



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

GRAZIELA MARIA GORLA CAMPIOLO DOS SANTOS

**BARREIRAS PARA O CONSUMO DE FRUTAS E DE
VERDURAS OU LEGUMES EM INDIVÍDUOS DE 44 ANOS
OU MAIS DO MUNICÍPIO DE CAMBÉ, PARANÁ**

GRAZIELA MARIA GORLA CAMPIOLO DOS SANTOS

**BARREIRAS PARA O CONSUMO DE FRUTAS E DE
VERDURAS OU LEGUMES EM INDIVÍDUOS DE 44 ANOS
OU MAIS DO MUNICÍPIO DE CAMBÉ, PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Maria Rigo Silva

Coorientador: Prof. Dr. Mathias Roberto Loch

Londrina
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Santos, Graziela Maria Gorla Campiolo dos .

Barreiras para o consumo de frutas e de verduras ou legumes em indivíduos de 44 anos ou mais do município de Cambé, Paraná. / Graziela Maria Gorla Campiolo dos Santos. - Londrina, 2016.

9€f. : il.

Orientador: Ana Maria Rigo Silva.

Coorientador: Mathias Roberto Loch.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.

Inclui bibliografia.

1. Adultos - Tese. 2. Barreiras - Tese. 3. Frutas - Tese. 4. Hortaliças - Tese. I. Silva, Ana Maria Rigo . II. Loch, Mathias Roberto. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

GRAZIELA MARIA GORLA CAMPIOLO DOS SANTOS

**BARREIRAS PARA O CONSUMO DE FRUTAS E DE VERDURAS OU
LEGUMES EM INDIVÍDUOS DE 44 ANOS OU MAIS DO MUNICÍPIO
DE CAMBÉ, PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dr^a. Ana Maria Rigo Silva
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech
Universidade Federal de Santa Catarina -
UFSC

Profa. Dr^a. Wladithe Organ de Carvalho
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 29 de julho de 2016.

À Minha Família, alicerce da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade da vida e por ter me dado saúde e condições para realizar este trabalho.

Ao meu marido, Walney, pela paciência, amor e por acreditar nos meus sonhos, incentivar e apoiar em todos os momentos e tornar os meus dias mais felizes.

Aos meus pais, João Aristeu e Ivone, por todo o amor e serem o meu porto seguro em todas as situações da minha vida e sempre priorizar a minha educação.

Ao meu querido irmão, João Gustavo, que sempre torceu pelo meu sucesso.

Aos meus orientadores prof^a. Dr^a. Ana Maria Rigo Silva e prof. Dr. Mathias Roberto Loch, pela hábil condução do trabalho e pelo carinho, aprendizado e apoio em todas as circunstâncias.

Aos membros da banca examinadora, da qualificação e defesa pela disponibilidade em contribuir com o meu conhecimento, auxiliando no aprimoramento deste trabalho.

Aos que participaram do projeto VIGICARDIO como entrevistados, sem os quais o projeto não seria possível, obrigada pela acolhida e confiança.

Enfim, a todas as pessoas, que de alguma forma, fizeram parte dessa conquista e contribuíram com o meu crescimento profissional.

Muito Obrigada!

SANTOS, Graziela Maria Gorla Campiolo dos. **Barreiras para o consumo de frutas e de verduras ou legumes em indivíduos de 44 anos ou mais do município de Cambé, Paraná.** 2016. 90f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

RESUMO

Introdução: O consumo insuficiente de frutas, legumes e verduras encontram-se entre os dez principais fatores de risco para a carga global de doenças em todo o mundo. **Objetivo:** Analisar barreiras percebidas para o consumo de frutas e de verduras ou legumes em uma amostra com 44 anos ou mais do município de Cambé, Paraná. **Método:** Estudo transversal que faz parte de um projeto mais abrangente denominado “Doenças Cardiovasculares no Estado do Paraná: Mortalidade, Perfil de Risco, Terapia Medicamentosa e Complicações” (VIGICARDIO). Em 2011 foi realizado um estudo de base populacional no município de Cambé (PR), em que foram entrevistados 1180 sujeitos de 40 anos ou mais de idade. Em 2015, os mesmos sujeitos foram novamente procurados e 884 aceitaram participar novamente do estudo. O presente estudo considerou apenas os dados coletados em 2015. Após algumas exclusões por falta de informações a respeito das principais variáveis deste estudo, a amostra foi composta por 877 adultos de 44 anos ou mais de idade. Os dados foram coletados entre março e outubro de 2015 por meio de entrevistas domiciliares. As barreiras para o consumo de frutas e de verduras ou legumes foram levantadas em perguntas sobre cinco possíveis barreiras: não gostar do sabor; família não tem o hábito/costume; custo pesa no orçamento da família; necessidade do preparo e falta de tempo para ir ao mercado/feira com frequência para comprar estes alimentos frescos. Foram também levantadas informações sobre características sociodemográficas e frequência semanal de consumo de frutas, verduras ou legumes. Para a análise de associação entre as barreiras percebidas e as variáveis sociais e demográficas foi utilizada a regressão logística binária, com análises brutas e ajustadas. **Resultados:** Dos entrevistados, a maioria era do sexo feminino (55,9%), pertenciam à faixa etária de 50 a 59 anos (38,1%), 60,2% se declararam brancos, 44,7% tinham até quatro anos completos de estudo, 64,4% foram classificados no nível econômico C ou inferior e 65,4% referiram ser casados (as). Quanto ao consumo irregular de frutas (menor que cinco dias por semana) a prevalência observada foi de 42,5% sendo superior nos homens, entre os com idade entre 44 e 49 anos, entre os que referiram cor da pele parda/preta/indígena, com 5 a 8 anos de estudo e entre os com menor nível econômico. Em relação ao consumo irregular de verduras ou legumes (menor que cinco dias por semana), a prevalência foi de 30,2% e foi superior entre os homens, entre os que referiram cor da pele parda/preta/indígena, com menor escolaridade e entre os indivíduos com menor nível econômico. Em relação às barreiras para o consumo de frutas, a mais mencionada foi o “custo pesa no orçamento da família”, com prevalência de 57,7%. A chance de apresentar esta barreira foi significativamente maior entre as mulheres (OR=1,93; IC95%=1,45-2,57) e nos que tinham escolaridade entre 0 e 4 anos (OR=1,57; IC95%=1,07-2,31). A barreira a “família não tem hábito/costume de consumir frutas” foi citada por 16,4% da amostra e a chance de apresentar esta barreira foi maior entre os indivíduos com idade entre 50 a 59 anos (OR=2,01; IC95%=1,30-3,10). A barreira “falta de tempo para ir ao

mercado/feira com frequência para comprar frutas frescas" foi citada por 8,0% da amostra e a chance de apresentar esta barreira foi maior entre as mulheres (OR=1,79; IC95%=1,03-3,12) e entre os que não tinham companheiro (OR=1,92; IC95%=1,14-3,24). A barreira "necessidade de preparo" foi citada por 7,6% da amostra e a chance de apresentar esta barreira foi maior entre os indivíduos da faixa etária de 44 a 49 anos (OR=2,37; IC95%=1,10-5,12) e 50 a 59 anos (OR=2,35; IC95%=1,22-4,51). A barreira "não gostar do sabor das frutas" foi citada por 6,2% da amostra e não foi associada a nenhuma variável sociodemográfica. Quanto às barreiras para o consumo de verduras ou legumes a mais mencionada foi o "custo pesa no orçamento da família", com prevalência de 49,9%. A chance de apresentar esta barreira foi maior entre as mulheres (OR=1,63; IC95%=1,23-2,16), indivíduos com até 4 anos de estudo (OR=1,79; IC95%=1,22-2,63) e com nível econômico B e C (OR=2,01; IC95%=1,01-3,99). A barreira a "família não tem hábito/costume de consumir verduras ou legumes" foi citada por 10,9% da amostra e não foi observada associação com as variáveis sociodemográficas. A barreira "necessidade de preparo" foi citada por 9,7% da amostra e a chance de apresentar esta barreira foi maior entre as mulheres (OR=1,69; IC95%=1,03-2,76). A barreira "falta de tempo para ir ao mercado/feira com frequência para comprar verduras ou legumes frescos" foi citada por 7,6% da amostra e não foi observada associação com as variáveis sociodemográficas. A barreira "não gostar do sabor das verduras ou legumes" foi citada por 6,6% da amostra e a chance de apresentar esta barreira foi maior entre os indivíduos com cor da pele parda/preta/indígena (OR=2,43; IC95%=1,38-4,26). **Conclusão:** Mais de 40% dos indivíduos apresentava consumo irregular de frutas e 30% o de verduras ou legumes. A principal barreira percebida para o consumo de frutas e de verduras ou legumes foi relacionada ao custo destes alimentos, seguida pela falta de hábito da família. Estes achados podem ajudar na orientação de políticas públicas que objetivem o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras.

