, D.C. Fatores associados ao consumo de frutas e hortaliças no Brasil, 2006. **Rev Saude Publica**, v. 43, n.2, p, 57-64, 2009.

JAIME, P. C.; MONTEIRO, C. A. Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p, S19-S24, 2005.

LEVY, R. B.; CLARO, R. M.; MONTEIRO, C. A. Sugar and total energy content of household food purchases in Brazil. **Public Health Nutrition**, v. 12, p, 2.084-091, 2009.

LOUREIRO, A. d. S.; SILVA, R. M. V. G. d.; RODRIGUES, P.R.M.; PEREIRA, R.A.; WENDPAP, L.L.; FERREIRA, M.G. Qualidade da dieta de uma amostra de adultos de Cuiabá (MT): associação com fatores sociodemográficos. **Rev. nutr**, v. 26, n. 4, p, 431-441, 2013.

MALTA, D. C.. CEZÁRIO, A. C. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol Serv Saude**, v. 15, p, 47-65, 2006.

MARINS, B. R. A propaganda de alimentos: orientação, ou apenas estímulo ao consumo? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p, 3873-3882, 2011.

MENASCHE, R.; MARQUES, F. C.; ZANETTI, C. Autoconsumo e segurança alimentar: a agricultura familiar a partir dos saberes e práticas da alimentação. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, p, 145s-158s, 2008.

MILLER, L. M. S.; CASSADY, D. L. Food choices using nutrition facts panels. The roles of knowledge, motivation, dietary modifications goals, and age. **Appetite**, v. 59, n. 1, p, 129-139, 2012.

MONDINI, L.; MORAES, S.A.; FREITAS, I.C.M.; GIMENO, S.G.A. Consumo de frutas e hortaliças por adultos em Ribeirão Preto, SP. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p, 686-694, 2010.

MORIMOTO, J. M.; LATORRE, M. d. D. d. O.; CÉSAR, C.L.G.; CARANDINA, L.; BARROS, M.B.d.A.; GOLDBAUM, M.; FISBERG, R.M. Fatores associados à qualidade da dieta de adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, 2002. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. 1, p, 169-178, 2008.

MUNIZ, L. C.; MADRUGA, S. W.; ARAÚJO, C.L. Consumo de leite e derivados entre adultos e idosos no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n.12, p, 3515-3522, 2013.

MUNIZ, L. C.; SCHNEIDER, B. C.; SILVA, I.C.M.; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I.S. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 46, n. 3, p, 534-542, 2012.

NEUTZLING, M. B.; ROMBALDI, A.J.; HALLAL, P.C. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p, 2365-2374, 2009.

OLINTO, M. T. A. Padrões alimentares: análise dos componentes principais. In: Kac G, Sichieri R, Gigante DP. **Epidemiologia Nutricional**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz /Atheneu, cap. 12, 2007. 213-225 p..

POPKIN, B. M. Nutritional patterns and transitions. Population and Development." **Rev Nutrição**, v. 19, n.1, p, 138-157, 1993.

ROMBALDI, A. J.; NEUTZLING, M.B.; SILVA, M.C.; AZEVEDO, M.R.; HALLAL, P.C. Fatores associados ao consumo regular de refrigerante não dietético em adultos de Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p, 382-390, 2011.

ROSSI, A., *et al*. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Revista de Nutrição**, v.21, p.739-748, 2008.

SANDHI, M. B.; PINHEIRO, A.R.O.; SICHIERI. R.; MONTEIRO, C.A.; FILHO, M.B.; SCHIMIDT, M.I. Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 14, p, 41-68, 2005.

SANTOS, A. P. G. d., GONÇALVES, H.; SOARES, A.L.G. **Baixa qualidade da dieta de idosos: estudo de base populacional**. Dissertação. Programa de Pós-

Graduação em Saúde Pública Baseada em Evidências, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

SCHMIDT, M. I., B. B. DUNCAN, *et al.* Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, 2011.

SCHNEIDER, B. C.; DURO, S. M. S.; ASSUNÇÃO, M.C.F. Consumo de carnes por adultos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Ciênc. saúde coletiva**, v.19, n. 8, p, 3583-3592, 2014.

SCHRAMM, J. M. A., A. F. OLIVEIRA, *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc saude coletiva**, v. 9, n. 4, p, 897-908, 2004.

SOUZA, A. M.; BEZERRA, I.N.; CUNHA, D.B.; SICHIERI, R. Avaliação dos marcadores de consumo alimentar do VIGITEL (2007-2009). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, p, 44-52, 2011.

SOUZA, A. M.; PEREIRA, R. A.; YOKOO, E.M.; LEVY, R.B.; SICHIERI, R. Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. **Rev Saúde Pública**, v. 47, p, 190S-199S, 2013.

STANDING COMMITTEE ON NUTRITION. Related chronic diseases and double burden of malnutrition in West Africa. Standing Committee on Nutrition News. **London: United Nations System**, n, 33, 2006.

SZWARCWALD, C. L., P. R. B. SOUZA-JÚNIOR, *et al.* Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. **BMC Health Services Research**, v.10, p, 1-7, 2010.

TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciênc saude coletiva** , v. 12, p, 1641-1650, 2007.

VIEBIG, R. F., *et al.* Consumo de frutas e hortaliças por idosos de baixa renda na cidade de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v.43, p.806-813, 2009.

VINHOLES, D. B.; ASSUNÇÃO, M. C. F.; NEUTZLING, M.B. Frequência de hábitos saudáveis de alimentação medidos a partir dos 10 Passos da Alimentação Saudável do Ministério da Saúde: Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 25, n. 4, p, 791-799, 2009.

WESTENHOEFER, J. Age and gender dependent profile of food choice. **Forum Nutr**, n. 57, p, 44-51, 2005.

WHO. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles " **WHO, Genebra**, 2011.

WHO. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014." **WHO, Genebra**, 2014.

ZART, V. B., *et al.* Cuidados alimentares e fatores associados em Canoas, RS, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, p, 143-154, 2010.



MODIFICAÇÕES NO PROJETO DE PESQUISA

Algumas modificações do projeto foram realizadas após a qualificação, entre elas:

Título

O título foi alterado, pois optou-se por enfatizar a qualidade da dieta e os fatores associados.

Cálculo do tamanho da amostra

No projeto, o cálculo do tamanho de amostra considerou as prevalências do consumo regular ($\geq$ cinco vezes na última semana) de alimentos na área rural aferidas pela Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (PNS) e por um estudo realizado na zona urbana e rural do município de Nova Boa Vista/RS (DESTRI et al., 2014). Assim, considerando a prevalência de 2,3% para o consumo regular de refrigerante e sucos artificiais adoçados encontrado por Destri e colaboradores (2014), definiu-se uma amostra de 1900 adultos.

Durante a elaboração do artigo optou-se por utilizar as prevalências da PNS tendo em vista que são referentes especificamente a área rural. Assim, utilizando a menor prevalência de consumo referente ao consumo regular de frango com uma margem de erro de 2,5 pontos percentuais, nível de confiança de 95%, 2,0 de efeito de delineamento e 10% para perdas e recusas alcançaria um tamanho de amostra de 1302 adultos.

Vale ressaltar que não calculou-se o tamanho de amostra para a avaliação dos fatores associados por tratar-se de uma análise multinomial.

Seleção da amostra e logística

Devido às dificuldades encontradas durante o trabalho de campo, foi necessário diminuir o número de 42 domicílios por setor para 30, totalizando 720 domicílios estudados. Mais detalhes sobre a amostragem e logística estão descritos com no relatório de trabalho de campo.

Desfecho

Os desfechos referentes ao consumo regular de alimentos saudáveis e não saudáveis não foram utilizados, mas serão apresentados os resultados em outro artigo que não fará parte dessa dissertação. Utilizou-se como desfecho a qualidade da dieta.

Para avaliar a qualidade da dieta foi utilizada a mesma metodologia referida no projeto, contudo não foi considerado o teor de gordura do leite, das carnes e do frango e também alguns alimentos foram agrupados, como carne com frango e doces com bebidas adoçadas, essas modificações foram feitas para utilizar a metodologia deGomes e colaboradores (2016). Assim a pontuação máxima do escore do Índice de Qualidade da Dieta de Adultos (IQD-A) foi 30 ao invés de 38. Abaixo o quadro com a descrição da pontuação utilizada para o cálculo do IQD-A após a qualificação.

Quadro 1. Descrição da pontuação utilizada para o cálculo do Índice de Qualidade da Dieta de Adultos (IQD-A) após a qualificação.

Alimentos	Pontos			
	0	1	2	3
Legumes e verduras	Não comeu	1-3 dias	4-6 dias	Todos os dias
Frutas	Não comeu	1-3 dias	4-6 dias	Todos os dias
Feijão	Não comeu	1-3 dias	4-6 dias	Todos os dias
Leite	Não comeu	1-3 dias	4-6 dias	Todos os dias
Alimentos integrais	Não comeu	1-3 dias	4-6 dias	Todos os dias
Carne e/ou frango	Não comeu	1-3 dias	4-6 dias	Todos os dias
Frituras	Todos os dias	4-6 dias	1-3 dias	Não comeu
Embutidos, conservas ou enlatados	Todos os dias	4-6 dias	1-3 dias	Não comeu
Alimentos congelados (industrializados)	Todos os dias	4-6 dias	1-3 dias	Não comeu
Doces e/ou bebidas adoçadas	Todos os dias	4-6 dias	1-3 dias	Não comeu
Escore	0	13	26	30

Variáveis de exposição

A variável tipo de cultivo não foi utilizada como exposição, pois não foi coletada. Todavia, foi utilizado como exposições as variáveis sobre trabalho com pesca, venda de produto plantado ou colhido e venda de animais e número de moradores

Instrumento para a coleta de dados e manual de instruções

O instrumento não foi modificado com relação às perguntas, porém foi mudado o layout, o novo questionário (APÊNDICE 1). O manual de instruções foi elaborado pós qualificação do projeto (APÊNDICE 2).

Referências bibliográficas

- DESTRI, K.; ASSUNÇÃO, M. C. F.; ZANINI, R.V. **Marcadores de Consumo Alimentar de hipertensos e Diabéticos do Município de Nova Boa Vista-RS**. Dissertação (Mestrado Profissional) Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Baseada em Evidências, Universidade Federal de Pelotas, 2014.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Rio de Janeiro, 2014.
- Gomes AP, Soares ALG, Gonçalves H. **Baixa qualidade da dieta de idosos: estudo de base populacional no sul do Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(11):3417-28.



RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



Saúde rural

Pesquisa sobre saúde da população rural de Pelotas

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

CONSÓRCIO DE PESQUISA

2015/2016

1. Introdução

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) foi criado em 1991, por um grupo de docentes da Faculdade de Medicina. Na avaliação trienal de 2007 o curso recebeu nota “7”, conceito máximo – que mantém até os dias atuais - da avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sendo o primeiro na área de Saúde Coletiva e considerado de excelência internacional.

Desde 1999 o PPGE realiza, a cada dois anos, inquéritos populacionais sobre aspectos de saúde na zona urbana do município de Pelotas, cidade localizada no sul do Rio Grande do Sul. Esses estudos ocorrem sob a forma de “Consórcio de Pesquisa”, o qual consiste em um estudo transversal de base populacional realizado pelos mestrandos do PPGE¹. Essa metodologia de pesquisa permite que ocorra redução do tempo de trabalho de campo e otimização de recursos financeiros e humanos. Adicionalmente, tem como um dos objetivos que os alunos vivenciem experiências em todas as etapas de um estudo epidemiológico, resultando nas dissertações dos mestrandos e, ainda, no reconhecimento da situação de saúde da população investigada.

Nos anos 2015/2016, pela primeira vez, o consórcio de pesquisa do PPGE realizou-se com a população adulta e idosa da zona rural do município de Pelotas. A pesquisa contou com a supervisão de 12 mestrandos, sob a coordenação de quatro docentes do Programa (Dra. Elaine Tomasi, Dra. Helen Gonçalves, Dra. Luciana Tovo Rodrigues e Dra. Maria Cecília Assunção) e uma professora colaboradora do Programa (Dra. Renata Moraes Bielemann). Ao idealizar tal pesquisa, antes dos mestrandos ingressarem no Programa, as coordenadoras do consórcio iniciaram o processo de contato e divulgação da pesquisa com lideranças da zona rural do município e entidades públicas, com intuito de analisar a viabilidade da realização do estudo. Destacam-se, neste período, contatos realizados com: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Secretaria de Desenvolvimento Rural, Secretaria da Saúde, EMATER Pelotas, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, líderes comunitários e religiosos atuantes na zona rural de Pelotas.

Ao longo dos quatro primeiros bimestres do curso, nas disciplinas de Prática de Pesquisa I a IV, ocorreu o planejamento do estudo populacional, desde a escolha

dos temas até o planejamento de todo o trabalho de campo pelos mestrandos. Nessa pesquisa foram investigados temas específicos de cada mestrando (Tabela 1), juntamente com informações demográficas, socioeconômicas e comportamentais de interesse comum.

Tabela 1. Alunos, formação e temas do Consórcio de Pesquisa do PPGE. Pelotas, 2015/2016.

Mestrando	Graduação	Tema de Pesquisa
Adriana Kramer Fiala Machado	Nutrição	Qualidade do sono
Ana Carolina Oliveira Ruivo	Medicina	Serviços de saúde
Caroline Cardozo Bortolotto	Nutrição	Qualidade de vida
Gustavo Pêgas Jaeger	Medicina	Consumo de bebidas alcoólicas
Mariana Otero Xavier	Nutrição/Educação Física	Tabagismo
Mayra Pacheco Fernandes	Nutrição	Consumo de alimentos
Rafaela Costa Martins	Educação Física	Atividade física
Roberta Hirschmann	Nutrição	Depressão
Thais Martins da Silva	Nutrição	Obesidade geral e abdominal

Através dos projetos individuais de cada mestrando, foi elaborado um projeto geral intitulado “Avaliação da saúde de adultos residentes na zona rural do município de Pelotas, RS”. Este projeto mais amplo, também chamado de “projetão”, contemplou o delineamento do estudo, os objetivos e as justificativas de todos os temas de pesquisa dos mestrandos, além da metodologia, processo de amostragem e outras características da execução do estudo. Foram ainda investigados cinco temas específicos de interesse de docentes do PPGE: saúde bucal, contato com agrotóxicos, criminalidade, consumo de chimarrão e uso de medicamentos.

O Projeto Geral foi encaminhado para avaliação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Pelota sem novembro de 2015, com o número de protocolo 51399615.7.0000.5317.

O parecer contendo a aprovação para início do estudo foi recebido no dia 11 de dezembro de 2015, com o número 1.363.979 (ANEXO 1).

2. Comissões do trabalho de campo

O Consórcio de Pesquisa busca capacitar os mestrandos para o trabalho em equipe. Para que isso fosse possível em 2015/2016, foram estabelecidas comissões a fim de garantir uma melhor preparação e um bom andamento do trabalho de campo. Todos os mestrandos participaram das comissões, podendo um mesmo aluno atuar em mais de uma.

As comissões deste consórcio, mestrandos responsáveis e suas atribuições estão listadas abaixo.

3. Questionários

O questionário foi dividido em duas partes chamadas de “Bloco A” e “Bloco B”. As questões individuais e específicas do instrumento de cada mestrando foram incluídas no questionário geral, denominado “Bloco A”.

O “Bloco A” foi aplicado a todos os indivíduos com 18 anos ou mais, moradores da zona rural de Pelotas. Este instrumento era composto por 209 questões, incluindo temas sobre atividade física, qualidade de vida, presença de morbidades, consumo de alimentos, utilização de serviços de saúde, qualidade do sono, saúde dos dentes e da boca, depressão, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, criminalidade, consumo de chimarrão, uso de medicamentos, uso de agrotóxicos e religião.

As questões referentes aos aspectos domiciliares foram incluídas no “Bloco B”, sendo respondidas por apenas um indivíduo de cada residência, preferencialmente o chefe da família. Esse bloco continha 61 perguntas referentes aos dados socioeconômicos da família, características do domicílio, escolaridade do chefe da família e posse de bens. Além dos questionários, foram coletadas as seguintes medidas antropométricas dos participantes: peso, altura e circunferência da cintura.

4. Manual de instruções

A elaboração do manual de instruções auxiliou no treinamento e nas entrevistas durante o trabalho de campo. Todos os *tablets* utilizados para a coleta de dados possuíam uma versão digital do manual, sendo de fácil acesso às entrevistadoras.

O manual incluía orientações sobre o que se pretendia coletar em cada questão dos questionários, contendo a explicação da pergunta, opções de resposta e instruções para perguntas nas quais as opções deveriam ser lidas ou não. Continua, ainda, as definições de termos utilizados no questionário e o telefone de todos os supervisores.

5. Amostra e processo de amostragem

Nos projetos individuais, cada mestrando calculou o tamanho de amostra necessário para o seu tema de interesse, tanto para estimar o número de indivíduos necessário para estudos de prevalência, quanto para o exame das possíveis associações. Em todos os cálculos foram acrescidos 10% para perdas e recusas e 15% para cálculo de associações, tendo em vista o controle de possíveis fatores de confusão e, ainda, o efeito de delineamento amostral, dependendo de cada tema. Nos dias 31/08/2015, 01 e 02/09/2015 ocorreu uma oficina de amostragem coordenada pelo Prof. Aluísio Jardim Dornellas de Barros e pela estatística convidada da Universidade de São Paulo (USP), Prof^a. Regina Bernal. Nessa ocasião foi definido o maior tamanho de amostra necessário ($n=2.016$ adultos) para que todos os mestrandos tivessem a possibilidade de estudar os seus desfechos, levando em consideração as questões logísticas e financeiras envolvidas.

Inicialmente, foram reconhecidos os distritos e setores rurais através dos dados do Censo de 2010. A zona rural de Pelotas possui oito distritos que estão descritos na Tabela 2. Nesses, foram sorteados 24 setores e 1.008 domicílios. A decisão sobre o número de setores a serem amostrados levou em consideração o número de domicílios permanentes de cada um dos distritos. Foi considerado em média 2 adultos por domicílio, dessa forma o cálculo para a escolha do número de domicílios foi realizado da seguinte forma:

24 setores * 2 adultos em média por domicílio = 42 domicílios por setor

Tabela 2. Descrição dos distritos conforme tamanho populacional e número de setores.

Distrito	População	Nº de setores	Nº de setores selecionados
Z3	3165	8	3
Cerrito Alegre	3075	6	4
Triunfo	2466	4	2
Cascata	3074	6	4
Santa Silvana	2443	8	2
Quilombo	2649	5	3
Rincão da Cruz	1970	7	2
Monte Bonito	3201	6	4

No decorrer do trabalho foram necessárias mudanças logísticas devido às dificuldades de locomoção na zona rural, custo e tempo para o término do estudo. A principal mudança consistiu na redução do número de domicílios, sendo mantidos o número de setores e a média de adultos/domicílio. O número de domicílios por setor passou a ser 30, resultando em 720 domicílios, finalizando em 1.440 indivíduos.

Devido à grande diferença na distribuição geográfica das residências na zona rural em comparação com a zona urbana, foi necessário adotar uma estratégia peculiar para este estágio do processo. Optou-se por utilizar o software *Google Earth*, que está disponível para uso gratuito, juntamente com um mapa virtual do estado do Rio Grande do Sul, fornecido pelo IBGE. Com a utilização destas duas ferramentas foi possível sobrepor as delimitações geográficas da cidade de Pelotas, que inclui as subdivisões em setores censitários, sobre as imagens feitas por satélite fornecidas pelo *Google Earth*.

A partir das imagens aéreas, com as subdivisões geográficas sobrepostas, os setores censitários foram divididos em núcleos, da seguinte maneira: foi considerado um núcleo cada aglomerado com no mínimo cinco casas, localizadas em um raio de um quilômetro a partir do centro do núcleo – maior ramificação de ruas ou vias/estradas. Estes núcleos foram ordenados em cada setor, de maneira decrescente e de acordo com o número de casas identificadas pelas imagens de satélite.

Finalmente, para a seleção das residências, foi adotado o seguinte procedimento: iniciava-se pelo maior núcleo (com maior número de residências) e, ao chegar ao centro deste núcleo, um dos mestrandos responsáveis pelo trabalho de campo girava algum objeto pontiagudo (como, por exemplo, uma garrafa) para dar a direção do início a ser percorrido para encontrar as residências a serem incluídas na amostra, garantindo certa aleatoriedade no processo. Se, eventualmente, o objeto girado apontasse no meio de duas ramificações, seguia-se sempre pela via à direita da direção indicada. Quando chegava-se ao fim da direção apontada dentro do núcleo sem que 30 casas fossem identificadas, voltava-se ao centro do núcleo e dava-se continuidade ao processo pela próxima via, à direita da primeira. Após o rastreamento de todo o primeiro núcleo, caso não se alcançasse o total de 30 residências, seguia-se em direção ao centro do segundo núcleo do setor com maior número de residências e repetia-se o processo, até que as trinta residências habitadas fossem selecionadas.

6. Seleção e treinamento das entrevistadoras

Antes do início do trabalho de campo, a comissão de logística foi responsável por criar propostas para a implementação do trabalho de campo, como número de entrevistadoras, rota e tipo de transporte para as entrevistadoras, as quais deveriam se deslocar do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, localizado na zona urbana, até a zona rural do município. Após estas definições, o próximo passo foi selecionar as candidatas que iriam atuar no trabalho de campo.

Os critérios de seleção para as candidatas às vagas de entrevistadora foram os seguintes: ser do sexo feminino, ter ensino médio completo e ter disponibilidade de tempo para realização do trabalho. Outras características também foram

consideradas, como: experiência prévia em pesquisa, desempenho no treinamento, organização e relacionamento interpessoal.

As inscrições para seleção ocorreram no período de 4 a 11 de dezembro de 2015, com o objetivo de contratar 14 entrevistadoras. A divulgação do edital de inscrição foi através do *web site* e via *Facebook* do PPGE e dos mestrandos. O total de 74 candidatas inscreveram-se para o treinamento. Destas, 52 foram selecionadas para a participação do treinamento.

O treinamento foi realizado no período de 15 a 18 de dezembro de 2015 e, novamente, nos dias 11 e 12 de janeiro de 2016, durante os turnos manhã e tarde. Este consistiu de uma parte teórica, através de apresentação expositiva de cada mestrando referente ao seu instrumento e pela apresentação da comissão quanto a parte geral do questionário. Também houve uma parte prática do treinamento, onde foram feitas simulações de entrevistas tanto em papel, quanto em *tablets*, para o completo entendimento das interessadas em realizar esta tarefa.

Após conclusão desta etapa, foi realizada avaliação teórica, quando uma prova com perguntas específicas sobre os conteúdos abordados no treinamento foi aplicada. Foram selecionadas as candidatas que atingiram melhor pontuação final nos critérios de avaliação (nota da avaliação teórica, presença, participação e interesse nos treinamentos). As 17 aprovadas na primeira etapa participaram de um estudo piloto no dia 13 de janeiro de 2016, realizado no município de Arroio do Padre. A escolha deste local se deu em virtude da similaridade de suas características com a zona rural a ser estudada, uma vez que este município pertencia à zona rural de Pelotas antes de sua emancipação. O estudo piloto foi realizado com o objetivo de avaliar o desempenho de cada entrevistadora durante uma simulação prática do trabalho de campo. Ao final do estudo piloto, os mestrandos selecionaram 14 entrevistadoras com melhor desempenho durante os treinamentos, prova e piloto.

O início do trabalho de campo ocorreu no dia 21 de janeiro de 2016. Para o trabalho de campo foram montados *kits* que continham: mochila, crachá de identificação, camiseta, pasta plástica, prancheta, carta de apresentação (APÊNDICE 3), questionários impressos, termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 4), *tablet* (com *case*), anexos aos questionários (cadernos a parte que incluíam escala de faces, dosagens de bebidas alcoólicas,

cartões com imagens para auxílio no preenchimento dos questionários de atividade física, depressão, qualidade de vida e qualidade do sono), canetas, lápis, borracha, apontador, calculadora, fita métrica, estadiômetro, balança digital, caderno de anotações (diário de campo) e almofada para impressão digital.

7. Divulgação

O trabalho da comissão de divulgação do consórcio de pesquisa na zona rural contou com a colaboração das profissionais de *design* gráfico e comunicação social do PPGE, Cíntia Borges e Sílvia Pinto, respectivamente. Este trabalho iniciou antes mesmo da formação desta comissão, mediante os contatos das docentes coordenadoras com pessoas e instituições importantes para esse trabalho, conforme citado anteriormente.

Ainda no primeiro semestre de 2015, a turma de mestrandos reuniu-se por diversas vezes, muitas delas junto às professoras responsáveis pelo consórcio, para pensar, elaborar e planejar todas as etapas da divulgação da pesquisa, levando em conta a peculiaridade da população-alvo. Decidiu-se por denominar o presente consórcio de pesquisa da seguinte maneira: nome principal “Saúde Rural”; complementado por “Pesquisa sobre saúde da população rural de Pelotas”. Além disso, foram reunidas as ideias para subsidiar o trabalho de construção de uma logomarca para o estudo.

O processo de criação da logomarca do consórcio foi realizado pelas profissionais Cíntia Borges e Sílvia Pinto, com as ideias sugeridas pelo grupo de mestrandos. Com um trabalho realizado em equipe, brevemente foi possível definir a logomarca que representasse bem os objetivos e o alvo da pesquisa. Com a logomarca e o nome do projeto definidos, a comissão começou a colocar em prática a divulgação do estudo. Um dos primeiros e mais importantes passos foi realizar uma reunião na Secretaria de Saúde, em maio de 2015, para apresentar a pesquisa, coletar informações importantes sobre a zona rural e esclarecer dúvidas. Nessa ocasião estavam presentes, além da Superintendente de Ações em Saúde, trabalhadores das 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que fazem parte da zona rural de Pelotas. Houve também outras reuniões nas quais participaram alguns alunos juntamente com as professoras coordenadoras, como na reunião com a EMATER Pelotas e com o IBGE. Os mestrandos também realizaram diversas visitas

a cada um dos distritos para reconhecimento dos locais e participaram de Pré-Conferências de Saúde nos distritos Quilombo e Santa Silvana, em junho de 2015, para divulgar a pesquisa. Outra reunião muito importante ocorreu em setembro de 2015 com os subprefeitos de cada distrito da zona rural de Pelotas, na Secretaria de Desenvolvimento Rural. Nessa reunião os alunos explicaram de maneira clara e sucinta o projeto de pesquisa. Cabe ressaltar que os subprefeitos foram muito solícitos, apoiaram a iniciativa e indicaram as principais maneiras através das quais os moradores da zona rural obtinham informações, ou seja, os mais efetivos meios para informar a esta população sobre a realização da pesquisa.

Com base em informações obtidas nas diversas reuniões e contatos com pessoas conhecedoras da zona rural, foram elaborados cartazes e panfletos (Figura 1) que transmitissem informações sobre a pesquisa que seria realizada, de uma forma clara, concisa e amigável.



Figura 1. Panfleto e cartaz para divulgação do consórcio.

O principal objetivo, neste momento inicial, era fazer com que a população tivesse um primeiro contato com a pesquisa e com ela se acostumasse, entendendo a importância do projeto. Além disso, um dos objetivos da divulgação foi de conquistar a confiança da população-alvo, demonstrando a seriedade da pesquisa, o que facilitaria a aceitação dos moradores em participar.

A divulgação na região geográfica do estudo iniciou na metade do segundo semestre de 2015. Os mestrados foram divididos em quatro grupos, ficando cada grupo responsável pela divulgação em dois distritos. A estratégia adotada foi a de colocar cartazes nos locais de referência de cada distrito, locais bastantes frequentados pelos moradores, como, por exemplo, Subprefeituras, Unidade Básicas de Saúde, escolas, salões de igrejas, mercados, pontos de ônibus, entre outros específicos de cada distrito. Além disso, panfletos com explicações sobre a pesquisa foram deixados nestes lugares para que os moradores pudessem ter uma melhor compreensão do estudo. Em alguns locais, como Subprefeitura e Unidades Básicas de Saúde, os próprios funcionários colocaram-se à disposição para entregar ou indicar os panfletos aos moradores que fossem ao local.

Outra estratégia de divulgação da pesquisa foi através de programas de rádio, meio de comunicação importante para alcançar a população alvo. Um texto padrão foi elaborado em conjunto com o serviço de comunicação social, com linguagem adequada ao meio de comunicação e ao público-alvo, e enviado a diversas rádios, inclusive as rádios comunitárias, ouvidas na zona rural de Pelotas, para ser veiculado. Além disso, a divulgação através do rádio foi complementada de maneira muito efetiva com duas entrevistas, dadas em momentos diferentes, por professores e mestrados para explicar o projeto.