Palavras-chave: Adultos. Barreiras. Comportamento alimentar. Frutas. Hortaliças.

SANTOS, Graziela Maria Gorla Campiolo dos. **Barriers to consumption of fruits and vegetables in individuals 44 years or more in the city of Cambé, Paraná.** 2016. 90p. Dissertation (Master's Degree in Collective Health) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

ABSTRACT

Introduction: Insufficient consumption of fruits and vegetables are among the top ten risk factors for the global burden of disease worldwide. **Objective:** To analyze perceived barriers to the consumption of fruits and vegetables in a sample 44 years or more in the city of Cambé, Paraná. **Methods:** Cross-sectional study that is part of a broader project called "Cardiovascular Diseases in the State of Paraná: Mortality, Risk Profile, Drug Therapy and Complications" (VIGICARDIO). In 2011 we conducted a population-based study in Cambé (PR), they were interviewed 1180 subjects 40 years or older. In 2015, the same subjects were again searched and 884 agreed to participate again in the study. This study considers only the data collected in 2015. After some exclusions for lack of information about the main variables of this study, the sample consisted of 877 adults 44 years of age or older. Data were collected between March and October 2015 through home interviews. The barriers to the consumption of fruits and vegetables or vegetables have been raised in questions on five possible barriers: not like the taste; family does not have the habit / custom; cost burdens the family budget; need preparation and lack of time to go to market / fair often to buy these fresh foods. They were also raised about sociodemographic characteristics and weekly frequency of consumption of fruits or vegetables. To analyze the association between perceived barriers to social and demographic variables was used binary logistic regression, with crude and adjusted analyzes. **Results:** Of the respondents, most were female (55.9%) belonged to the age group 50-59 years (38.1%), 60.2% reported they were white, 44.7% had up to four years complete study, 64.4% were classified at the economic level C or lower, 65.4% reported being married (as). As for the irregular consumption of fruits (less than five days per week) the observed prevalence was 42.5% being higher in men between ages 44 and 49, among those who reported non-white skin, with 5 8 years of study and among those with lower economic level. Regarding the irregular consumption of vegetables (less than five days a week), the prevalence was 30.2% and was higher among men, among those who reported non-white skin color, less educated and between individuals with lower economic level. Regarding barriers to consumption of fruits, the most mentioned was the "cost weighs on the family budget", with a prevalence of 57.7%. The chance of having this barrier was significantly higher among women (OR = 1.93, 95% CI 1.45 to 2.57) and those with educational level between 0 and 4 years (OR = 1.57, 95% CI 1.07 to 2.31). The barrier "family has no habit / custom of consuming fruit" was cited by 16.4% of the sample and the chance to present this barrier was higher among those aged 50-59 years (OR = 2.01; 95% CI 1.30 to 3.10). The barrier "lack of time to go to market/fair often to buy fresh fruit" was cited by 8.0% of the sample and the chance to present this barrier was higher among women (OR = 1.79; 95% CI = 1.03 to 3.12) and among those who had no partner (OR = 1.92, 95% CI 1.14 to 3.24). The barrier "need to prepare" was cited by 7.6% of the sample and the chance to present this barrier was higher among individuals aged 44-49 years (OR = 2.37, 95% CI 1.10 to 5.12) and 50-59 years (OR = 2.35, 95% CI

1.22 to 4.51). The barrier "not like the taste of fruits" was cited by 6.2% of the sample and was not associated with any socio-demographic variable. As the barriers to the consumption of vegetables or legumes, the most mentioned was the "cost weighs on the family budget", with a prevalence of 49.9%. The chance of having this barrier was higher among women (OR = 1.63, 95% CI 1.23 to 2.16) and those who had education up to 4 years of schooling (OR = 1.79; 95% CI 1.22 to 2.63) and economic level B and C (OR = 2.01, 95% CI 1.01 to 3.99). The barrier "family has no habit/custom of consuming vegetables" was cited by 10.9% of the sample and there were no associations with sociodemographic variables. The barrier "need to prepare" was cited by 9.7% of the sample and the chance to present this barrier was higher among women (OR = 1.69, 95% CI 1.03 to 2.76). the barrier "lack of time to go to market / fair often to buy vegetables or fresh vegetables" was cited by 7.6 % and there were no associations with sociodemographic variables. The barrier "not like the taste of vegetables" was cited for 6.6% of the sample and the chance to present this barrier was higher among individuals with non-white skin color (OR = 2.43; 95% CI = 1.38 to 4.26). **Conclusion:** Over 40% of subjects had irregular consumption of fruit and 30% of vegetables. The main barrier perceived to consumption of fruits and vegetables was related to the cost of feed, followed by lack of family habit. These findings may help guide public policies that aim to increase consumption of fruits and vegetables.

Keywords: Adults. Barriers. Feeding behavior. Fruit. Vegetables.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição (n e %) da amostra Vigicardio (2011) e da amostra do estudo (2015) segundo sexo e faixa etária, Cambé – PR.	24
Tabela 2 - Distribuição (n e %) da amostra segundo características sociodemográficas, Cambé – PR, 2015.	25
Tabela 3 - Prevalência do consumo irregular de frutas segundo variáveis sociodemográficas. Cambé, 2015.	26
Tabela 4 - Prevalência do consumo irregular de verduras ou legumes segundo variáveis sociodemográficas. Cambé, 2015.	27
Tabela 5 - Prevalência das barreiras para o consumo de frutas no total da amostra e segundo características sociodemográficas, Cambé – PR, 2015.	29
Tabela 6 - Prevalência das barreiras para o consumo de verduras ou legumes no total da amostra e segundo características sociodemográficas, Cambé – PR, 2015.	30
Tabela 7 - Associação entre as variáveis sociodemográficas e barreiras para o consumo de frutas. Dados Brutos (n= 877), Cambé, 2015.	32
Tabela 8 - Associação entre as variáveis sociodemográficas e barreiras para o consumo de frutas. Dados Ajustados* (n= 877), Cambé, 2015.	33
Tabela 9 - Associação entre as variáveis sociodemográficas e barreiras para o consumo de verduras ou legumes. Dados Brutos (n= 877), Cambé, 2015.	35
Tabela 10 - Associação entre as variáveis sociodemográficas e barreiras para o consumo de verduras ou legumes. Dados Ajustados* (n= 877), Cambé, 2015.	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos Específicos.....	15
3	METODOLOGIA	16
3.1	Local do Estudo	16
3.2	Delineamento, População, Período de Estudo e Amostragem.....	16
3.2.1	Critérios de exclusão	17
3.3	Estudo Piloto, Pré-Teste, Treinamento	17
3.4	Instrumento e Coleta de Dados	18
3.5	Variáveis utilizadas neste estudo.....	20
3.6	Análises dos Dados	21
3.7	Considerações Éticas	22
4	RESULTADOS	23
4.1	Descrição da População	23
5	DISCUSSÃO	37
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	48
	REFERÊNCIAS	50
	APÊNDICES	57
	APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados	58
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	84
	ANEXOS	87
	ANEXO A – Parecer Comitê de Ética em pesquisa da UEL.....	88

1 INTRODUÇÃO

O consumo alimentar é determinado pelas escolhas alimentares dos indivíduos e constitui um processo complexo, que envolve fatores socioculturais e psicológicos (FALK et al., 2001). A escolha alimentar está relacionada aos fatores do meio ambiente, história individual e personalidade, que são refletidos em valores pessoais (BRUG et al., 2008). O processo de escolha alimentar incorpora não só decisões baseadas em reflexões conscientes, mas também em automáticas, habituais e subconscientes (FURST et al., 1996).

Ainda de acordo com Furst et al. (1996) o ato de se alimentar se desenvolve de acordo com regras impostas pela sociedade, meio ambiente, história individual e valores do grupo social no qual o indivíduo está inserido. Castro; Peliano (1985) apontam que preço, paladar e nutrição aparecem como critérios de decisão para a inclusão de alimentos nas práticas alimentares, mas sempre intermediados por um filtro cultural. A alimentação humana tenta suprir as necessidades fisiológicas, bem como os desejos, que podem ser social e culturalmente definidos (JOMORI; PROENÇA; CALVO, 2008; PLINER; MANN, 2004).