O processo de divulgação foi intensificado no período que antecedeu o início do trabalho de campo, para assegurar que uma boa parcela dos moradores da zona rural já tivessem tido algum contato com informações sobre a pesquisa. Mais cartazes foram colocados em lugares estratégicos, como pontos em que os moradores da zona rural esperam por ônibus no centro da cidade, e mais panfletos foram distribuídos.

À comissão de divulgação coube também a responsabilidade de providenciar a confecção de camisetas, bonés e crachás com o nome e logomarca da pesquisa.

Estes serviram para identificar mestrandos e entrevistadoras e, também, como uma forma de divulgação.

Durante todo o trabalho de campo o processo de divulgação continuou sendo feito. A forma principal de divulgação neste período foi através da distribuição dos panfletos explicativos aos moradores. Estes panfletos foram levados pelos mestrandos em todos os dias de trabalho de campo sendo entregues aos participantes da pesquisa e também aos demais moradores das localidades visitadas. Neste período, também houve novas entrevistas de rádio, nas quais os mestrandos participaram, divulgando a pesquisa e esclarecendo dúvidas.

8. Estudo piloto

O estudo piloto com as entrevistadoras selecionadas na primeira etapa da seleção foi realizado no dia 13 de janeiro de 2016, em Arroio do Padre, cidade que por muitos anos fez parte da zona rural de Pelotas e, mesmo após ser emancipada, ainda possui características muito semelhantes às que seriam observadas posteriormente na zona rural de Pelotas. Cada mestrando acompanhou uma a duas entrevistadoras e realizou uma avaliação baseada em um *check list* criado pela comissão de logística e trabalho de campo. Essa etapa também foi considerada parte da seleção das mesmas.

Após o estudo piloto, foi realizada uma reunião entre os mestrandos para a discussão de situações, problemas e possíveis erros nos questionários. As modificações necessárias foram realizadas pela comissão do questionário, manual e banco de dados antes do início do trabalho de campo. Nessa reunião foi discutido entre a turma o desempenho de cada candidata e 14 entrevistadoras foram selecionadas.

9. Logística e trabalho de campo

O início do trabalho de campo se deu no dia 21/01/2016. Na rotina diária de trabalho sempre havia pelo menos um mestrando de plantão para organizar o material que viria a ser utilizado no trabalho de campo naquele dia. Pelo fato de não haver estadiômetros e balanças digitais em quantidade suficiente para todas as entrevistadoras, era necessário realizar o controle de quem estava em campo com estes instrumentos e, por isso, cada entrevistadora assinava sempre uma planilha com a distribuição deste material, atestando o recebimento. Também era de responsabilidade do mestrando plantonista ter o controle de que todas as entrevistadoras recebessem os vales-transportes e assinassem o livro-ponto. Cada entrevistadora possuía um número de identificação na sua mochila e *tablet*. Logo após, as entrevistadoras e os mestrandos escalados para irem a campo no dia, deslocavam-se ao estacionamento do prédio, onde uma micro-van os aguardava. Ao iniciar o trabalho de campo eram escalados em média seis mestrandos por dia e 12 entrevistadoras. No decorrer do trabalho de campo houve desistência e dispensa de algumas entrevistadoras, o que resultou na redução do número de entrevistadoras em campo.

O local de destino era decidido *a priori*. Inicialmente foram escolhidos os locais mais afastados com intuito de otimizar a utilização da van, pois alguns distritos eram próximos à zona urbana e com maior possibilidade de deslocar-se de outras maneiras. As comissões de amostragem e de banco de dados providenciaram mapas de todos os setores sorteados, os quais deveriam estar em campo obrigatoriamente para facilitar a localização por parte da equipe. Primeiramente, três mestrandos foram considerados os guias da equipe. Os guias eram responsáveis pela utilização do GPS para registrar as coordenadas de cada uma das casas amostradas com o objetivo de facilitar o retorno àquele local em um próximo momento, caso fosse necessário. Além disso, manuseavam os mapas e abasteciam a planilha de número de entrevistas realizadas e pendentes em cada casa. Após todo o reconhecimento de todos os domicílios amostrados a equipe dos guias foi desfeita e todos os mestrandos que estavam em campo foram responsáveis pelo manuseio do GPS, mapas e planilha a partir de então.

O horário de partida e chegada variou conforme local, períodos de safras, clima e turnos preferenciais de alguns entrevistadores. Essa variabilidade deu-se pelo fato do estudo ter iniciado no verão. O horário de partida era, geralmente, às 12 horas e 30 minutos e o tempo médio de deslocamento até a zona rural era de 1 hora e 30 minutos. Além disso, os moradores relatavam estar em suas residências logo após o horário de almoço, devido às altas temperaturas. Ao longo do estudo a escala de trabalho semanal foi alterada. Nos primeiros meses o trabalho acontecia durante os sete dias da semana, quando cada entrevistadora possuía uma folga por semana. No decorrer do estudo, por motivos logísticos e financeiros, houve uma redução dos dias de trabalho, que passou a ocorrer conforme a necessidade de atender cada setor (completar os domicílios com entrevistas pendentes).

Ao chegar ao local estabelecido, em cada residência selecionada, a abordagem inicial era realizada por um dos mestrandos responsáveis pelo consórcio, o qual primeiramente apresentava a pesquisa aos moradores e convidava os indivíduos maiores de 18 anos a participarem do estudo. Em seguida era perguntado o número de indivíduos que morava naquela residência, seu(s) nome(s), idade(s), telefone(s) e melhor turno para encontrar o(s) morador(es) em casa. Sempre que possível, as entrevistas eram realizadas no mesmo momento da seleção da residência ou era agendada uma visita na data que o participante estivesse disponível. Quando aceito o convite, a entrevistadora com menos entrevistas contabilizadas até o momento era chamada para realizar a entrevista e assim sucessivamente. Em algumas poucas ocasiões também foi necessário que os mestrandos realizassem entrevistas.

Foram considerados critérios de exclusão indivíduos com incapacidade cognitiva ou mental e que não contavam com auxílio de cuidadores/familiares responsáveis para ajudá-los a responder o questionário, hospitalizados ou institucionalizados durante o período de coleta de dados e aqueles que não falavam/compreendiam português (pequena parcela da população rural tem origem Pomerana e não fala português). Ainda, definiram-se como perdas os casos em que os indivíduos não foram encontrados após pelo menos três tentativas de contato pessoal, em dias e horários distintos, e como recusas todos aqueles que não aceitaram participar do estudo.

Devido ao pouco acesso à rede telefônica na maioria dos locais, os guias eram responsáveis pela anotação do horário em que cada entrevistadora havia deixado a van para realizar a entrevista, sendo contabilizado em torno de 1 hora e 30 minutos para retornar à residência para buscá-la. Após o término da rotina diária, ao longo do trajeto de volta, era conferido todo o material de uso das entrevistadoras e assinada a planilha de materiais pelas mesmas. Ao retornar ao CPE todas as entrevistadoras deveriam remover seus materiais da van e entregar aos mestrandos que estavam em campo. No dia seguinte a rotina se mantinha, porém com uma nova escala de supervisores.

10. Controle de qualidade

Para garantir a qualidade dos dados coletados foi realizado treinamento das entrevistadoras, elaboração de manual de instruções, verificação semanal de inconsistências no banco de dados e reforço das questões que frequentemente apresentavam erros. Além disso, os mestrandos participaram ativamente do trabalho de campo fazendo o controle direto de diversas etapas.

Após a realização das entrevistas, através do banco de dados recebido semanalmente, eram sorteados 10% dos indivíduos para aplicação de um questionário reduzido, elaborado pela comissão do questionário, contendo 10 questões. Este controle era feito pelos mestrandos por meio ligações telefônicas aos domicílios sorteados, a fim de identificar possíveis problemas no preenchimento dos questionários e calcular a concordância entre as respostas, através da estatística Kappa.

A coleta dos dados terminou no dia 12 de junho de 2016 com três entrevistadoras em campo. A comissão do banco de dados trabalhou durante quatro semanas, após a conclusão do trabalho de campo, para a entrega do banco final contendo todas as informações coletadas e necessárias para as dissertações dos mestrandos.

Durante todo o trabalho de campo foram realizadas, periodicamente, reuniões entre os mestrandos e as professoras coordenadoras, com intuito de repassar informações, auxiliar na tomada de decisões e resolução de dificuldades, bem como avaliar o andamento do trabalho. No dia 22 de agosto foi realizada uma última

reunião do Consórcio de Pesquisa 2015/2016, entre mestrandos e professoras coordenadoras, para definição das próximas etapas que ainda deveriam ser realizadas em conjunto, prazos de entrega de trabalhos de cada comissão e decisão sobre a forma de repasse dos resultados finais para a comunidade.

11. Divulgação dos resultados na comunidade

Após a conclusão das análises relativas aos temas de pesquisa dos mestrandos, será realizado um amplo processo de divulgação dos principais achados à comunidade local incluindo os gestores de saúde e, em especial, à população rural. Tendo em vista que este foi o primeiro estudo de consórcio de base populacional que se dedicou a estudar exclusivamente a população rural adulta do município, o principal objetivo a ser atingido com esta atividade é que os entrevistados conheçam as prevalências e fatores associados aos aspectos da saúde investigados e que gestores, instituições e políticos locais possam, a partir destes, promover ações efetivas que resultem em melhorias para este grupo populacional.

O grupo que coordenou e realizou o estudo divulgará os achados de modo diversificado e em linguagem compreensível em forma de seminário e de reuniões locais. Para as comunidades rurais, será elaborado material gráfico informativo contendo os principais achados, o qual será distribuído em locais de fácil acesso e amplamente frequentados pela população de cada distrito. O seminário realizar-se-á nas dependências do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, divulgando de maneira bem mais detalhada os achados e a importância de seu trabalho para gestores públicos, como subprefeitos dos distritos da zona rural, vereadores e imprensa local.

Além disso, em uma etapa mais elaborada de divulgação, a equipe responsável, com auxílio do setor de comunicação do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, irá divulgar os resultados dos estudos para a população em geral e mídia em geral (rádios locais, jornais de veiculação local e estadual e televisão).

13. Orçamento

O Consórcio de Pesquisa foi financiado por recurso proveniente da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES), no valor de R\$ 98.000,00, por recurso obtido através de patrocínio de empresas do município (R\$ 1.600,00) e por recursos dos mestrandos (R\$ 1.689,90), totalizando R\$ 101.289,90. Ao final, foram utilizados R\$ 99.732,07, conforme demonstrado nas Tabelas 4 e 5, restando um saldo de R\$ 1.557,83 a ser utilizado para divulgação dos resultados.

No total, dez *tablets*, com custo total de R\$5.500,00, foram utilizados no trabalho de campo para a coleta de dados. Os mesmos foram comprados com verba de outro pesquisador sendo devolvidos ao mesmo ao final do trabalho de campo

Tabela 4. Gastos finais da pesquisa com recursos disponibilizados pelo programa para a realização do consórcio de mestrado 2015/2016.

Item	Quantidade	Custo Total (R\$)
Amostragem*	-	2.663,67
Vales transporte	3.600	9.900,00
Transporte (Van)	103 diárias	35.570,00
Entrevistadoras (salário base)	14**	24.540,00
Pagamento de entrevistas***	1530	16.212,50
Camisetas / Serigrafia	46	1.670,00
Bonés / Serigrafia	50	900,00
Cases para Tablets	10	165,40
Cópias / Impressões****	19.500	4.820,60
Total	-	96.442,17

*Pró-labore e custeio/despesas de viagem da Prof^a. Regina Bernal para o processo de amostragem do estudo

** Número de entrevistadoras variou conforme andamento do campo

***Inicialmente o preço por entrevista completa realizada era de R\$10,00, posteriormente passou para R\$15,00

**** Reprodução de materiais: questionários, planilhas, TCLE, crachás, *flyers*, folders e cartazes

Tabela 5. Gastos finais da pesquisa com recursos obtidos através de patrocínio e dos mestrandos. Consórcio 2015/2016, Pelotas-RS.

Item	Quantidade	Custo Total (R\$)
GPSPGarminnuvi 2415 _{LT} *	1	497,00
Seguro de vida das entrevistadoras	14	315,00
Kit primeiros socorros	1	114,75
Material de escritório	-	91,37
Conserto de 01balança e 02 tablets	3	671,78
Bateção**	1	1.600,00
Total		3.289,90

* Esse modelo de GPS pode ser utilizado em modo *offline*, ideal para zona rural onde o acesso à internet é limitado

** Embora não tenha sido finalizado o processo de “bateção”, houve pagamento para a pessoa a cargo dessa tarefa durante sua execução.

REFERÊNCIAS

1. Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS, Assunção MCF, Gigante D, Fassa AG, et al. O Mestrado do Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2008;11:133-44.
2. IBGE. Censo Brasileiro 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011.
3. REDCap. Nashville: Research Eletronic Data Capture; [updated 2016 May; cited 2016 Aug 30].
4. Habicht JP. Estandarizacion de metodos epidemiologicos cuantitativos sobre el terreno. *Boletin de la oficina Sanitaria Panamericana*. 1974.



ARTIGO

*Este artigo será submetido à Revista de Saúde Pública, conforme as normas contidas no ANEXO 2.

Qualidade da dieta de moradores da zona rural do sul do Brasil

Quality of the diet of rural residents in southern Brazil

Qualidade da dieta na zona rural

Quality of diet in rural areas

Mayra Pacheco Fernandes¹; Renata Moraes Bielemann¹; Anaclaudia Gastal Fassa²

¹Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Rua Marechal Deodoro, 1160, 3º piso, Pelotas/RS. CEP 96020-220.

²Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Av. Duque de Caxias, 250, 2º piso, Pelotas/RS. CEP 96030-000.

Endereço para correspondência:

Mayra Pacheco Fernandes

Rua: Marechal Deodoro, 1160, 3º piso – Centro

Caixa Postal 464 / 96020-220 – Pelotas/RS

Fone/Fax: +55 (53) 3284-1300

E-mail: pfmayra@hotmail.com

RESUMO

OBJETIVO: Descrever a qualidade da dieta de moradores da zona rural de Pelotas-RS e avaliar os fatores associados.

MÉTODOS: Foi realizado estudo transversal de base populacional com moradores de 18 anos ou mais, da zona rural de Pelotas (RS). O consumo alimentar foi avaliado por um questionário de frequência alimentar de 13 itens, adaptado de Gomes et al (2016), referente ao consumo da última semana. A qualidade da dieta foi avaliada pelo Índice de Qualidade da Dieta de Adultos (IQD-A). Os alimentos saudáveis receberam pontuação de forma crescente enquanto os alimentos não saudáveis receberam pontuação decrescente conforme a frequência de consumo, formando escores de 0 a 30. A pontuação total foi dividida em tercís. Indivíduos do 3º tercil foram classificados com melhor qualidade da dieta. A associação entre a qualidade da dieta e as variáveis independentes foi investigada através de regressão logística multinomial.

RESULTADOS: Foram entrevistados 1519 indivíduos com média de IQD-A de 17,1 pontos (DP = 3,3) e mediana de 17,0 (amplitude de 10 a 25 pontos). Embora a população estudada mantenha o consumo de alimentos básicos, a ingestão de alimentos industrializados como refrigerantes, sucos artificiais e de alimentos não saudáveis como doces foi alta. Indivíduos mais velhos apresentaram 7 vezes (IC95% 4,20; 12,48) mais chance de ter melhor qualidade da dieta. As mulheres, indivíduos com maior nível econômico, que trabalhavam com venda de animais ou que possuíam diabetes apresentaram cerca de 2 vezes mais chance de estarem no grupo de melhor qualidade da dieta. Indivíduos cujas famílias trabalhavam com pesca apresentaram 70% menor chance de estar no grupo de melhor qualidade da dieta.

CONCLUSÃO: O fato dos mais jovens estarem concentrados no tercil de pior qualidade da dieta sugere que a transição nutricional está se aprofundando com o passar dos anos. Assim, são necessárias políticas públicas, especialmente educacionais, que visem à reversão desse processo.

DESCRIPTORIOS: Dieta. Alimentação. Adultos. Idosos. População rural. Zona rural.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the quality of diet among residents of the Pelotas-RS rural area and the associated factors.

METHODS: A population-based cross-sectional study was carried-out with residents aged 18 years or older from the rural area of Pelotas (RS). Food consumption was evaluated by a food frequency questionnaire with 13 items, adapted from Gomes et al (2016), based on consumption of last week. The Adult Diet Quality Index (IQD-A) assessed quality of diet. Healthy foods received increasing scores whereas unhealthy foods received decreasing scores according to the frequency, with total score from 0 to 30. Score was divided into tertiles. Individuals from the third tertile were classified with better quality of the diet. Association between quality of diet and independent variables was investigated through multinomial logistic regression.

RESULTS: A total of 1519 individuals were interviewed with a mean IQD-A of 17.1 points (SD = 3.3) and a median of 17.0 (ranging from 10 to 25 points). Although the population studied maintains staple food consumption, intake of industrialized foods such as soft drinks, artificial juices and unhealthy foods like sweets was high. Older subjects were 7 times (CI95% 4,20; 12,48) more likely to have better diet quality. Women, individuals with higher economic status, who sell animals or have diabetes were around two times more likely to be in the best quality of diet group. Individuals whose families work with fishing presented 70% less odds of being in the group of better quality of diet.

CONCLUSION: Result concerning younger ones are concentrated in the group with poorest quality of diet suggests nutritional transition is growing over years. Thus, public policies, especially educational, are needed to reverse this process.

KEY WORDS: Diet. Feeding behavior. Adults. Elderly. Rural population

Introdução

A zona rural no Brasil está enfrentando o envelhecimento populacional¹, bem como o aumento da prevalência de excesso de peso² e de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs)³. A dieta inadequada é um importante fator de risco para as DCNTs, estando também associada com incapacidade e morte prematura⁴. Uma revisão sistemática aponta que a população brasileira necessita melhorar a qualidade da dieta devido ao baixo consumo de frutas, verduras, legumes, leite e derivados e ao alto consumo de gordura⁵.

Avaliar a qualidade da dieta em estudos epidemiológicos é um desafio, uma vez que limitações nos métodos dietéticos dificultam a acurada aferição do consumo alimentar. Nesse sentido, vários estudos têm utilizado o Índice de Qualidade da Dieta (IQD) construído a partir de informações da ingestão alimentar através de recordatório de 24 horas⁶ ou pelo Questionário de Frequência Alimentar (QFA) o qual pode ser composto por uma lista de alimentos⁷ ou por marcadores do consumo alimentar⁸.

A zona rural, especialmente aquela voltada para agricultura familiar, caracterizava-se por produzir alimentos para subsistência⁹. Entretanto, este cenário vem se modificando com a ampliação da monocultura¹⁰. Este aspecto, somado às barreiras existentes no acesso a bens de consumo como a baixa escolaridade e renda, as grandes distâncias e a dificuldade de acesso ao transporte público, comércio e serviços de saúde¹¹ podem estar modificando a qualidade da dieta dessa população.

São escassos os estudos sobre dieta na zona rural. Na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)³ a zona rural em comparação com a zona urbana teve maior consumo de feijão e alimentos fonte de gordura, além de menor consumo de frutas, verduras

e legumes, doces e refrigerantes. Estudos sobre qualidade da dieta na zona urbana apontam que mulheres, indivíduos mais velhos^{7, 12}, com maior escolaridade^{7, 12} e maior nível econômico¹² apresentam dieta de melhor qualidade. Entretanto, não existem estudos sobre os fatores associados à qualidade da dieta na zona rural no Brasil.

Considerando a importância de uma dieta adequada na promoção da saúde, bem como, a escassez de informações sobre qualidade da dieta na zona rural este estudo objetiva descrever a qualidade da dieta de moradores da zona rural de Pelotas no Rio Grande do Sul (RS) bem como avaliar os fatores à ela associados.

Metodologia

Entre janeiro a junho de 2016 foi realizado estudo transversal de base populacional, com residentes da zona rural de Pelotas (RS), com 18 anos ou mais. Esse estudo fez parte de um consórcio de pesquisa que teve como objetivo conhecer características da saúde dessa população. Foram excluídos do estudo indivíduos institucionalizados, aqueles com incapacidades mentais que os impossibilitasse de responder o questionário, indivíduos acamados sem possibilidade de se comunicar e/ou cujo cuidador/responsável não soubesse relatar o consumo alimentar e também adultos ou idosos em nutrição enteral ou parenteral.

Amostra

Para estimar a prevalência de consumo dos alimentos utilizou-se como referência a prevalência de 10,8% para o consumo de frango da PNS (2013)³ referente à área rural. Assim, com nível de confiança de 95%, erro aceitável de 2,5

pontos percentuais, efeito de delineamento de 2,0e 10% para perdas e recusas, a amostra necessária foi de 1302 indivíduos.

A amostra foi selecionada em dois estágios, tendo como unidade amostral primária os setores censitários definidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram listados os 50 setores censitários da zona rural de acordo com a malha do Censo de 2010¹. Os setores que possuíam sete domicílios ou menos foram excluídos. Isto resultou em 45 setores censitários, 24 foram selecionados de forma sistemática. Em cada setor foram selecionadas 30 residências, resultando em 720 domicílios.

Para o estágio de reconhecimentos dos domicílios utilizou-se o *software Google Earth* juntamente com um mapa virtual do estado do Rio Grande do Sul, fornecido pelo IBGE. A partir das imagens aéreas, determinou-se núcleos com maior aglomerado de domicílios, em cada setor, ordenados de maneira decrescente ao número de casas identificadas pelas imagens de satélite. Para a seleção dos domicílios amostrados foi realizado um sorteio aleatório no centro do primeiro núcleo (com mais aglomerado de casas) indicando a direção do início a ser percorrido, até selecionar as 30 casas. Quando se chegava ao fim da direção apontada sem que 30 casas fossem identificadas, reiniciava-se o processo pela próxima via, à direita da primeira. Após o rastreamento de todo o primeiro núcleo, caso não fosse alcançado o total de 30 residências, seguia-se em direção ao centro do segundo núcleo, repetindo-se o descrito anteriormente. O artigo metodológico deste estudo está em processo de publicação, e apresentará mais detalhes da amostragem.

Variáveis dependentes

A qualidade da dieta foi avaliada pela metodologia proposta por Gomes et al (2016)⁸, que realizou estudo com idosos da zona urbana do mesmo município. A

versão adaptada de Questionário de Frequência Alimentar (QFA) foi composta por 13 marcadores do consumo alimentar, referente ao consumo na última semana, de legumes e verduras, frutas, feijão, leite, alimentos integrais, carne vermelha, frango/galinha, frituras, alimentos em conservas ou enlatados, embutidos, alimentos congelados e prontos para consumo (alimentos industrializados), doces, refrigerantes ou sucos artificiais. O consumo de *fast-foods* não foi questionado.

O consumo alimentar foi agrupado em quatro categorias: não comeu, 1-3 dias, 4-6 dias e diariamente. Para avaliar a qualidade da alimentação foram atribuídos pontos de acordo com as categorias de consumo, variando de zero até três⁸. Os alimentos considerados saudáveis receberam pontuação de forma crescente (não consumiram = zero pontos, consumiram todos os dias = três pontos), enquanto os alimentos considerados não saudáveis receberam pontuação decrescente (não consumiram = três pontos, consumiram todos os dias = zero pontos).

As somas dos pontos formaram escores entre 0 e 30, resultando no Índice de Qualidade da Dieta de Adultos (IQD-A), o qual foi dividido em tercís, constituindo três categorias de qualidade da dieta, sendo considerados no 3º tercíl os indivíduos com melhor e no 1º tercíl os indivíduos com pior qualidade da dieta.

Variáveis independentes

A amostra foi caracterizada quanto aos aspectos socioeconômicos, demográficos, ocupacionais e de saúde: sexo (observado), cor da pele (observada e posteriormente dicotomizada em “branca” e “não branca”); idade (anos completos, posteriormente classificados em “18 a 24 anos”, “25 a 39 anos”, “40 a 59 anos” e “60 anos ou mais”; escolaridade (anos completos, sendo posteriormente categorizado em “0 a 4 anos”, “5 a 8 anos” e “9 ou mais”), situação conjugal (com

companheiro/sem companheiro); nível econômico, coletado segundo instrumento proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP) e categorizado em “A/B” (mais alto), “C” e “D/E” (mais baixo); e o número de moradores (categorizado em “1”, “2”, “3” e “4 ou mais”). Também avaliou-se as atividades rurais realizadas pelo próprio entrevistado ou por algum membro da família, como trabalho com pesca, venda de animais e venda de produtos agrícolas, com opções de respostas dicotômicas (não/sim). As morbidades hipertensão arterial e diabetes *mellitus* foram obtidas a partir de auto relato de diagnóstico médico de cada uma das doenças. O teste Kappa da variável escolaridade, obtido a partir questionário reduzido de controle de qualidade, aplicado a 10% dos entrevistados, apresentou 76,3% de repetibilidade além do acaso.

Análise de dados

Os dados foram coletados em *tablets* do modelo Samsung® GalaxyTab e inseridos diretamente em base eletrônica pelo questionário aplicado em RedCap (*Research Electronic Data Capture*). As análises foram realizadas no programa Stata, versão 12.1 (Stata Corp, CollegeStation, Estados Unidos). A caracterização da amostra foi obtida através de análise descritiva. As médias e desvios padrões dos escores dos grupos ou combinações de alimentos de acordo com os tercis de qualidade da dieta foram calculadas por Anova ou Kruskal Wallis, quando aplicável. As medidas de efeito foram estimadas por regressão logística multinomial de forma a obter o *odds ratio* bruto e ajustado conforme as categorias do IQD-A, sendo a categoria de baixa qualidade de dieta a categoria de referência. A análise ajustada considerou dois níveis hierárquicos. No primeiro nível foram incluídas as variáveis demográficas e socioeconômicas (sexo, idade, cor da pele, situação conjugal,

escolaridade, número de moradores, trabalho com pesca, venda de animais e venda de produtos agrícolas) as quais apresentaram valor- $p < 0,20$ na análise bruta. No segundo nível foram acrescentadas hipertensão e diabetes *mellitus*. Variáveis com valor- $p < 0,20$ foram mantidas no modelo final. As associações estatísticas com $p \leq 0,05$ foram consideradas significativas. O efeito de delineamento amostral foi considerado em todas as análises, através do uso do comando *svy*. Também utilizou-se ponderação considerando-se o número de domicílios fixos de acordo com dados do IBGE e os amostrados dentro dos distritos da zona rural de Pelotas.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, com o número de protocolo 51399615.7.0000.5317. Os sujeitos da pesquisa ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Foram amostrados 1.697 indivíduos elegíveis para o estudo. As perdas e recusas totalizaram 178 pessoas (10,5%), sendo a maioria do sexo masculino (70,8%) e com idade entre 40 e 59 anos (7,6%), totalizando 1.519 adultos entrevistados. Todos os participantes responderam ao QFA.

Observou-se que 51,7% da amostra foi composta por mulheres, 66,0% eram indivíduos com mais de 40 anos, 85,1% tinha a cor da pele branca e 60,3% não tinha companheiro. Quanto aos aspectos socioeconômicos, 75,6% da amostra tinham menos de oito anos de estudo, um quarto pertencia à classe D ou E e quase metade dos domicílios tinham quatro ou mais moradores. Acerca das atividades

econômicas realizadas pelo próprio entrevistado ou por algum membro da família, um terço vendia produto agrícola, 11% vendia animais e apenas 4,9% trabalhava com pesca (Tabela 1).

Conforme apresentado na Figura 1, observou-se maior prevalência de consumo de alimentos saudáveis em comparação aos não saudáveis, exceto quanto ao alto consumo de refrigerante ou bebidas açucaradas e a baixa prevalência de consumo de frango e alimentos integrais. Entre os alimentos com maior prevalência de consumo diário, destacam-se o leite (34,0%), refrigerante ou bebidas açucaradas (33,4%), feijão (32,4%), frutas (31,0%), legumes ou verduras (28,5%) e carne vermelha (25,5%). O restante apresentou prevalência de consumo diário inferior a 15%.

A média de pontos do IQD-A foi de 17,1 (DP = 3,3) e a mediana foi de 17,0, com amplitude de valores entre 10 e 25 pontos. A média dos escores de cada grupo de alimentos de acordo com os tercís de qualidade da dieta pode ser observada na Tabela 2. Na categoria de melhor qualidade da dieta encontraram-se as maiores médias para os alimentos saudáveis (indicando maior consumo) e não saudáveis (indicando menor consumo). Os alimentos que contribuíram com maior pontuação para a categoria de melhor qualidade foram frutas, legumes/verduras, leite e feijão, já com menor pontuação foram as frituras, alimentos embutidos e/ou em conserva e industrializados. Apesar disso, os indivíduos com melhor qualidade da dieta apresentaram baixo consumo de carnes e/ou frango e alimentos integrais, mas um alto consumo de refrigerantes, sucos artificiais ou doces, sendo estes elevados para todos os grupos de qualidade da dieta. Vale ainda ressaltar que em todos os tercís de qualidade da dieta observou-se um baixo consumo de alimentos embutidos e/ou em conserva e industrializados.