A escolha alimentar de um indivíduo é um processo dinâmico e está relacionada aos fatores do meio ambiente, da história individual e da personalidade refletida em valores pessoais. No estudo de Connors et al., (2001) os principais valores relativos ao alimento descritos pelos indivíduos foram cinco: a saúde, o sabor, o custo, a relação tempo/conveniência e as relações sociais do indivíduo.

A constituição da autonomia para escolhas mais saudáveis no campo da alimentação depende do próprio sujeito, mas também do ambiente onde ele vive. Ou seja, depende da capacidade individual de fazer escolhas de governar e produzir a própria vida e também de condições externas ao sujeito, incluindo a forma de organização da sociedade e suas leis, os valores culturais e o acesso à educação e a serviços de saúde (BRASIL, 2014).

Padrões de alimentação estão mudando rapidamente na grande maioria dos países e, em particular, naqueles economicamente emergentes. As principais mudanças envolvem a substituição de alimentos in natura ou minimamente processados de origem vegetal (arroz, feijão, mandioca, batata, legumes e verduras) e preparações culinárias à base desses alimentos por produtos industrializados

prontos para consumo. Essas transformações, observadas com grande intensidade no Brasil, determinam, entre outras consequências, o desequilíbrio na oferta de nutrientes e a ingestão excessiva de calorias (BRASIL, 2014).

O consumo insuficiente de frutas, legumes e verduras encontram-se entre os dez principais fatores de risco para a carga global de doenças em todo o mundo (OPAS, 2003). Aproximadamente 2,7 milhões de óbitos podem ser atribuídos a um baixo consumo de frutas e vegetais (OPAS, 2003). Tais alimentos são considerados componentes importantes de uma dieta saudável, pois são fontes de fibras, micronutrientes e outros componentes com propriedades funcionais. Apesar dessas evidências, o consumo de frutas, legumes e verduras ainda é insuficiente, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento como o Brasil (WHO, 2003). Segundo o VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), a prevalência do consumo regular de frutas e hortaliças (cinco ou mais dias da semana) na população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal em 2013 foi de 36,0%, sendo menor em homens (29,6%) do que em mulheres (41,5%) (BRASIL, 2014a).

A promoção do consumo de frutas e hortaliças é uma prioridade mundial para a melhoria da saúde da população (WHO, 2004). Várias investigações evidenciaram o efeito protetor das frutas e hortaliças para doenças crônicas não transmissíveis (PEREIRA et al., 2004; GAO et al., 2007) e na manutenção do peso corporal (ROLLS; ELLO-MARTIN; TOHILL, 2004; SARTORELLI; FRANCO; CARDOSO, 2008). Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o consumo diário de 400 g de frutas para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (WHO, 2003). Em pesquisas populacionais, Block et al. (1990) também recomendam verificar o consumo regular de frutas e hortaliças no mínimo 5 dias na semana como marcador de alimentação saudável. Essa última recomendação tem sido utilizada pelo Ministério da Saúde na Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) para o monitoramento da saúde da população brasileira (BRASIL, 2014a).

Segundo Krebs-Smith et al. (1995) os fatores mais importantes que determinam a ingestão de frutas e hortaliças dizem respeito ao número de porções que os indivíduos consideram ser necessário para o consumo, ao gosto e hábito alimentar, pois tais fatores contribuem com 15% a mais nas variações de consumo destes alimentos do que os fatores demográficos isoladamente. O estudo de

Eikenberry; Smith (2004) detectou que a maioria dos sujeitos reconhecia a necessidade de frutas e hortaliças na alimentação saudável, porém não apresentavam consumo de quantidades adequadas desses alimentos, sugerindo que as intervenções devem ser focadas nas barreiras e facilitadores do consumo.

A remoção das barreiras para o consumo regular de frutas e de verduras ou legumes demanda que as pessoas reflitam sobre a importância que a alimentação tem ou pode ter para suas vidas e concedam maior valor ao processo de adquirir, preparar e consumir estes alimentos. Mas, em outras situações, a remoção das barreiras exige políticas públicas e ações regulatórias de Estado que tornem o ambiente mais propício para a adoção das recomendações. De fato, como estabelece a constituição brasileira, é dever do Estado garantir o direito humano à alimentação adequada e saudável e, com ele, a soberania e a segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2014).

O Guia Alimentar para a população brasileira (BRASIL, 2014) apresenta um capítulo que discute os obstáculos que podem dificultar a adoção, pelos brasileiros, de uma alimentação saudável e adequada. Os obstáculos apontados dizem respeito a escassez de informações confiáveis sobre alimentação, problemas relacionados à oferta de alimentos in natura ou minimamente processados, o custo relativamente alto de frutas, verduras e legumes, o enfraquecimento da transmissão de habilidades culinárias, a falta de tempo das pessoas e a exposição incessante da população à publicidade de alimentos ultraprocessados (BRASIL, 2014).

De acordo com o estudo de Figueira, Lopes, Modena (2016) as principais barreiras ao consumo de frutas e hortaliças identificadas estavam relacionadas ao acesso a estes alimentos, dificultadas por fatores como comércio local inadequado, alto custo, baixo poder aquisitivo e carência de políticas públicas. Estas barreiras se inter-relacionavam e produziam um efeito cumulativo negativo sobre a disponibilidade domiciliar, a quantidade e variedade de frutas e hortaliças consumidas.

A superação destas barreiras vai depender da natureza da barreira, dos recursos com que as pessoas contam para superá-la e do ambiente que estão inseridos na sociedade. Diante deste contexto, torna-se relevante compreender melhor as barreiras para o consumo desses alimentos em populações específicas bem como variações relacionadas às características sociodemográficas, possibilitando maior direcionamento e efetividade nas intervenções nutricionais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar barreiras percebidas para o consumo de frutas e de verduras ou legumes em uma amostra de 44 anos ou mais do município de Cambé, Paraná.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características da amostra;
- Descrever a prevalência de consumo irregular de frutas e de verduras na amostra investigada;
- Descrever a prevalência das barreiras percebidas para o consumo irregular de frutas e de verduras ou legumes na amostra investigada;
- Analisar a associação entre as características sociodemográficas e as barreiras percebidas para o consumo de frutas e de verduras ou legumes na amostra investigada.

3 METODOLOGIA

3.1 Local do Estudo

O estudo foi realizado em Cambé, situado na região metropolitana de Londrina (PR), no norte do estado do Paraná. A seleção do município se deu em função de seu porte médio, proximidade do centro de pesquisa, menor população flutuante e menor índice de verticalização, ou seja, menor número de indivíduos residindo em prédios, sendo que estas características facilitam o processo de coleta dos dados.

Segundo o Censo de 2010 a população de Cambé era de 96.733 habitantes e em 2015 uma população estimada de 103.822 habitantes, com densidade demográfica de 195.47 habitantes/km². O Índice de Desenvolvimento Humano do município, em 2010, era de 0,734 (desenvolvimento humano médio) e Índice Gini para renda familiar de 0,4231. A base econômica do município é a agricultura, e a colonização é principalmente de descendentes de japoneses, italianos, portugueses, espanhóis que ocuparam a região na época em que a Companhia de Terras do Norte do Paraná incentivava a colonização em diversas regiões do estado (IBGE, 2010).

3.2 Delineamento, População, Período de Estudo e Amostragem

Trata-se de um estudo transversal, cuja população foi composta por adultos com idade igual ou superior a 44 anos, residentes na zona urbana do município de Cambé – PR que participaram do estudo de base populacional em 2011 denominado “Doenças Cardiovasculares no Estado do Paraná: Mortalidade, Perfil de Risco, Terapia Medicamentosa e Complicações” – VIGICARDIO. Naquela ocasião foram entrevistados 1180 sujeitos com 40 anos ou mais, representativos de todos os setores censitários do município (SOUZA et al., 2013). Em 2015, o projeto VIGICARDIO revisitou os participantes com o título: “Incidência de mortalidade, morbidade, internações e modificações nos fatores de risco para doenças cardiovasculares em amostra de residentes com 40 anos ou mais de idade em

município de médio porte do Sul do Brasil: Estudo de coorte Vigicardio 2011-2015”. No presente estudo, foram utilizados apenas os dados referentes à coleta de 2015, realizada entre março a outubro.