Na análise bruta, sexo, idade, situação conjugal, número de moradores, nível econômico, trabalhar com pesca e referir diagnóstico médico de hipertensão ou diabetes estiveram significativamente associados com alta qualidade da dieta (Tabela 3). Após análise ajustada (Tabela 4), situação conjugal, número de moradores e diagnóstico médico de hipertensão perderam a significância, porém tornando-se a venda de animais associada ao desfecho. Mulheres apresentaram 2,4 vezes mais chance (IC95% 1,61; 3,44) de ter uma melhor qualidade da dieta comparada aos homens. Observou-se que idade está diretamente associada à melhor qualidade da dieta, sendo que indivíduos com 60 anos ou mais tiveram 7 vezes mais chance (IC95% 4,20; 12,48) de enquadrarem-se no tercil de melhor qualidade da dieta quando comparados aos de 18 e 24 anos. Indivíduos pertencentes à classe A ou B apresentaram 2,4 vezes mais chance (IC95% 1,49; 3,76) de estar na categoria de melhor qualidade da dieta comparada aos indivíduos da classe D ou E.

Em relação às variáveis de atividade rural observou-se que indivíduos que possuíam membros da família trabalhando com pesca apresentaram 70% menor chance de estarem na categoria de melhor qualidade da dieta ($p=0,005$). Porém, indivíduos que tinham membros da família trabalhando com venda de animais mostraram 84% maior chance de estarem na categoria de melhor qualidade da dieta ($p=0,020$). Indivíduos que relataram diagnóstico médico de diabetes *mellitus* apresentaram 2 vezes mais chance (IC95% 1,33; 3,42) de ter uma melhor qualidade da dieta.

Discussão

Com relação à qualidade da dieta, quase metade dos adultos e idosos da zona rural de Pelotas alcançaram apenas metade da pontuação máxima a ser obtida. Apesar da alta frequência de alimentos saudáveis, indivíduos com melhor qualidade da dieta também apresentaram alto consumo de refrigerantes, sucos artificiais ou doces. Mulheres, participantes mais velhos, com maior nível econômico, que eles ou os familiares trabalhavam com venda de animais ou que possuíam diabetes apresentaram maior chance de enquadrarem-se no tercil de melhor qualidade da dieta. Em contrapartida, indivíduos cujas famílias trabalhavam com pesca apresentaram menor chance de ter uma melhor qualidade da dieta.

Apesar do alto consumo de refrigerantes, sucos artificiais ou doces, a alimentação dos adultos e idosos moradores da zona rural caracteriza-se pelo alto consumo de alimentos básicos e baixo consumo de alimentos industrializados. Esses resultados são consistentes com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que aponta que a dieta dos moradores rurais apresenta melhor qualidade¹³, indicando um perfil alimentar diferente da população brasileira em geral, que já caracteriza-se pela substituição do consumo de alimentos básicos como arroz, feijão, frutas, legumes ou verduras, pelo consumo de alimentos industrializados¹⁴. O alto consumo de refrigerantes, sucos artificiais ou doces observado é prejudicial pela relação deste com a ocorrência de DCNTs como obesidade e diabetes¹⁴.

A maior concentração de mulheres e indivíduos mais velhos no grupo de melhor qualidade da dieta é consistente com os estudos realizados na zona urbana^{7, 12}, enquanto a associação com nível econômico é controversa^{7, 12}. As mulheres em geral possuem melhor alimentação, além de maior cuidado com a saúde e com o

corpo, tendo maior conhecimento nutricional do que os homens, passando assim a incluir alimentos mais saudáveis na dieta^{15, 16}. A melhor qualidade da alimentação dos indivíduos mais velhos pode ter relação com a formação de hábitos alimentares em uma época em que havia baixa oferta de alimentos processados ou ultraprocessados¹⁷. O aumento da prevalência de doenças crônicas nos mais velhos aumenta a busca por serviços de saúde, ampliando a oportunidade de recebimento de orientações que contribuem para melhores escolhas alimentares¹⁸, sendo a adesão a um estilo de vida saudável necessária para a própria sobrevivência. Há também, nos mais velhos, viés de sobrevivência, uma vez que idosos apresentariam pior dieta tendem a ter maior risco de morte, de modo que a amostra refletiria idosos sobreviventes com melhor dieta.

Indivíduos com maior poder aquisitivo possuem maior acesso à compra de alimentos mais saudáveis¹⁹, o que pode explicar a maior proporção de pessoas das classes econômicas mais alta no tercil de melhor qualidade da dieta. O gasto com alimentação é o segundo mais importante na participação das despesas familiares e o de maior peso no orçamento para famílias da zona rural e para as de baixa renda²⁰. Porém essa relação não foi completamente elucidada, tendo em vista que os estudos mostram um efeito positivo do nível econômico na qualidade da dieta com aumento de consumo de frutas, verduras ou legumes^{21, 22}, mas também alto consumo de alimentos ricos em gordura saturada e carboidratos simples. Assim, a renda pode influenciar o consumo alimentar, sem que isto se reflita necessariamente na qualidade da alimentação²¹.

Vários estudos apontam uma associação positiva entre escolaridade e qualidade da dieta^{7, 12, 23}. Neste estudo, escolaridade foi correlacionada ao nível econômico e por isto foi excluída do modelo final. Indivíduos com maior escolaridade

possuem mais informação sobre como ter uma dieta saudável e sobre a importância desta para a saúde¹². Consistente com outros estudos conduzidos na zona urbana de municípios, a cor da pele e a situação conjugal não tiveram associadas à qualidade da dieta^{7, 12}.

Quanto às atividades rurais, a maior proporção de indivíduos que possuem membros da família trabalhando com pesca no grupo de pior qualidade da dieta e maior proporção de indivíduos que possuem membros da família trabalhando com venda de animais no tercil de melhor qualidade da dieta pode dever-se à confusão residual do nível econômico. O distrito rural de Pelotas em que a pesca consiste na principal atividade econômica é similar à zona urbana periférica e menos abastada de Pelotas, em relação à organização de vias e acesso a serviços, guardando semelhança também em relação à qualidade da dieta. Além disso, o trabalho na pesca implica em longas jornadas de trabalho podendo dificultar o acesso a alimentação saudável. Já a venda de animais poderia estar relacionada a uma maior diversificação de atividade econômica.

Consistente com a literatura⁶ maior proporção de indivíduos diabéticos estavam no grupo de melhor qualidade da dieta, porém esta associação é afetada por causalidade reversa, uma vez que, após este diagnóstico os indivíduos são orientados a reduzir o consumo de carboidratos simples²⁴. Entretanto, indivíduos diagnosticados com hipertensão não apresentaram melhor qualidade da dieta. Isto poderia estar relacionado a uma maior ênfase na orientação para reduzir o sal, do que para reduzir o consumo de gorduras²⁵, ou a uma menor adesão dos hipertensos a este aspecto do tratamento.

Este é o primeiro estudo de base populacional sobre a qualidade da dieta em moradores da zona rural. O percentual baixo de perdas e recusas reforça a

representatividade da amostra estudada. Entre as limitações, deve-se observar que para ampliar a comparabilidade com o estudo de Gomes e colaboradores⁸ optou-se por não considerar o teor de gordura no leite e na carne, isto pode resultar em erro de classificação dos sujeitos superestimando o tercil de melhor qualidade da dieta. Também deve-se considerar que, devido ao agrupamento de alguns alimentos para constituir o componente para o escore, ocorreu a perda de informação específica de cada alimento. Outra limitação está relacionada a potenciais imprecisões na classificação de nível econômico pelo critério da ABEP, uma vez que este foi desenvolvido para a zona urbana.

Conclui-se que são necessárias políticas públicas que promovam a manutenção do baixo consumo de alimentos industrializados e incentive a substituição de refrigerante, sucos artificiais ou doces por frutas, verduras e legumes. Isto pode ser inserido no contexto de políticas para diversificação de culturas, incluindo o cultivo para o próprio consumo. Estas políticas devem priorizar famílias de baixo nível econômico.

A transição nutricional parece mais avançada nos adultos mais jovens. Considerando que os hábitos alimentares são formados na infância e o papel das crianças na transformação dos hábitos familiares é importante incluir atividades de educação alimentar e nutricional nas escolas. As Unidades Básicas de Saúde também são espaços privilegiados para educação alimentar e nutricional e deve enfatizar o grupo de pessoas portadoras de hipertensão que parecem não estar aderindo a uma dieta mais saudável. Atenção especial deve ser dispensada aos pescadores que, além das atividades educacionais, devem ter apoio para acessar as políticas de renda mínima.

Referências

1. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2010. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Rio de Janeiro. 2010.
2. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento: Rio de Janeiro. 2010.
3. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão: Rio de Janeiro. 2014.
4. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2012;380(9859):2224-60.
5. Moreira PRS, Rocha NP, Milagres LC, Novaes JFd. Análise crítica da qualidade da dieta da população brasileira segundo o Índice de Alimentação Saudável: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(12):3907-23.
6. Assumpção Dd, Domene SMÁ, Fisberg RM, Barros MBdA. Qualidade da dieta e fatores associados entre idosos: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30(8):1680-94.
7. Loureiro AdS, Silva RMVGd, Rodrigues PRM, Pereira RA, Wendpap LL, Ferreira MG. Diet quality in a sample of adults from Cuiabá (MT), Brazil: Association with sociodemographic factors. *Revista Nutrição*. 2013;26(4):431-41.

8. Gomes AP, Soares ALG, Gonçalves H. Baixa qualidade da dieta de idosos: estudo de base populacional no sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(11):3417-28.
9. Grisa C, Schneider S. "Plantar pro gasto": a importância do autoconsumo entre famílias de agricultores do Rio Grande do Sul. *Revista de Economia e Sociologia Rural*. 2008;46(2):481-515.
10. Perestrelo JPP, Martins IS. Modernização rural: transformações econômicas e suas implicações demográficas, epidemiológicas e nutricionais nos municípios de Monteiro Lobato e Santo Antônio do Pinhal. *Saúde e Sociedade*. 2003;12(2):38-55.
11. Dias EC. Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil. In: Pinheiro TMM, organizador *Saúde do trabalhador rural –RENAST* Brasília: Ministério da Saúde. 2006:1-27.
12. Morimoto JM, Latorre MdRDdO, César CLG, Carandina L, Barros MBdA, Goldbaum M, et al. Fatores associados à qualidade da dieta de adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, 2002. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24(1):169-78.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília. 2013;1:1-86.
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;2º edição:1-158.
15. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Daltoé T, et al. Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. *Cadernos de Saúde Pública Rio de Janeiro*. 2008;24(2):353-63.

16. Hiza HAB, Casavale KO, Guenther PM, Davis CA. Diet quality of Americans differs by age, sex, race/ethnicity, income, and education level. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2013;113(2):2212-672.
17. Mondini L, Moraes SAd, Freitas ICMd, Gimeno SGA. Consumo de frutas e hortaliças por adultos em Ribeirão Preto, SP. *Revista de Saúde Pública*. 2010;44(4):686-94.
18. Muniz LC, Schneider BC, Silva ICMd, Matijasevich A, Santos IS. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2012;46(3):534-42.
19. Zart VB, Aerts D, Rosa C, Béria JU, Raymann BW, Gigante LP, et al. Cuidados alimentares e fatores associados em Canoas, RS, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2010;19(2).
20. Coelho AB, Aguiar DRDd, Fernandes EA. Padrão de consumo de alimentos no Brasil. *Revista de Economia e Sociologia Rural*. 2009;47(2):335-62.
21. Pinho CPS, Diniz AdS, Arruda IKGd, Lira PICd, Cabral PC, Siqueira LAS, et al. Consumo de alimentos protetores e preditores do risco cardiovascular em adultos do estado de Pernambuco. *Revista Nutrição*. 2012;25(3):341-51.
22. Mondinil L, Moraes SAd, Freitas ICMd, Gimeno SGA. Consumo de frutas e hortaliças por adultos em Ribeirão Preto, SP. *Revista de Saúde Pública*. 2010;44(4):686-94.
23. Forshee RA, Storey ML. Demographics, not beverage consumption, is associated with diet quality. *International Journal of Food Sciences and Nutrition* 2006;57(7-8):494-511.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. *Cadernos de Atenção Básica*.

Hipertensão arterial sistêmica – HAS e Diabetes mellitus – DM. Ministério da Saúde: Brasília. 2001.

25. Flores TR, Nunes BP, Assunção MCF, Bertoldi AD. Hábitos saudáveis: que tipo de orientação a população idosa está recebendo dos profissionais de saúde? Revista Brasileira de Epidemiologia. 2016;19(1):167-80.

Tabela 1. Descrição da amostra conforme as variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde. Pelotas, RS (n=1.519).

Variável	N	% (IC95%)
Sexo		
Masculino	734	48,3 (46,2; 50,3)
Feminino	785	51,7 (49,7; 53,7)
Idade (anos)		
18-24	174	11,4 (10,0; 12,9)
25-39	341	22,6 (18,9; 26,1)
40-59	593	39,2 (36,8; 41,6)
60 ou mais	411	26,8 (23,4; 30,2)
Cor da pele		
Branca	1.296	85,1 (79,6; 90,6)
Não branca	223	14,9 (9,4; 20,4)
Situação conjugal		
Sem companheiro	920	60,3 (55,9; 64,6)
Com companheiro	599	39,7 (35,4; 44,1)
Escolaridade (anos completos)		
0-4	582	38,7 (32,2; 45,1)
5-8	558	36,9 (32,6; 41,2)
9 ou mais	369	24,4 (18,0; 30,9)
Nº de moradores		
1	94	6,2 (4,5; 7,9)
2	388	25,6 (20,2; 31,1)
3	395	26,4 (22,1; 30,6)
4 ou mais	635	41,8 (33,7; 49,9)

Tabela 1 (continuação). Descrição da amostra conforme as variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde. Pelotas, RS (n=1.519).