3.2.1 Critérios de exclusão

Indivíduos com deficiência visual e/ou auditiva graves não corrigidas, ou de estágios avançados de transtornos mentais que impediam o entendimento e execução dos procedimentos da entrevista e/ou pessoas que não compreendiam o idioma português e os sujeitos que não responderam a uma ou mais questões relacionadas às barreiras para o consumo de frutas e de verduras ou legumes.

3.3 Estudo Piloto, Pré-Teste, Treinamento

O estudo piloto em 2015 não foi realizado, tendo em vista que os participantes da pesquisa foram os mesmos de 2011, dispensando procedimentos de seleção da amostra.

O pré-teste do instrumento de coleta de dados, utilizado em 2015, foi realizado primeiramente com parentes ou conhecidos da equipe de participantes do projeto e depois entre os próprios pesquisadores pós-graduandos, estudantes de graduação e entrevistadores colaboradores, com o objetivo de avaliar o formulário e treinar os entrevistadores para a sua aplicação.

Todos os entrevistadores foram treinados previamente quanto à abordagem a ser realizada nos domicílios e aplicação da entrevista, bem como para os procedimentos das medidas. As medidas antropométricas foram padronizadas a partir dos Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde (BRASIL, 2008) e a pressão arterial pela VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SBC, 2010).

Após o treinamento os colaboradores foram conduzidos ao campo e realizaram inicialmente entrevistas supervisionadas pelos coordenadores de equipe. Os entrevistadores foram dispostos em duplas e receberam o manual específico,

com recomendações para a execução da coleta de dados e preenchimento do formulário.

3.4 Instrumento e Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas. O instrumento utilizado no inquérito domiciliar foi um Formulário (Apêndice A), composto por 180 questões divididas em oito blocos: Variáveis de Caracterização; Estado de Saúde; Tratamento Medicamentoso; Hábitos de Vida; Minimental e Capacidade Funcional; Depressão; Utilização dos Serviços de Saúde e Medidas Antropométricas. As medidas antropométricas foram aferidas pelos entrevistadores ao final da entrevista e o tempo médio de duração da entrevista era de 30 a 40 minutos.

Para cerca de dois terços dos indivíduos entrevistados foi utilizado o instrumento de coleta em papel, e posteriormente foi adotado o *tablet*. No momento da entrevista também foram realizadas aferição da pressão arterial, medidas antropométricas e agendamento para coleta de material biológico para exames laboratoriais, porém o presente estudo utilizou apenas as informações das entrevistas.

O agendamento das entrevistas foi via telefone para os participantes de 2011 que haviam indicado o número para contato. Caso não houvesse esta informação ou os sujeitos não fossem localizados no número informado, foram feitas visitas domiciliares para localização do participante.

Foram consideradas perdas aqueles sujeitos não encontrados em três visitas. Quanto aos horários das visitas, a primeira era realizada em qualquer horário, a segunda fora do horário comercial (no período da noite, finais de semana e feriados) e a terceira em dia e horário distinto dos anteriores com pelo menos uma hora de diferença.

Considerando o principal objetivo do presente estudo e como não se encontraram na literatura um instrumento específico para avaliação das barreiras percebidas para o consumo de frutas, verduras ou legumes, optou-se pela elaboração de perguntas específicas para este objetivo, sendo que o processo de construção se deu em diferentes etapas:

1ª Etapa) Foram questionados usuários em salas de espera de algumas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Londrina – PR, com a seguinte pergunta: a) Para o (a) senhor (a) quais as principais barreiras/dificuldades para se ter uma alimentação saudável?

2ª Etapa) Devido à dificuldade de compreensão da pergunta, que se mostrou muito abrangente e de difícil entendimento, optou-se por recortar especificamente em frutas e verduras ou legumes. Com o apoio de uma revisão de literatura e a leitura do Guia alimentar para a população brasileira (BRASIL, 2014) que apresenta um capítulo específico sobre “A compreensão e a superação de obstáculos” foi feito um novo levantamento com os usuários em salas de espera de algumas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Londrina – PR. com a seguinte questão aberta: a) Para o (a) senhor (a) quais as principais barreiras/dificuldades para o consumo de frutas, verduras ou legumes?

3ª Etapa) A partir das respostas obtidas na segunda etapa, as mesmas foram agrupadas em categorias e posteriormente foram elaboradas perguntas com base nas categorias mais prevalentes das barreiras percebidas com alternativas de respostas dicotômicas, ou seja, sim ou não para o consumo de frutas e de verduras ou legumes conforme as perguntas a seguir: a) Em geral, o (a) Sr (a) gosta do sabor das frutas?; b) Sua família tem hábito/costume de comer frutas?; c) O custo das frutas pesa no orçamento da família? (ou pesaria, caso fossem compradas – não era preciso ler esta parte. Apenas se o sujeito respondesse que a família não compra verduras ou legumes); e além dessas opções de resposta (sim e não), nas próximas perguntas tinham também as seguintes alternativas: Outras pessoas realizam essa atividade/tarefa e Tem alguma limitação que impede essa atividade/tarefa; d) A necessidade do preparo das frutas (ter que lavar e descascar, por exemplo) é uma dificuldade para comer (comer mais) frutas?; e) O (a) Sr (a) tem tempo para ir ao mercado/feira com frequência para comprar frutas frescas? e por último uma questão aberta para verificar a presença de outras barreiras; f) Existe mais algum fator que atrapalha que o (a) Sr (a) coma (ou coma mais) frutas? E as mesmas perguntas foram repetidas em relação ao consumo de verduras ou legumes.

Para verificar a frequência semanal do consumo de frutas e de verduras ou legumes foram utilizadas duas perguntas do VIGITEL (BRASIL, 2014a) em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frutas?; b) Em quantos dias de uma semana o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface,

tomate, couve, chuchu, berinjela, abobrinha), sem contar batata, mandioca ou inhame? Em ambas as perguntas as opções de resposta eram: nunca; quase nunca; 1 a 2 dias; 3 a 4 dias; 5 a 6 dias; todos os dias. Posteriormente, optou-se por seguir o mesmo critério e mesma nomenclatura dada pelos relatórios mais recentes do VIGITEL, onde é considerado consumo irregular de frutas e de verduras ou legumes o consumo inferior à cinco dias por semana (BRASIL, 2014a).

3.5 Variáveis utilizadas neste estudo

a) Barreiras para o consumo de frutas e de verduras ou legumes: não gostar do sabor; família não tem o hábito/costume; custo pesa no orçamento da família; necessidade do preparo e falta de tempo para ir ao mercado/feira com frequência para comprar estes alimentos frescos.

b) Consumo de frutas e de verduras ou legumes: Considerou-se consumo irregular (< 5 dias/semana) e consumo regular (\geq 5 dias/ semana).

c) Características sociodemográficas

* **Gênero:** masculino e feminino.

* **Faixa etária:** primeiramente calculou-se a idade de cada participante em anos, obtida pela diferença entre data de nascimento e data da entrevista. Depois as idades foram agrupadas em três faixas etárias: de 44 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 anos ou mais.

* **Raça/cor:** autorreferida - branca, preta, parda, amarela e indígena. Para análise das associações, a raça/cor foi reagrupada em duas categorias: branca/amarela e parda/preta/indígena, com o intuito de agrupar as raças mais acometidas pela desigualdade social.

* **Escolaridade:** anos de estudo, que posteriormente foi categorizada em: 0 a 4 anos; 5 a 8 anos; e 9 anos ou mais de estudo.

* **Classe Econômica (classe de consumo):** de acordo com o Critério de Classificação Econômica do Brasil proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (ABEP, 2015). Tal instrumento estima o poder de compra das pessoas e estabelece oito classes econômicas:

Classe A: 45 a 100

Classe B1: 38 a 44

Classe B2: 29 a 37

Classe C1: 23 a 28

Classe C2: 17 a 22

Classe D - E: 0 a 16

Considerando a distribuição da amostra e as características do instrumento, para as análises das associações optou-se, dividir em três categorias, conforme a pontuação de cada sujeito na ABEP. Assim, para análise, as categorias foram reagrupadas conforme frequência encontrada em: A e B; C; D e E.

* **Situação Conjugal:** solteiro, casado, divorciado/separado, viúvo, união estável e categorizadas para fins de análise de associação como: com companheiro (casado e união estável) e sem companheiro (solteiro, divorciado/separado e viúvo).