Variável	N	% (IC95%)
Nível econômico (ABEP)		
A/B	301	20,0 (14,3; 25,7)
C	814	53,8 (48,2; 59,3)
D/E	388	26,3 (20,1; 32,4)
Trabalha com pesca		
Não	1.448	95,1 (88,4; 101,7)
Sim	64	4,9 (-1,7; 11,6)
Vende animais		
Não	1.341	89,0 (84,4; 93,6)
Sim	171	11,0 (6,4; 15,6)
Vende produto agrícola		
Não	1.010	67,3 (52,7; 82,0)
Sim	502	32,7 (18,0; 47,3)
HAS		
Não	994	65,7 (62,2; 69,2)
Sim	522	34,3 (30,8; 37,8)
DM		
Não	1.363	89,8 (88,3; 91,3)
Sim	153	10,2 (8,7; 11,7)

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; **HAS:** Hipertensão; **DM:** Diabetes *Mellitus*

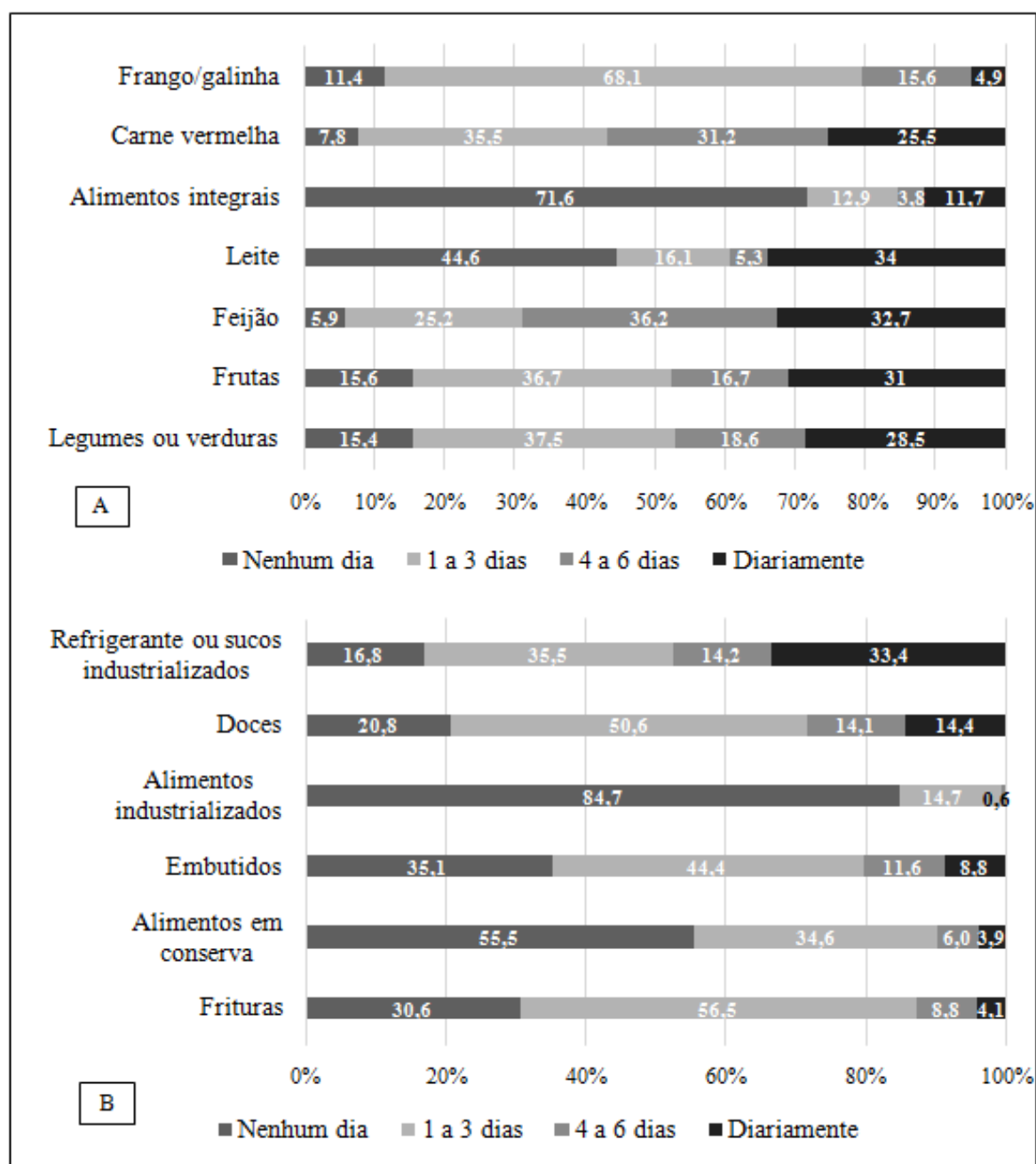


Figura 1. Frequência do consumo de alimentos saudáveis (A) e não saudáveis (B) na última semana. Pelotas, RS (n=1.519).

Tabela 2. Média e desvio padrão de cada componente e das categorias do IQD-A. Pelotas, RS (n=1.519).

Combinação ou grupo de alimentos	Amplitude de escore	Qualidade da alimentação			Valor-p
		Pior Média (DP)	Intermediária Média (DP)	Melhor Média (DP)	
Saudáveis ^a					
Frutas	0-3	1,04 (0,88)	1,52 (1,01)	2,36 (0,89)	0,0001*
Legumes ou verduras	0-3	1,00 (0,87)	1,64 (1,00)	2,20 (0,93)	0,0001*
Feijão	0-3	1,66 (0,91)	2,03 (0,89)	2,18 (0,83)	<0,001#
Leite	0-3	0,55 (0,97)	1,25 (1,28)	2,10 (1,26)	0,0001*
Carne e/ou frango	0-3	0,14 (0,49)	0,42 (0,87)	1,13 (1,26)	0,0001*
Integrais	0-3	1,47 (0,54)	1,57 (0,51)	1,66 (0,52)	<0,001#
Não saudáveis ^b					
Frituras	0-3	1,87 (0,79)	2,13 (0,68)	2,41 (0,61)	0,0001*
Embutidos e/ou em conserva	0-3	1,89 (0,62)	2,04 (0,64)	2,25 (0,64)	<0,001#
Congelados (industrializados)	0-3	2,76 (0,46)	2,84 (0,40)	2,91 (0,29)	0,0001*
Refrigerante, sucos artificiais ou doces	0-3	1,19 (0,70)	1,49 (0,65)	1,74 (0,69)	<0,001#
Total	0-30	13,6 (1,46)	16,9 (0,81)	20,94 (1,82)	0,0001*

a Maiores médias indicam maior frequência de consumo; **b** Maiores médias indicam menor frequência de consumo; *Kruskal-Wallis; # Anova

Tabela 3. Análise bruta entre qualidade da dieta e as variáveis demográficas, econômicas e de saúde. Pelotas, RS (n = 1.519).

Variável	Qualidade da dieta ^a			
	Intermediária OR (bruto)	Valor-p*	Melhor OR (bruto)	Valor-p*
Sexo		0,142		<0,001
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	1,21 (0,93; 1,59)		2,23 (1,62; 3,07)	
Idade (anos)		<0,001 ^t		<0,001 ^t
18-24	1,00		1,00	
25-39	1,54 (1,00; 2,39)		1,78 (1,10; 2,90)	
40-59	2,24 (1,54; 3,26)		2,79 (1,85; 4,19)	
60 ou mais	2,87 (1,97; 4,17)		7,49 (4,51; 12,44)	
Cor da pele		0,320		0,126
Branca	1,00		1,00	
Não branca	0,82 (0,55; 1,23)		0,74 (0,50; 1,09)	
Situação conjugal		0,011		0,047
Sem companheiro	1,00		1,00	
Com companheiro	0,70 (0,54; 0,92)		0,77 (0,59; 0,99)	
Escolaridade (anos completos)		0,161		0,161
0-4	1,00		1,00	
5-8	0,72 (0,52; 0,99)		0,67 (0,49; 0,92)	
9 ou mais	0,80 (0,58; 1,09)		0,93 (0,68; 1,29)	
Nº de moradores		0,698 ^t		0,001 ^t
1	1,22 (0,91; 1,64)		2,67 (1,51; 4,72)	
2	1,08 (0,74; 1,57)		2,10 (1,33; 3,30)	
3	1,01 (0,51; 2,00)		1,71 (1,19; 2,48)	
4 ou mais	1,00		1,00	
Nível econômico (ABEP)^b		0,545 ^t		0,049 ^t
A/B	1,18 (0,71; 1,94)		1,83 (0,99; 3,4)	
C	1,05 (0,67; 1,65)		1,08 (0,74; 1,58)	
D/E	1,00		1,00	
Trabalha com pesca		0,001		0,018
Não	1,00		1,00	
Sim	0,48 (0,32; 0,71)		0,27 (0,09; 0,78)	

^a Categoria de referência: pior qualidade da dieta; ^b Maior número de missing: 32; *Regressão Logística Multinomial; ^tTendência Linear; **ABEP**: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

Tabela 3 (continuação). Análise bruta entre qualidade da dieta e as variáveis demográficas, econômicas e de saúde. Pelotas, RS (n = 1.519).

Variável	Qualidade da dieta ^a			
	Intermediária OR (bruto)	Valor-p*	Alta OR (bruto)	Valor-p*
Vende animais		0,158		0,053
Não	1,00		1,00	
Sim	1,33 (0,88; 2,01)		1,55 (0,99; 2,41)	
Vende produto agrícola		0,552		0,098
Não	1,00		1,00	
Sim	1,11 (0,78; 1,58)		0,61 (0,34; 1,10)	
HAS		0,133		<0,001
Não	1,00		1,00	
Sim	1,21 (0,94; 1,56)		1,91 (0,54; 1,04)	
DM		0,038		<0,001
Não	1,00		1,00	
Sim	1,78 (1,03; 3,07)		3,34 (1,96; 5,69)	

^a Categoria de referência: pior qualidade da dieta; *Regressão Logística Multinomial; **HAS**: Hipertensão; **DM**: Diabetes *Mellitus*

Tabela 4. Modelo final para os fatores associados à qualidade da dieta de adultos moradores as zona rural. Pelotas, RS (n = 1.519).

Variável	Qualidade da dieta ^a			
	Intermediária OR (ajustado)	Valor-p*	Alta OR (ajustado)	Valor-p*
Sexo		0,129		<0,001
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	1,25 (0,93; 1,69)		2,35 (1,61; 3,44)	
Idade (anos)		<0,001 ^t		<0,001 ^t
18-24	1,00		1,00	
25-39	1,57 (1,02; 2,42)		1,82 (1,18; 2,80)	
40-59	2,37 (1,64; 3,42)		2,86 (1,86; 4,39)	
60 ou mais	3,19 (2,12; 4,80)		7,23 (4,20; 12,48)	
Nível econômico (ABEP)^b		0,769 ^t		0,001 ^t
A/B	1,08 (0,67; 1,76)		2,37 (1,49; 3,76)	
C	0,97 (0,60; 1,57)		1,34 (1,01; 1,78)	
D/E	1,00		1,00	
Nº de moradores		0,056		0,056
1	0,83 (0,39; 1,74)		1,78 (1,22; 2,58)	
2	0,85 (0,55; 1,31)		1,40 (0,87; 2,26)	
3	1,25 (0,92; 1,70)		1,90 (1,01; 3,59)	
4 ou mais	1,00		1,00	
Trabalha com pesca		<0,001		0,005
Não	1,00		1,00	
Sim	0,48 (0,33; 0,70)		0,30 (0,14; 0,67)	
Vende animais		0,193		0,020
Não	1,00		1,00	
Sim	1,33 (0,86; 2,05)		1,84 (1,11; 3,06)	
Vende produto agrícola		0,937		0,051
Não	1,00		1,00	
Sim	0,99 (0,67; 1,44)		0,57 (0,32; 1,00)	
DM		0,199		0,003
Não	1,00		1,00	
Sim	1,41 (0,82; 2,40)		2,13 (1,33; 3,42)	

^a Categoria de referência: pior qualidade da dieta; *Regressão Logística Multinomial; ^tTendência Linear; **ABEP**: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; **HAS**: Hipertensão; **DM**: Diabetes Mellitus



NOTA PARA A IMPRESSA

Qualidade da dieta na zona rural de Pelotas

Estudo realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) avaliou a qualidade da dieta de 1519 adultos moradores da zona rural de Pelotas no Rio Grande do Sul (RS). A pesquisa foi conduzida pela Mestranda Mayra Pacheco Fernandes sob orientação da Prof.^aDr.^a Anaclaudia Gastal Fassa e coorientação da Prof.^a Dr.^a Renata Moraes Bielemann.

Com base nos achados conclui-se que a zona rural não aderiu ainda ao consumo de alimentos industrializados. Mas chama a atenção o alto consumo de refrigerante, sucos artificiais ou doces. Além disso, homens, adultos mais jovens, indivíduos de menor nível econômico e família de pescadores apresentaram pior qualidade da dieta, com baixo consumo de alimentos básicos como legumes ou verduras, frutas, leite e carne ou frango.

A mestranda comenta que “deve haver o incentivo a diversificação de culturas, especialmente ao cultivo de hortas para a produção de frutas, verduras ou legumes, para substituir o consumo de doces, refrigerante ou sucos artificiais, já que esses alimentos e bebidas são ricos em açúcar e corantes”. A autora aponta que os hábitos alimentares são formados na infância, por isso devem ser inseridas atividades de educação nutricional nas escolas rurais. A população com menor nível econômico e os pescadores também precisam de educação nutricional que pode ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde, além disso, devem ter apoio para acessar as políticas de renda mínima, quando for o caso, de forma a poder melhorar a qualidade da dieta.