3.6 Análises dos Dados

As informações obtidas em formulário físico foram digitadas duplamente em banco de dados do programa Microsoft Office Excel® 2010. Somente estas informações, que foram transcritas, foram comparadas para verificar inconsistências utilizando o programa Spreadsheet Compare. As informações coletadas utilizando ODK Collect não necessitaram de transcrição nem validação já que eram concomitantemente coletadas e armazenadas em formato Excel na nuvem (Servidor Ona). As análises foram realizadas no programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 19.0.

A análise estatística foi realizada conforme se segue:

1. Análise descritiva dos dados mediante a distribuição das frequências das variáveis;
2. Para verificar eventuais diferenças entre o consumo irregular de frutas, verduras ou legumes, segundo variáveis sociodemográficas, realizou-se o teste qui-quadrado de Pearson, considerando nível de significância de $p < 0,05$;
3. Para verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas e as barreiras foi utilizada regressão logística binária, sendo feita análise bruta

e ajustada (nos ajustes incluíram-se todas as variáveis sociodemográficas), sendo calculados os valores de *Odds Ratio* e os respectivos intervalos de confiança (IC 95%).

3.7 Considerações Éticas

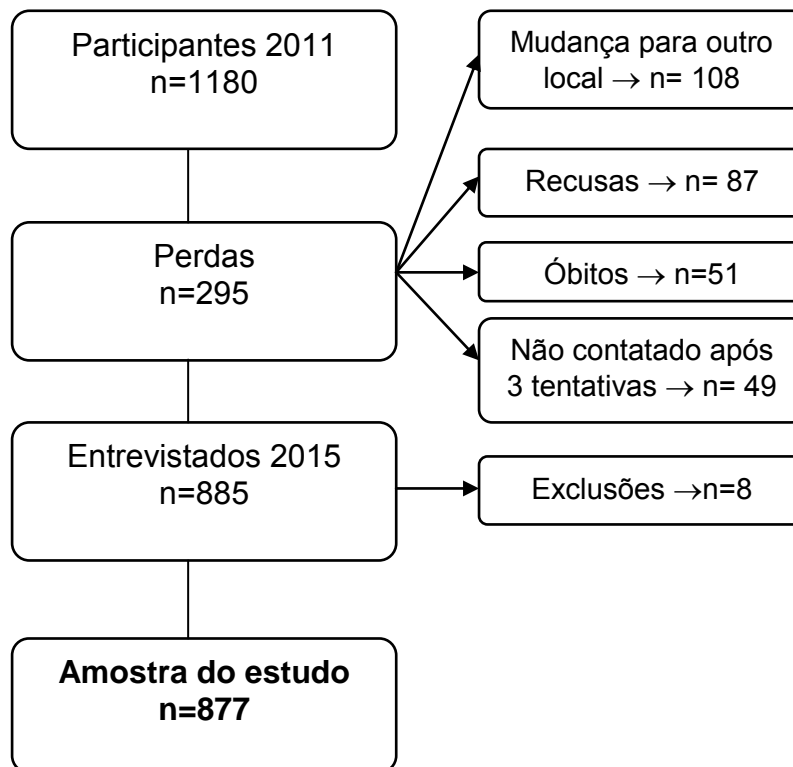
Este estudo foi desenvolvido em conformidade com as instruções contidas na Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), sendo que esta pesquisa foi produto de um projeto maior denominado projeto Vigicardio que foi submetido previamente à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, sendo a sua execução autorizada – CAAE 39595614.4.0000.5231 (Anexo A). Os participantes foram informados quanto aos objetivos da pesquisa, a garantia de anonimato e de não utilização dos dados para outros fins, ressaltando-se que poderiam, a qualquer momento, negar-se a responder ou mesmo se recusar a continuar participando do estudo sem qualquer penalidade ou prejuízo. Somente após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) as entrevistas eram realizadas.

4 RESULTADOS

4.1 Descrição da População

Do total de 1180 sujeitos elegíveis, 885 foram entrevistados. Ocorreram 295 perdas (25%), das quais 108 por mudança para outro local, 87 por recusa, 51 por óbitos e 49 não foram contatados após, no mínimo, três tentativas em horários e datas distintas.

Para a análise do presente estudo, foram excluídos os sujeitos que não responderam a uma ou mais questões relacionadas às barreiras para o consumo de frutas e de verduras ou legumes (n=8). Assim, a amostra final deste estudo ficou em 877 sujeitos.



A tabela 1 apresenta os dados da característica da amostra do Projeto Vigicardio (2011) e do presente estudo relativos à distribuição por sexo e faixa etária. Não se observaram grandes diferenças nas proporções, indicando que não houve perdas concentradas em um determinado sexo ou faixa etária.

Tabela 1 – Distribuição (n e %) da amostra Vigicardio (2011) e da amostra do estudo (2015) segundo sexo e faixa etária, Cambé – PR.

	Amostra Vigicardio 2011 (n= 1180)		Amostra do estudo*	
	N	%	n	%
GÊNERO				
Masculino	538	45,6	387	44,1
Feminino	642	54,4	490	55,9
FAIXA ETÁRIA (anos)				
40 a 49	476	40,3	342	39,0
50 a 59	365	30,9	290	33,1
60 ou mais	339	28,7	245	27,9

Fonte: o próprio autor.

* Considerando as características que os sujeitos tinham em 2011.

Dos indivíduos incluídos no presente estudo, 55,9% eram do sexo feminino, 38,1% estavam na faixa etária de 50 a 59 anos, 60,2% se declararam com cor da pele branca, 44,7% tinham até quatro anos completos de estudo, 64,4% foram classificados no nível econômico C ou inferior e 65,4% referiram ser casados (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição (n e %) da amostra segundo características sociodemográficas, Cambé – PR, 2015.

CARACTERÍSTICAS	n	%
GÊNERO		
Feminino	490	55,9
Masculino	387	44,1
FAIXA ETÁRIA (anos)		
44 a 49	197	22,5
50 a 59	334	38,1
60 a 69	225	25,7
70 a 79	100	11,4
80 ou mais	21	2,4
RAÇA/COR		
Branca	528	60,2
Parda	258	29,4
Preta	59	6,7
Amarela	26	3,0
Indígena	6	0,7
ESCOLARIDADE (anos de estudo)		
0 a 4	392	44,7
5 a 8	233	26,6
9 ou mais	252	28,7
NÍVEL ECONÔMICO		
A	50	5,7
B1	68	7,8
B2	194	22,1
C1	240	27,4
C2	224	25,5
D – E	101	11,5
SITUAÇÃO CONJUGAL*		
Casado	573	65,4
Viúvo	123	14,0
Divorciado/separado	78	8,9
Solteiro	70	8,0
União estável	31	3,5

Fonte: o próprio autor.

* Diferença no valor de n devido a não respostas de dois entrevistados.

Quanto à frequência do consumo irregular de frutas, 42,5% dos sujeitos referiram consumo inferior a cinco dias por semana. A prevalência foi maior entre os homens, entre os mais jovens (44 a 49 anos), entre os que referiram cor da pele parda/preta/indígena e entre os sujeitos com escolaridade intermediária (5 a 8 anos de estudo). Não houve diferença na prevalência de consumo irregular entre as categorias do nível econômico e situação conjugal (Tabela 3).

Tabela 3 - Prevalência do consumo irregular de frutas segundo variáveis sociodemográficas. Cambé, 2015.

	CONSUMO IRREGULAR DE FRUTAS		
	n	%	Valor de p
TOTAL	373	42,5	-----
GÊNERO			
Masculino	203	52,5	<0,001
Feminino	170	34,7	
FAIXA ETÁRIA (anos)			
44 a 49	100	50,8	<0,001
50 a 59	156	46,7	
60 ou mais	117	33,8	
RAÇA			
Branca/Amarela	218	39,4	0,013
Parda/Preta/Indígena	155	48,0	
ESCOLARIDADE (anos de estudo)			
0 a 4 anos	171	43,6	0,011
5 a 8 anos	113	48,5	
9 ou mais	89	35,3	
NÍVEL ECONÔMICO			
A	14	28,0	0,080
B e C	312	43,0	
D e E	47	46,5	
SITUAÇÃO CONJUGAL*			
Com companheiro	253	41,9	0,647
Sem companheiro	118	43,5	

Fonte: o próprio autor.

* Diferença no valor de n devido a não respostas de dois entrevistados.

Em relação ao consumo irregular de verduras ou legumes, a prevalência foi de 30,2%, sendo maior entre os homens, entre os que referiram cor da pele parda/preta/indígena, com menor escolaridade e entre os com menor nível econômico. Não houve diferença nas prevalências de consumo irregular entre as categorias da faixa etária e situação conjugal (Tabela 4).

Tabela 4 - Prevalência do consumo irregular de verduras ou legumes segundo variáveis sociodemográficas. Cambé, 2015.

CONSUMO IRREGULAR DE VERDURAS OU LEGUMES			
	n	%	Valor de p
TOTAL	265	30,2	----
GÊNERO			
Masculino	150	38,8	<0,001
Feminino	115	23,5	
FAIXA ETÁRIA (anos)			
44 a 49	61	31,0	0,378
50 a 59	92	27,5	
60 ou mais	112	32,4	
RAÇA			
Branca/Amarela	143	25,8	<0,001
Parda/Preta/Indígena	122	37,8	
ESCOLARIDADE (anos de estudo)			
0 a 4 anos	140	35,7	<0,001
5 a 8 anos	72	30,9	
9 ou mais	53	21,0	
NÍVEL ECONÔMICO			
A	6	12,0	0,001
B e C	217	29,9	
D e E	42	41,6	
SITUAÇÃO CONJUGAL			
Com companheiro	177	29,3	0,346
Sem companheiro	88	32,5	

Fonte: o próprio autor.

A tabela 5 apresenta a prevalência das barreiras para o consumo de frutas. A barreira “o custo pesa no orçamento da família” foi a mais prevalente no geral (57,7%) e em todas as categorias das variáveis sociodemográficas consideradas no estudo, chegando a 66,3% a prevalência nos indivíduos das classes econômicas D e E. A segunda barreira mais prevalente foi “a família não tem o hábito/costume” (16,4%). A “falta de tempo para ir ao mercado/feira com frequência para comprar frutas frescas” foi citada por 8,0% dos participantes do estudo, enquanto a “necessidade de preparo” foi referida por 7,6% e “não gostar do sabor” por 6,2%.

A tabela 6 apresenta a prevalência das barreiras para o consumo de verduras ou legumes. A barreira “custo pesa no orçamento da família” foi a mais prevalente no geral (49,9%) e em todas as categorias das variáveis sociodemográficas. A segunda barreira mais prevalente foi “a família não tem hábito/costume” (10,9%), seguida por “necessidade de preparo” (9,7%), “falta de tempo para ir ao

mercado/feira com frequência” (7,6%) e “não gostar do sabor” (6,6%).

Ao final das perguntas fechadas sobre as barreiras, os indivíduos foram questionados sobre outro(s) fator(es) que atrapalhasse o consumo de frutas, verduras ou legumes (dados não mostrados). Sobre o consumo de frutas, foram referidas 16 outras barreiras, sendo as seis mais frequentes a “falta de hábito pessoal”, mencionada por 38 sujeitos, seguida por “problemas relacionados à saúde”, como diabetes, dor de estômago, entre outros, citada por 18 sujeitos, “falta de tempo para consumi-las no trabalho”, citada por 17 sujeitos, a “falta de vontade ou preguiça de consumir frutas” e a “falta de tempo” cada uma delas foram citadas por 12 sujeitos e a “falta de dentes”, foi citada por 11 sujeitos.

Quanto ao consumo de verduras ou legumes, foram referidas 17 outras barreiras, sendo a mais frequente a “falta de hábito pessoal”, mencionada por 18 indivíduos, seguida por “não encontrar verduras variadas e de qualidade no mercado”, citada por 9 sujeitos. As barreiras “problemas relacionados à saúde”, como diarreia, ácido úrico, perda de paladar, entre outros, e a “falta de dentes” foram citadas por 7 sujeitos cada uma, e ainda a “falta de vontade ou preguiça de preparar, temperar e ir ao mercado para comprar verduras ou legumes”, citada por 4 sujeitos e “falta de tempo para consumi-las no trabalho”, citada por 3 sujeitos.

Tabela 5 - Prevalência das barreiras para o consumo de frutas no total da amostra e segundo características sociodemográficas, Cambé – PR, 2015.

	Não gostar do sabor		Família não tem o hábito/costume		Custo pesa no orçamento da família		Necessidade do preparo		Falta de tempo para ir ao mercado/feira com frequência	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
TOTAL	54	6,2	144	16,4	506	57,7	67	7,6	70	8,0
GÊNERO										
Masculino	24	6,2	60	15,5	188	48,6	30	7,8	21	5,4
Feminino	30	6,1	84	17,1	318	64,9	37	7,6	49	10,0
FAIXA ETÁRIA (anos)										
44 a 49	15	7,6	28	14,2	111	56,3	18	9,1	18	9,1
50 a 59	23	6,9	74	22,2	187	56,0	32	9,6	27	8,1
60 ou mais	16	4,6	42	12,1	208	60,1	17	4,9	25	7,2
RAÇA/COR										
Branca/Amarela	31	5,6	90	16,2	312	56,3	47	8,5	45	8,1
Parda/Preta/Indígena	23	7,1	54	16,7	194	60,1	20	6,2	25	7,7
ESCOLARIDADE (anos de estudo)										
0 a 4 anos	26	6,6	59	15,1	251	64,0	28	7,1	32	8,2
5 a 8 anos	17	7,3	40	17,2	131	56,2	14	6,0	18	7,7
9 ou mais	11	4,4	45	17,9	124	49,2	25	9,9	20	7,9
NÍVEL ECONÔMICO										
A	2	4,0	9	18,0	19	38,0	8	16,0	4	8,0
B e C	47	6,5	124	17,1	420	57,9	52	7,2	57	7,9
D e E	5	5,0	11	10,9	67	66,3	7	6,9	9	8,9
SITUAÇÃO CONJUGAL										
Com companheiro	37	6,1	96	15,9	341	56,5	46	7,6	37	6,1
Sem companheiro	17	6,3	48	17,7	165	60,9	20	7,4	32	11,8

Fonte: o próprio autor.

Tabela 6 - Prevalência das barreiras para o consumo de verduras ou legumes no total da amostra e segundo características sociodemográficas, Cambé – PR, 2015.

	Não gostar do sabor		Família não tem o hábito/costume		Custo pesa no orçamento da família		Necessidade do preparo		Falta de tempo para ir ao mercado/feira com frequência	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
TOTAL	58	6,6	96	10,9	438	49,9	85	9,7	67	7,6
GÊNERO										
Masculino	27	7,0	37	9,6	167	43,2	28	7,2	24	6,2
Feminino	31	6,3	59	12,0	271	55,3	57	11,6	43	8,8
FAIXA ETÁRIA (anos)										
44 a 49	8	4,1	21	10,7	98	49,7	20	10,2	19	9,6
50 a 59	21	6,3	41	12,3	161	48,2	34	10,2	28	8,4
60 ou mais	29	8,4	34	9,8	179	51,7	31	9,0	20	5,8
RAÇA/COR										
Branca/Amarela	24	4,3	63	11,4	272	49,1	54	9,7	41	7,4
Parda/Preta/Indígena	34	10,5	33	10,2	166	51,4	31	9,6	26	8,0
ESCOLARIDADE (anos de estudo)										
0 a 4 anos	37	9,4	45	11,5	224	57,1	41	10,5	27	6,9
5 a 8 anos	11	4,7	21	9,0	111	47,6	20	8,6	20	8,6
9 ou mais	10	4,0	30	11,9	103	40,9	24	9,5	20	7,9
NÍVEL ECONÔMICO										
A	-	-	5	10,0	14	28,0	2	4,0	6	12,0
B e C	54	7,4	79	10,9	368	50,7	74	10,2	54	7,4
D e E	4	4,0	12	11,9	56	55,4	9	8,9	7	6,9
SITUAÇÃO CONJUGAL										
Com companheiro	43	7,1	62	10,3	298	49,3	54	8,9	40	6,6
Sem companheiro	15	5,5	34	12,5	139	51,3	30	11,1	26	9,6

Fonte: o próprio autor.

As tabelas 7 e 8 apresentam, respectivamente, a análise bruta e ajustada da associação entre as barreiras percebidas para o consumo de frutas e as variáveis sociodemográficas.