ANEXO 1. PARECER DO ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CONSÓRCIO RURAL 2015/2016

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Avaliação da Saúde de Adultos Residentes na Zona Rural do Município de Pelotas - RS.		
Pesquisador: Luciana Tovo Rodrigues		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 51399615.7.0000.5317		
Instituição Proponente: Faculdade de Medicina		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 1.363.979		
Apresentação do Projeto:		
A saúde de populações residentes em zonas rurais de municípios brasileiros tem sido estudada em algumas grandes pesquisas de âmbito nacional. Apesar disso, em comparação com os estudos em regiões urbanas, há uma escassez de pesquisas e estudos que se dediquem a pesquisar exclusivamente as populações residentes em zonas rurais. A partir da constatação desta lacuna de conhecimento acerca destas populações específicas, esta pesquisa irá realizar um estudo transversal de base populacional na zona rural do município de Pelotas, RS. A presente pesquisa será realizada no formato de consórcio, método adotado pelo mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas. Neste formato, todos os mestrandos dos anos 2015/2016, e alguns pesquisadores colaboradores do consórcio, realizam seus estudos a partir de uma coleta de dados realizada em conjunto. Dentro deste consórcio de pesquisa serão estudados temas relacionados à saúde da população adulta com 18 anos ou mais de idade residentes na zona rural do município de Pelotas, RS, tais como os seguintes: qualidade de vida, qualidade de sono, hábitos alimentares, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, transtornos depressivos, obesidade, atividade física e avaliação dos serviços de saúde. Este consórcio de pesquisa tem como objetivo principal avaliar a saúde da população adulta residente na zona rural do município de Pelotas, RS. Como parte deste objetivo, pretende-se estimar as		
Endereço: Rua Prof Araújo, 465 sala 301		
Bairro: Centro		CEP: 96.020-360
UF: RS	Município: PELOTAS	
Telefone: (53)3284-4960	Fax: (53)3221-3554	E-mail: cep.famed@gmail.com
Página 01 de 02		

**FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS**



Continuação do Parecer: 1.363.979

prevalências de alguns hábitos de vida e de agravos à saúde, bem como de alguns fatores relacionados a eles. Espera-se que os resultados obtidos através desta pesquisa forneçam informações importantes sobre o estado de saúde desta população, bem como permitam, a partir deste conhecimento, um melhor planejamento de futuras ações e planejamentos de saúde específicos para as necessidades da população estudada.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o estado de saúde da população adulta com 18 anos de idade ou mais, residentes na zona rural do município de Pelotas, RS, e os fatores associados às condições pesquisadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O projeto apresenta riscos mínimos

Benefícios:

Conhecer os estados de saúde e doença de uma população rural específica. Gerar conhecimentos que possam resultar em políticas públicas de saúde para a população estudada e, possivelmente, para outras populações residentes em zonas rurais do Brasil.*

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa "Avaliação da Saúde de Adultos Residentes na Zona Rural do Município de Pelotas - RS" é de extrema relevância para o conhecimento da saúde das populações rurais, pois poderá servir de base no planejamento de ações para área rural do município e mesmo de outras regiões rurais do Brasil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Recomendações:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Prof Araújo, 465 sala 301

Bairro: Centro

CEP: 96.020-360

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

**FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS**



Continuação do Parecer: 1.363.979

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Resposta.pdf	11/12/2015 15:50:37	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Outros	Projetao.docx	11/12/2015 15:49:48	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_629937.pdf	23/11/2015 10:48:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UFPel.docx	23/11/2015 10:47:36	Luciana Tovo Rodrigues	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	23/11/2015 10:46:19	Luciana Tovo Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	Mestrado_PPGE_UFPel.pdf	23/11/2015 10:36:43	Luciana Tovo Rodrigues	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 11 de Dezembro de 2015

Assinado por:

**Patricia Abrantes Duval
(Coordenador)**

ANEXO 2 . NORMAS DA REVISTA SAÚDE PÚBLICA

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- [CONSORT](#) checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- [STARD](#) checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- [MOOSE](#) checklist e fluxograma para meta-análise
- [QUOROM](#) checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- [STROBE](#) para estudos observacionais em epidemiologia

Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências

bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Resumo:

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

Estrutura dos artigos:

- A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos.
- A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade.
- A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras.
- A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas.
- Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.
- Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas.
- Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro

dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Formatação:

- Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas.
- Todas as páginas devem ser numeradas.

Idioma

- Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico.
- Independentemente do idioma empregado, todos manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

Dados de identificação

- a)** Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em **inglês**.
- b)** Título resumido - com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.
- c)** Nome e sobrenome de cada autor, seguindo formato pelo qual é indexado.
- d)** Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor).
- e)** Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.
- f)** Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.
- g)** Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.

h) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Descritores - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde](#)" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do [Medical Subject Headings](#) (MeSH), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver [permissão expressa](#) dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".

Exemplos:

Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):930-6.

Forattini OP. Conceitos básicos de epidemiologia molecular. São Paulo: Edusp; 2005.

Karlsen S, Nazroo JY. Measuring and analyzing "race", racism, and racial discrimination. In: Oakes JM, Kaufman JS, editores. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 86-111.

Yevich R, Logan J. An assessment of biofuel use and burning of agricultural waste in the developing world. *Global Biogeochem Cycles*. 2003;17(4):1095, DOI:10.1029/2002GB001952. 42p.

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al . Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2009; 42(1):34-40.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>).

- Comunicação pessoal, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

Citação no texto:

- A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de expoente antes da pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes ou similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por 'e'. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de 'et al.' em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

Segundo Lima et al⁹(2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

- **A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.**

Tabelas

- Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título.
- Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou, por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação
- Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras

- As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras.
- Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.
- Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela.
- Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D).
- Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente.
- Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido.
- Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Submissão online

A entrada no sistema é feita pela página inicial do site da RSP (www.rsp.fsp.usp.br), no menu do lado esquerdo, selecionando-se a opção "submissão de artigo". Para submeter o manuscrito, o autor responsável pela comunicação com a Revista deverá cadastrar-se.

Após efetuar o cadastro, o autor deve selecionar a opção "submissão de artigos" e preencher os campos com os dados do manuscrito. O processo de avaliação pode ser acompanhado pelo status do manuscrito na opção "consulta/ alteração dos artigos submetidos". Ao todo são oito situações possíveis:

- **Aguardando documentação:** Caso seja detectada qualquer falha ou pendência, inclusive se os documentos foram anexados e assinados, a secretaria entra em contato com o autor. Enquanto o manuscrito não estiver de acordo com as Instruções da RSP, o processo de avaliação não será iniciado.
- **Em avaliação na pré-análise:** A partir deste status, o autor não pode mais alterar o manuscrito submetido. Nesta fase, o editor pode recusar o manuscrito ou encaminhá-lo para a avaliação de relatores externos.
- **Em avaliação com relatores:** O manuscrito está em processo de avaliação pelos relatores externos, que emitem os pareceres e os enviam ao editor.
- **Em avaliação com Editoria:** O editor analisa os pareceres e encaminha o resultado da avaliação ao autor.
- **Manuscrito com o autor:** O autor recebe a comunicação da RSP para reformular o manuscrito e encaminhar uma nova versão.
- **Reformulação:** O editor faz a apreciação da nova versão, podendo solicitar novos esclarecimentos ao autor.
- **Aprovado**
- **Reprovado**

Além de acompanhar o processo de avaliação na página de "consulta/ alteração dos artigos submetidos", o autor tem acesso às seguintes funções:

"Ver": Acessar o manuscrito submetido, mas sem alterá-lo.

"Alterar": Corrigir alguma informação que se esqueceu ou que a secretaria da Revista solicitou. Esta opção funcionará somente enquanto o status do manuscrito estiver em "aguardando documentação".

"Avaliações/comentários": Acessar a decisão da Revista sobre o manuscrito.

"Reformulação": Enviar o manuscrito corrigido com um documento explicando cada correção efetuada e solicitado na opção anterior.

Verificação dos itens exigidos na submissão:

1. Nomes e instituição de afiliação dos autores, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
5. Nomes da agência financiadora e números dos processos.
6. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição e o ano de defesa.
7. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.
8. Resumos narrativos originais para manuscritos que não são de pesquisa nos idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.
9. Declaração, com assinatura de cada autor, sobre a "[responsabilidade de autoria](#)"
10. Declaração assinada pelo primeiro autor do manuscrito sobre o consentimento das pessoas nomeadas em Agradecimentos.
11. Documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
12. Figura no formato: pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.
13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.
14. Permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.

15. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.



APÊNDICES

APÊNDICE 1 . INSTRUMENTO DE PESQUISA

ALERTA:As questões A112 até A135 não poderão ser respondidas caso o(a) entrevistado(a) utilize somente SONDA como meio de alimentação.

Qual a via de alimentação utilizada pelo(a) entrevistado(a)?

(0) Somente sonda → *Vá para A135*

(1) Via oral

(2) Via oral + sonda

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA ALIMENTAÇÃO PARA RESPONDER AS PRÓXIMAS PERGUNTAS. PENSE NA SUA ALIMENTAÇÃO NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, OU SEJA, DESDE <DIA> DA SEMANA PASSADA ATÉ HOJE.

A112) NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU LEGUMES OU VERDURAS COZIDOS OU CRUS? BATATA E MANDIOCA/AIPIM NÃO DEVEM SER CONSIDERADOS.

__dias

[0=não comeu / 8= NSA / 9=IGN]

A113) NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU FRUTAS?

__dias

[0 = não comeu / 8 = NSA / 9 = IGN]

A114) NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU FEIJÃO?

__dias

[0 = não comeu / 8= NSA / 9 = IGN]

A115) NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) TOMOU LEITE DE VACA?

__dias

[0 = não tomou → *Vá para A117* / 8= NSA / 9 = IGN]

A116)NA MAIORIA DAS VEZES QUE O(A) SR.(A) TOMA LEITE, QUE TIPO DE LEITE COSTUMA TOMAR?*Ler opções*

- (1) Leite em pó integral
- (2) Leite em pó desnatado
- (3) Leite pasteurizado integral
- (4) Leite pasteurizado desnatado
- (5) Leite pasteurizado semidesnatado
- (6) Leite de vaca “in natura”
- (8) NSA
- (9) IGN

A117)NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU ALIMENTOS INTEGRAIS, TAIS COMO PÃO INTEGRAL, BOLACHA INTEGRAL, ARROZ INTEGRAL OU AVEIA?

___ dias

[0 = não comeu / 8= NSA / 9 = IGN]

A118)NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU CARNE VERMELHA (BOI, PORCO, OVELHA)?

___ dias

[0 = não comeu → *Vá para A120* / 8 = NSA / 9 = IGN]

A119) QUANDO O(A) SR.(A) COME CARNE VERMELHA, COSTUMA?*Ler opções*

- (1) Tirar o excesso de gordura visível
- (2) Comer com a gordura
- (8) NSA
- (9) IGN

A120)NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU FRANGO/GALINHA?

___ dias

[0 = não comeu → *Vá para A122* / 8 = NSA / 9 = IGN]

A121) **QUANDO O(A) SR.(A) COME FRANGO/GALINHA, COSTUMA?** *Ler opções*

(1) **Tirar a pele**

(2) **Comer com a pele**

(8) **NSA**

(9) **IGN**

A122) **NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU FRITURAS?**

___ dias

[0 = não comeu / 8 = NSA / 9 = IGN]

A123) **NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU ALIMENTOS EM CONSERVA COMO PEPINO, OU ALIMENTOS ENLATADOS COMO SARDINHA?**

___ dias [0 = não comeu / 8 = NSA / 9 = IGN]

A124) **NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU ALIMENTOS EMBUTIDOS, TAIS COMO SALSICHA, PRESUNTO, SALAME OU LINGUIÇA?**

___ dias [0 = não comeu / 8 = NSA / 9 = IGN]

A125) **NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU PRODUTOS INDUSTRIALIZADOS CONGELADOS E PRONTOS PARA CONSUMO, TAIS COMO LASANHA, PIZZA, HAMBÚRGUER OU NUGGETS?**

___ dias

[0 = não comeu / 8 = NSA / 9 = IGN]

A126) **NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU ALIMENTOS DOCES, TAIS COMO PEDAÇOS DE BOLO OU TORTA, CHOCOLATES, BALAS, SOBREMESAS CASEIRAS, OU COMPOTAS?**

___ dias

[0 = não comeu / 8 = NSA / 9 = IGN]

A127)NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A)TOMOU REFRIGERANTE NORMAL OU SUCOS ARTIFICIAS ADOÇADOS EM CAIXA OU EM PÓ?

___ dias

[0 = não comeu / 8 = NSA / 9 = IGN]

APÊNDICE 2. MANUAL DE INSTRUÇÕES DO INSTRUMENTO DE PESQUISA

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA ALIMENTAÇÃO NA ÚLTIMA SEMANA.

ALERTA: As questões A112 até A134 não poderão ser respondidas caso o entrevistado utilize somente SONDA como meio de alimentação.

Qual a via de alimentação utilizada pelo entrevistado?

(0) Somente sonda → *vá para A135*

(1) Via oral

(2) Via oral + sonda

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA ALIMENTAÇÃO PARA RESPONDER AS PRÓXIMAS PERGUNTAS PENSE NA SUA ALIMENTAÇÃO NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, OU SEJA, DESDE <DIA> DA SEMANA PASSADA ATÉ HOJE.

→Essa instrução é um critério de exclusão, então todos os indivíduos que se alimentam através de sondas (somente por sondas) não irão responder as questões de **A112 a 134**. Caso o indivíduo tenha parte da sua alimentação por via oral e parte por sonda ele poderá ser entrevistado. Caso o(a) entrevistado(a) utilize sonda para se alimentar passe para a questão A135.

→As perguntas de **A112 a A127** se referem ao período de 7 dias antes da entrevista. Portanto, antes de ler a pergunta, você deverá substituir a palavra <DIA> pelo dia da semana correspondente. Por exemplo: se a entrevista for realizada em uma quinta-feira, o período inicia na quinta-feira da semana, logo você deverá ler: “desde quinta da semana passada até hoje...”.

→Nas questões **A112até A127**, se o(a) entrevistado(a) disser que come “todos os dias”, confirme se ele(a) está considerando o final de semana (sábado e domingo) para responder. Se o(a) entrevistado(a) relatar frequências diferentes para cada subgrupo de alimentos, anote sempre a maior. Se o(a) entrevistado(a) referir não ter consumidoesses alimentos na última semana, preencha o campo com zero. Qualquer dúvida, registre no diário de campo.

→ Pode ocorrer de o(a) entrevistado(a) ficar em dúvida quanto ao número de dias em que ele comeu/tomou determinado alimento considere o menor número referido. Por exemplo, se o(a) entrevistado(a) disser: *talvez 3 ou 4 dias*. Neste caso, considere como resposta 3 dias.

→ Caso o(a) entrevistado(a) fique em dúvida quanto à resposta, reforce que estamos interessados no consumo da última semana. Mas se a pessoa não saiba/queira informar assinale "IGN - 9".

A112)NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU LEGUMES OU VERDURAS COZIDOS OU CRUS? BATATA E MANDIOCA/AIPIM NÃO DEVEM SER CONSIDERADOS.

__dias

[0=não comeu]

[8 = NSA / 9=IGN]

→Lembre-se que batata e mandioca/aipim não devem ser considerados!

→ Aqui queremos saber a frequência do consumo de legumes e verduras, independente da forma de preparo.

→ Além disso, os alimentos citados na pergunta são apenas exemplos para situar o(a) entrevistado(a). Outros alimentos, desde que sejam legumes e verduras cozidos ou crus, também devem ser considerados. Não é necessário que o(a) entrevistado(a) tenha consumido todos estes tipos de alimentos: qualquer um deles que tenha sido consumido já deve ser considerado.

A113)NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU FRUTAS?

__dias

[0=não comeu]

[8 = NSA / 9=IGN]

→ Aqui queremos saber a frequência do consumo de frutas. Suco de fruta natural ou feito com a polpa congelada de fruta também é considerado como fruta.

→ Geleias de frutas, compotas, frutas em calda ou cristalizadas, sucos artificiais ou de caixinha não devem ser considerados.

A114) NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU FEIJÃO?

__ dias

[0=não comeu]

[8 = NSA / 9=IGN]

→ Estamos interessados em saber o consumo de feijão independentemente do tipo de feijão. Lentilha também pode ser considerada no lugar do feijão. Se o(a) entrevistado(a) referir que toma somente o caldo do feijão, registre a frequência de consumo no questionário e anote no diário de campo que é apenas o caldo.

A115) NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) TOMOU LEITE DE VACA?

__ dias

[0 = não tomou] → *Vá para A117*

[8= NSA / 9 = IGN]

→ Queremos saber a frequência do consumo de leite de vaca na última semana.

A116) NA MAIORIA DAS VEZES QUE O SR.(A) TOMA LEITE, QUE TIPO DE LEITE COSTUMA TOMAR? *Ler opções*

- (1) Leite em pó integral
- (2) Leite em pó desnatado
- (3) Leite pasteurizado integral
- (4) Leite pasteurizado desnatado
- (5) Leite pasteurizado semidesnatado
- (6) Leite de vaca “in natura”
- (8) NSA
- (9) IGN

→ Nesta pergunta queremos saber o teor de gordura do leite que o(a) entrevistado(a) consome na maioria das vezes. As opções de resposta devem ser lidas e apenas uma opção selecionada.

→ Se o(a) entrevistado(a) responder, por exemplo, que toma leite desnatado e semidesnatado, você deve perguntar qual desses dois ele toma na maioria das vezes.

→ Se a pessoa não souber responder o tipo de leite, peça para ver a embalagem.

A117) NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU ALIMENTOS INTEGRAIS, TAIS COMO PÃO INTEGRAL, BOLACHA INTEGRAL, ARROZ INTEGRAL OU AVEIA??

___ dias

[0 = não comeu]

[8 = NSA / 9 = IGN]

→ Aqui o que importa é o consumo de alimentos integrais. Pão preto, pão de centeio, pão de linho, pão sete grãos, pão multigrãos, assim como granola devem ser considerados. Leite integral não conta como alimento integral.

→ Se houver dúvida se o alimento é ou não integral, anote a resposta do(a) entrevistado(a) no diário de campo.

→ Além disso, não é necessário que o(a) entrevistado(a) tenha consumido todos estes tipos de alimentos: qualquer um deles com maior consumo deve ser considerado.

A118) NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU CARNE VERMELHA (BOI, PORCO, OVELHA)?

___ dias

[0 = não comeu] → *Vá para A120*

[8 = NSA / 9 = IGN]

→ Queremos saber a frequência do consumo de carne vermelha na última semana, independentemente da forma de preparação. **Não devem ser considerados como carne alimentos como salsicha, presunto, linguiça, salame, nuggets(tekitos) e hambúrguer industrializado.**

→ Se o(a) entrevistado(a) disser que prepara o hambúrguer com a carne que tem em casa, considere como carne e registre a frequência de consumo.

A119) **QUANDO O(A) SR.(A) COME CARNE VERMELHA, COSTUMA** *Ler opções?*

- (1) **Tirar o excesso de gordura visível**
- (2) **Comer com a gordura**
- (8) NSA
- (9) IGN

→ Nesta pergunta queremos saber o hábito de retirar a gordura das carnes vermelhas (independentemente se for antes do preparo ou somente no prato). Perguntar apenas se o(a) entrevistado(a) retira a gordura visível da carne vermelha antes de comer, e será considerado o que ele faz na **MAIORIA** das vezes, no maior período de tempo.

→ Essa pergunta deverá ser feita apenas se a pessoa relatou ingerir carne vermelha na semana passada (questão A118), caso contrário pule essa pergunta "NSA - 8".

A120) **NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU FRANGO/GALINHA?**

___ dias

[0 = não comeu] → *Vá para A122*

[8 = NSA / 9 = IGN]

→ Queremos saber a frequência do consumo de **frango ou galinha** na última semana, independentemente da forma de preparação.

A121) **QUANDO O(A) SR.(A) COME FRANGO/GALINHA, COSTUMA** *Ler opções?*

- (1) **Tirar a pele**
- (2) **Comer com a pele**
- (8) NSA
- (9) IGN

→ Nesta pergunta queremos saber o hábito de retirar a pele do frango ou galinha antes de comer (independentemente se for antes do preparo ou somente no prato). Perguntar apenas se o(a) entrevistado(a) retira a pele do frango ou galinha antes de comer, e será considerado o que ele faz na **MAIORIA** das vezes.

→ Essa pergunta deverá ser feita apenas se a pessoa relatou ingerir frango/galinha na semana passada (questão A120), caso contrário pule essa pergunta "NSA - 8".

A122)NOS ÚLTIMOS SETE DIAS O(A) SR.(A) COMEU FRITURAS?

___ dias

[0 = não comeu]

[8 = NSA / 9 = IGN]

→ Nesta questão, queremos saber a frequência com que o(a) entrevistado(a) come alimentos fritos, independentemente se ele(a) prepara ou compra pronto. Alimentos folhados não são considerados fritos.

A123)NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU ALIMENTOS EM CONSERVA COMO PEPINO, OU ALIMENTOS ENLATADOS COMO SARDINHA?

___ dias

[0 = não comeu]

[8 = NSA / 9 = IGN]

→ Os alimentos citados na pergunta são apenas exemplos para situar o(a) entrevistado(a). Outros alimentos, desde que sejam em conserva ou enlatados, também devem ser considerados.

→ Não é necessário que o(a) entrevistado(a) tenha consumido estes tipos de alimentos: qualquer um deles que tenha sido consumido já deve ser considerado.

Observação: Salsicha em lata deve ser considerado embutidos (questão A124).

A124)NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU ALIMENTOS EMBUTIDOS, TAIS COMO SALSICHA, PRESUNTO, SALAME OU LINGUIÇA?

___ dias

[0 = não comeu]

[8 = NSA / 9 = IGN]

→ Os alimentos citados na pergunta são apenas exemplos para situar o(a) entrevistado(a). Outros alimentos, desde que sejam embutidos, também devem ser considerados. Não é necessário que o(a) entrevistado(a) tenha consumido todos estes tipos de alimentos: qualquer um deles que tenha sido consumido já deve ser considerado.

Observação: patê e morcilha e salsicha em lata são considerados como embutidos.

A125)NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU PRODUTOS INDUSTRIALIZADOS CONGELADOS E PRONTOS PARA CONSUMO, TAIS COMO LASANHA, PIZZA, HAMBÚRGUER OU NUGGETS?

___ dias

[0 = não comeu]

[8 = NSA / 9 = IGN]

→ Queremos saber se o(a) entrevistado(a) consumiu alimentos comprados prontos pra consumo. Lasanha e pizza feita em casa ou consumida em restaurante não deve ser considerada aqui, apenas são consideradas se forem compradas congeladas.

→ Hambúrguer preparado com a carne de casa não é considerado aqui, considere apenas os comprados congelados.

→ Os alimentos citados na pergunta são apenas exemplos para situar o(a) entrevistado(a); outros alimentos, desde que sejam prontos para consumo, são considerados aqui. Também não é necessário que o(a) entrevistado(a) tenha consumido todos estes tipos de alimentos: qualquer um deles que tenha sido consumido já deve ser considerado.

Observação: Macarrão instantânea (“miojo”) considera como alimento pronto para consumo.

A126)NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU ALIMENTOS DOCES, TAIS COMO PEDAÇOS DE BOLO OU TORTA, CHOCOLATES, BALAS, SOBREMESAS CASEIRAS, OU COMPOTAS?

___ dias

[0 = não comeu]

[8 = NSA / 9 = IGN]

→ Estamos interessados em saber o consumo de **alimentos ricos em açúcar**. Devem ser considerados quaisquer tipos de doce, inclusive bolos, bolachas doces/recheadas, compotas e frutas cristalizadas. **Alimentos diet/light/zero e o açúcar de adição nos líquidos não devem ser considerados aqui.**

→ Além disso, os alimentos citados na pergunta são apenas exemplos para situar o(a) entrevistado(a). Outros alimentos, desde que sejam doces, também devem ser considerados. Não é necessário que o(a) entrevistado(a) tenha consumido todos estes tipos de alimentos: qualquer um deles que tenha sido consumido já deve ser considerado.

A127) NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) TOMOU REFRIGERANTE NORMAL OU SUCOS?

___ dias

[0 = não comeu]

[8 = NSA / 9 = IGN]

→ Estamos interessados em saber o consumo de **bebidas ricas em açúcar**. Bebidas como Aquarius e H2OH são considerados produtos light, e, portanto, também não são considerados aqui. Em caso de dúvida, reforce que estamos interessados no consumo da última semana.

→ Além disso, não é necessário que o(a) entrevistado(a) tenha consumido todas estas bebidas: qualquer um que tenha sido consumido já deve ser considerado.

APÊNDICE 3. CARTA DE APRESENTAÇÃO



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia



CARTA DE APRESENTAÇÃO

Prezado(a) Sr.(a),

Somos do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas e estamos realizando uma pesquisa sobre a saúde da população, de 18 anos ou mais de idade, residente na zona rural da cidade de Pelotas. O(A) Sr.(a) está entre as 2016 pessoas que farão parte desta pesquisa, cujos resultados possibilitarão conhecer aspectos importantes sobre a saúde desta população da cidade e, assim, propor medidas para promoção da saúde.

O(A) Sr.(a) está recebendo a visita de uma de nossas entrevistadoras, devidamente treinada para esta função e portando as nossas credenciais (crachá de identificação e carta de apresentação), que lhe fará perguntas relacionadas à sua saúde. Ela irá conversar com o(a) Sr.(a) sobre os detalhes desta pesquisa e poderá responder a qualquer pergunta que o(a) Sr.(a) queira fazer. A sua participação é muito importante, pois sua residência não poderá ser substituída por outra e sua colaboração ao responder as perguntas é essencial para nosso estudo.

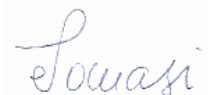
Os dados coletados serão sigilosos e analisados com auxílio de computadores. Em hipótese alguma as pessoas que responderem ao questionário terão seus nomes, endereços ou telefones divulgados. Caso o(a) Sr.(a) se sinta desconfortável com alguma pergunta ou com a entrevista, não é obrigado(a) a respondê-la. Se quiser, poderá entrar em contato com a equipe de mestrandos e professores que coordenam o estudo pelo telefone ou no endereço abaixo, das 08:00 às 12:00h e das 14:00 às 18:00h.

Desde já agradecemos sua colaboração,


Profª. Luciana Tovo Rodrigues


Profª. Helen Gonçalves


Profª. Maria Cecília Formoso Assunção


Profª. Elaine Tomasi

(Pesquisadoras responsáveis)

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - UFPel
Centro de Pesquisas Epidemiológicas Rua Marechal Deodoro, 1160 - 3º Piso
Bairro Centro - Pelotas, RS - CEP 96020-220 - Caixa Postal 464 Tel/fax +55 (53) 3284 – 1300 RAMAL
CONSÓRCIO: 1334

APÊNDICE 4. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Sr.(a),

Nós, professores e alunos do Curso de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), gostaríamos de convidar o(a) Sr.(a) para participar da pesquisa Avaliação da Saúde de Adultos Residentes na Zona Rural do Município de Pelotas – RS. O objetivo do estudo é avaliar as condições de saúde das pessoas com 18 anos ou mais de idade que residem na zona rural do município. Os resultados deste estudo contribuirão para o conhecimento da saúde da população rural de Pelotas com 18 ou mais anos de idade e deverão fazer parte de artigos científicos, podendo também ser divulgados nos jornais locais e na página oficial da internet do Centro de Pesquisas Epidemiológicas: <http://www.epidemio-ufpel.org.br>. No final, pretendemos ainda enviar a todos os participantes um informativo sobre os principais resultados do estudo.

Para que o(a) Sr.(a) possa entender melhor, informamos que:

PROCEDIMENTOS: Para participar da pesquisa o(a) Sr.(a) responderá a um questionário contendo perguntas sobre a sua saúde, hábitos de vida, alimentação, uso de medicamentos e de serviços de saúde, se pratica atividade física, entre outros temas importantes. Além disso, pretendemos realizar medidas da cintura e avaliar o peso e a altura. Com essas medidas poderemos avaliar a sua composição corporal. O(a) Sr.(a) receberá o resultado das medidas mediante contato pessoal ou telefônico.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Sua participação é voluntária. O(A) Sr.(a) mesmo após ter sido entrevistado poderá cancelar a sua participação no estudo, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo.

DESPESAS: O(A) Sr.(a) NÃO terá que pagar nada para participar do estudo, em momento algum.

RISCOS: A sua participação não trará riscos ou prejuízos à sua saúde ou segurança. Os riscos são mínimos, visto que qualquer pergunta poderá lhe fazer pensar, refletir. Na realização das medidas (peso e altura) toda a segurança será providenciada.

SIGILO: Garantimos total sigilo das informações obtidas, ou seja, tudo o que for respondido será usado somente para esta pesquisa e seu nome não será divulgado em qualquer fase do estudo.

Queremos salientar que alguns entrevistados poderão ser novamente entrevistados, especialmente quando algumas perguntas podem não ter sido feitas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas. O(A) Sr.(a) ficará com uma cópia deste documento com o nosso telefone e endereço, podendo nos procurar para tirar suas dúvidas sobre o estudo e a sua participação quando achar melhor. A sua assinatura nesse documento significa que entendeu todas as informações e concorda em participar desse estudo. Por favor, assinale abaixo os procedimentos que o(a) Sr.(a) concorda em fazer:

- ☐ Questionário
- ☐ Medida de peso e altura
- ☐ Medida de circunferência da cintura
- ☐

NOME COMPLETO: _____

ASSINATURA: _____

DATA: ____/____/2016

Profª. Luciana Tovo Rodrigues

Profª. Helen Gonçalves

Profª. Maria Cecília Formoso Assunção

Profª. Elaine Tomasi

(Pesquisadoras responsáveis)

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia – UFPel
Centro de Pesquisas Epidemiológicas Rua Marechal Deodoro, 1160 - 3º Piso
Bairro Centro - Pelotas, RS - CEP 96020-220 - Caixa Postal 464 Tel/fax +55 (53) 3284 – 1300 RAMAL
CONSÓRCIO: 1334