Em relação à barreira “não gostar do sabor” não se observaram associações tanto na análise bruta quanto na ajustada. Quanto à barreira “a família não tem hábito/costume” tanto na análise bruta, quanto na ajustada, observou-se que os sujeitos com 50 a 59 anos tinham maior chance de referirem à barreira do que aqueles com 60 anos ou mais. Em relação à barreira “o custo das frutas pesa no orçamento da família”, na análise bruta observou-se que as mulheres, aqueles com até quatro anos de estudo e os indivíduos com nível econômico nas classes B - C e D - E tiveram maior chance de apresentarem a barreira. Na análise ajustada o nível econômico deixou de ser significativo, enquanto as outras variáveis permaneceram associadas. Na barreira “necessidade de preparo”, na análise bruta os sujeitos com idade entre 50 e 59 anos tiveram maior chance que os mais velhos e os com nível econômico na classe B - C tiveram menor chance de referirem a barreira comparados àqueles com nível econômico mais alto. Após ajuste, a faixa etária se manteve associada aos sujeitos com 50 a 59 anos e também apresentou associação entre os indivíduos de 44 a 49 anos. Em relação à variável “falta de tempo para ir ao mercado/feira com frequência” as mulheres e os indivíduos que referiram não ter companheiro tiveram maior chance de terem a barreira (tanto na análise bruta, quanto na ajustada).

Tabela 7 - Associação entre as variáveis sociodemográficas e barreiras para o consumo de frutas. Dados Brutos (n= 877), Cambé, 2015.

	Não gostar do sabor	Família não tem o hábito/costume	Custo pesa no orçamento da família	Necessidade do preparo	Falta de tempo para ir ao mercado/feira com frequência
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
GÊNERO					
Masculino	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Feminino	0,99 (0,57 – 1,72)	1,13 (0,79 – 1,62)	1,96 (1,49 – 2,57)	0,97 (0,59 – 1,60)	1,94 (1,14 – 3,29)
FAIXA ETÁRIA (anos)					
60 ou mais	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
50 a 59	1,53 (0,79 – 2,94)	2,06 (1,36 – 3,11)	0,84 (0,62 – 1,15)	2,05 (1,12 – 3,77)	1,13 (0,64 – 1,99)
44 a 49	1,70 (0,82 – 3,52)	1,20 (0,72 – 2,01)	0,86 (0,60 – 1,22)	1,95 (0,98 – 3,87)	1,29 (0,69 – 2,43)
RAÇA/COR					
Branca/Amarela	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Parda/Preta/Indígena	1,29 (0,74 – 2,26)	1,04 (0,72 – 1,50)	1,17 (0,88 – 1,54)	0,71 (0,41 – 1,23)	0,95 (0,57 – 1,58)
ESCOLARIDADE (anos de estudo)					
9 ou mais	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
5 a 8 anos	1,72 (0,79 – 3,76)	0,95 (0,60 – 1,52)	1,33 (0,93 – 1,90)	0,58 (0,29 – 1,15)	0,97 (0,50 – 1,89)
0 a 4 anos	1,56 (0,76 – 3,21)	0,82 (0,53 – 1,25)	1,84 (1,33 – 2,54)	0,70 (0,40 – 1,23)	1,03 (0,58 – 1,85)
NÍVEL ECONÔMICO					
A	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
B e C	1,66 (0,39 – 7,05)	0,94 (0,45 – 1,98)	2,24 (1,24 – 4,04)	0,41 (0,18 – 0,91)	0,98 (0,34 – 2,82)
D e E	1,25 (0,23 – 6,68)	0,56 (0,21 – 1,45)	3,22 (1,59 – 6,50)	0,39 (0,13 – 1,15)	1,13 (0,33 – 3,85)
SITUAÇÃO CONJUGAL					
Com companheiro	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Sem companheiro	1,03 (0,57 – 1,86)	1,14 (0,78 – 1,67)	1,20 (0,90 – 1,61)	0,97 (0,56 – 1,67)	2,05 (1,25 – 3,37)

Fonte: o próprio autor.

Tabela 8 - Associação entre as variáveis sociodemográficas e barreiras para o consumo de frutas. Dados Ajustados* (n= 877), Cambé, 2015.

	Não gostar do sabor	Família não tem o hábito/costume	Custo pesa no orçamento da família	Necessidade do preparo	Falta de tempo para ir ao mercado/feira com frequência
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
GÊNERO					
Masculino	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Feminino	0,98 (0,55 – 1,74)	1,15 (0,79 – 1,67)	1,93 (1,45 – 2,57)	1,00 (0,59 – 1,69)	1,79 (1,03 – 3,12)
FAIXA ETÁRIA (anos)					
60 ou mais	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
50 a 59	1,66 (0,83 – 3,30)	2,01 (1,30 – 3,10)	1,02 (0,73 – 1,41)	2,35 (1,22 – 4,51)	1,37 (0,75 – 2,53)
44 a 49	2,00 (0,89 – 4,50)	1,12 (0,64 – 1,95)	1,08 (0,73 – 1,61)	2,37 (1,10 – 5,12)	1,56 (0,76 – 3,20)
RAÇA/COR					
Branca/Amarela	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Parda/Preta/Indígena	1,12 (0,63 – 1,99)	1,02 (0,69 – 1,50)	1,08 (0,81 – 1,46)	0,67 (0,38 – 1,19)	0,94 (0,55 – 1,62)
ESCOLARIDADE (anos de estudo)					
9 ou mais	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
5 a 8 anos	1,68 (0,72 – 3,91)	0,98 (0,59 – 1,62)	1,19 (0,81 – 1,76)	0,74 (0,35 – 1,57)	1,01 (0,49 – 2,07)
0 a 4 anos	1,95 (0,84 – 4,53)	0,92 (0,56 – 1,52)	1,57 (1,07 – 2,31)	1,16 (0,57 – 2,34)	1,07 (0,53 – 2,17)
NÍVEL ECONÔMICO					
A	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
B e C	1,09 (0,23 – 5,25)	1,04 (0,46 – 2,35)	1,72 (0,90 – 3,28)	0,50 (0,20 – 1,26)	0,89 (0,28 – 2,83)
D e E	0,81 (0,13 – 5,15)	0,65 (0,23 – 1,89)	2,18 (0,98 – 4,85)	0,48 (0,13 – 1,77)	0,81 (0,19 – 3,34)
SITUAÇÃO CONJUGAL					
Com companheiro	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Sem companheiro	1,09 (0,58 – 2,01)	1,24 (0,83 – 1,85)	0,93 (0,68 – 1,27)	1,07 (0,60 – 1,89)	1,92 (1,14 – 3,24)

Fonte: o próprio autor.

* Ajustado para todas as variáveis sociodemográficas.

As tabelas 9 e 10 apresentam respectivamente a análise bruta e ajustada na associação entre as barreiras percebidas para o consumo de verduras ou legumes e as variáveis sociodemográficas.

Em relação à barreira “não gostar do sabor” na análise bruta observou-se que os sujeitos que referiram cor da pele parda/preta/indígena e os indivíduos com até quatro anos de estudo tinham maior chance de referirem a barreira do que aqueles com nove anos ou mais. Após ajuste, a escolaridade deixou de ser associada significativamente. Quanto à barreira “a família não tem hábito/costume” não se observaram associações. Em relação à barreira “o custo pesa no orçamento da família”, na análise bruta observou-se que as mulheres, os indivíduos com até quatro anos de estudo e os indivíduos com nível econômico nas classes B - C e D - E tiveram maior chance de apresentarem a barreira. Na análise ajustada os indivíduos com nível econômico D - E deixaram de ser associados. Na barreira “necessidade de preparo” tanto na análise bruta quanto na ajustada, as mulheres tiveram maior chance de terem a barreira. Por último, quanto à variável “falta de tempo para ir ao mercado/feira com frequência” tanto na análise bruta quanto na ajustada não se observou associações.

Tabela 9 - Associação entre as variáveis sociodemográficas e barreiras para o consumo de verduras ou legumes. Dados Brutos (n= 877), Cambé, 2015.

	Não gostar do sabor	Família não tem o hábito/costume	Custo pesa no orçamento da família	Necessidade do preparo	Falta de tempo para ir ao mercado/feira com frequência
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
GÊNERO					
Masculino	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Feminino	0,90 (0,53 – 1,54)	1,30 (0,84 – 2,00)	1,63 (1,25 – 2,13)	1,69 (1,05 – 2,71)	1,46 (0,87 – 2,44)
FAIXA ETÁRIA (anos)					
60 ou mais	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
50 a 59	0,73 (0,41 – 1,31)	1,28 (0,79 – 2,08)	0,87 (0,64 – 1,17)	1,15 (0,69 – 1,92)	1,49 (0,82 – 2,70)
44 a 49	0,46 (0,21 – 1,03)	1,10 (0,62 – 1,95)	0,92 (0,65 – 1,31)	1,15 (0,64 – 2,07)	1,74 (0,91 – 3,35)
RAÇA/COR					
Branca/Amarela	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Parda/Preta/Indígena	2,60 (1,51 – 4,47)	0,89 (0,57 – 1,39)	1,10 (0,83 – 1,44)	0,98 (0,62 – 1,56)	1,10 (0,66 – 1,83)
ESCOLARIDADE (anos de estudo)					
9 ou mais	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
5 a 8 anos	1,20 (0,50 – 2,88)	0,73 (0,41 – 1,32)	1,32 (0,92 – 1,89)	0,89 (0,48 – 1,66)	1,09 (0,57 – 2,08)
0 a 4 anos	2,52 (1,23 – 5,17)	0,96 (0,59 – 1,57)	1,93 (1,40 – 2,66)	1,11 (0,65 – 1,89)	0,86 (0,47 – 1,57)
NÍVEL ECONÔMICO					
A	-	1,0	1,0	1,0	1,0
B e C	1,0*	1,10 (0,42 – 2,85)	2,64 (1,40 – 4,98)	2,72 (0,65 – 11,44)	0,59 (0,24 – 1,45)
D e E	0,51 (0,18 – 1,45)	1,21 (0,40 – 3,66)	3,20 (1,54 – 6,65)	2,35 (0,49 – 11,30)	0,55 (0,17 – 1,72)
SITUAÇÃO CONJUGAL					
Com companheiro	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Sem companheiro	0,76 (0,42 – 1,40)	1,25 (0,80 – 1,96)	1,08 (0,81 – 1,44)	1,27 (0,79 – 2,03)	1,50 (0,89 – 2,51)

Fonte: o próprio autor.

* A categoria B e C foram consideradas referência, pois não houve casos do nível econômico A que mencionaram a barreira.

Tabela 10 - Associação entre as variáveis sociodemográficas e barreiras para o consumo de verduras ou legumes. Dados Ajustados* (n= 877), Cambé, 2015.

	Não gostar do sabor	Família não tem o hábito/costume	Custo pesa no orçamento da família	Necessidade do preparo	Falta de tempo para ir ao mercado/feira com frequência
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
GÊNERO					
Masculino	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Feminino	0,94 (0,54 – 1,64)	1,23 (0,79 – 1,93)	1,63 (1,23 – 2,16)	1,69 (1,03 – 2,76)	1,46 (0,85 – 2,52)
FAIXA ETÁRIA (anos)					
60 ou mais	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
50 a 59	0,73 (0,39 – 1,35)	1,43 (0,86 – 2,38)	1,07 (0,78 – 1,48)	1,34 (0,78 – 2,31)	1,61 (0,85 – 3,04)
44 a 49	0,52 (0,22 – 1,25)	1,24 (0,66 – 2,35)	1,23 (0,83 – 1,82)	1,31 (0,68 – 2,54)	1,85 (0,89 – 3,86)
RAÇA/COR					
Branca/Amarela	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Parda/Preta/Indígena	2,43 (1,38 – 4,26)	0,89 (0,56 – 1,41)	0,97 (0,72 – 1,29)	0,92 (0,57 – 1,50)	1,08 (0,63 – 1,86)
ESCOLARIDADE (anos de estudo)					
9 ou mais	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
5 a 8 anos	0,83 (0,34 – 2,04)	0,71 (0,38 – 1,33)	1,19 (0,81 – 1,76)	0,81 (0,43 – 1,56)	1,28 (0,62 – 2,64)
0 a 4 anos	1,65 (0,76 – 3,59)	0,97 (0,54 – 1,73)	1,79 (1,22 – 2,63)	1,05 (0,57 – 1,94)	1,12 (0,53 – 2,35)
NÍVEL ECONÔMICO					
A	-	1,0	1,0	1,0	1,0
B e C	1,0**	1,29 (0,46 – 3,57)	2,01 (1,01 – 3,99)	2,89 (0,65 – 12,81)	0,50 (0,18 – 1,40)
D e E	0,38 (0,13 – 1,11)	1,44 (0,42 – 4,92)	2,05 (0,91 – 4,66)	2,15 (0,40 – 11,68)	0,40 (0,10 – 1,58)
SITUAÇÃO CONJUGAL					
Com companheiro	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Sem companheiro	0,75 (0,40 – 1,42)	1,20 (0,75 – 1,92)	0,88 (0,64 – 1,19)	1,15 (0,70 – 1,90)	1,57 (0,91 – 2,69)

Fonte: o próprio autor.

* Ajustado para todas as variáveis sociodemográficas.

** A categoria B e C foram consideradas referência, pois não houve casos do nível econômico A que mencionaram a barreira.

5 DISCUSSÃO

O principal objetivo deste trabalho foi analisar barreiras percebidas para o consumo de frutas e de verduras ou legumes em uma amostra de 44 anos ou mais do município de Cambé, Paraná. A barreira mais prevalente para o consumo de frutas e de verduras ou legumes foi “o custo destes alimentos pesa no orçamento familiar”, com proporção bastante superior às demais barreiras.

Nesta pesquisa quanto à prevalência do consumo irregular de frutas (inferior a cinco dias na semana), observou-se maior prevalência no sexo masculino, entre os mais jovens, entre os que referiram cor da pele parda/preta/indígena e com escolaridade intermediária (5 a 8 anos de estudo). Já em relação ao consumo irregular de verduras ou legumes, observou-se maior proporção entre os homens, entre os que referiram cor da pele parda/preta/indígena, com menor escolaridade e entre os indivíduos com menor nível econômico. Resultados semelhantes foram encontrados em outras investigações (JAIME, MONTEIRO, 2005; PEARSON et al., 2005; THOMPSON et al., 2005; FIGUEIREDO; JAIME; MONTEIRO, 2008; SCHÄTZER; RUST; ELMADFA, 2010; MONDINI et al., 2010; BRASIL, 2014).

Segundo Figueiredo, Jaime e Monteiro (2008) um maior interesse por questões relacionadas ao conhecimento nutricional, alimentação saudável, realização de dietas e consumo de alimentos de baixo teor calórico pode influenciar as escolhas alimentares das mulheres, explicando, assim, as diferenças de consumo entre os sexos.

Foi observado na pesquisa que os mais velhos da amostra apresentavam uma menor prevalência de consumo irregular de frutas e de verduras ou legumes, confirmando dados da Pesquisa Mundial de Saúde de 2013 (IBGE, 2014). O mesmo achado foi observado no estudo de Lock et al. (2005) onde o consumo estimado de frutas e hortaliças foi maior nos indivíduos mais velhos em regiões de diferentes continentes (África, América, Europa e Ásia). Os resultados deste estudo são também concordantes com os de Mondini et al. (2010), que realizaram estudo de base populacional com moradores com mais de 30 anos em Ribeirão Preto, São Paulo e observaram maior consumo de frutas e hortaliças em mulheres e indivíduos com maior idade. A associação positiva entre idade e consumo de frutas e hortaliças pode ser interpretada parcialmente como reflexo de diferenças na formação do

hábito alimentar entre gerações. Possivelmente indivíduos mais velhos formaram seu hábito alimentar em um período em que era menos marcante o consumo de alimentos processados e de alto teor de gorduras, de açúcar e de sal e pela escassez de carboidratos complexos, fibras e micronutrientes. O maior consumo de frutas e hortaliças nas idades mais avançadas pode também estar relacionado aos cuidados com a saúde e seguimento das orientações recebidas nos serviços de saúde, mais procurados devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis com o aumento da idade (JAIME et al., 2009). No Brasil, Figueiredo; Jaime e Monteiro (2008) e Jaime e Monteiro (2005) observaram que em adultos de ambos os gêneros o consumo de frutas e vegetais aumenta positivamente com a idade e o nível de escolaridade.

A escolaridade do indivíduo também está relacionada ao conhecimento, o que inclui o nutricional, e que pode proporcionar melhores escolhas. Aranceta et al., (2003) e Turrell et al., (2003) mencionam que o acesso e a disponibilidade dos alimentos na casa dependem da renda familiar e da escolaridade do chefe da família e de seus membros. Além do acesso a informações, os indivíduos com maior escolaridade normalmente apresentam renda maior, o que possibilita uma possibilidade maior de escolhas, já que as escolhas alimentares são normalmente limitadas ao poder aquisitivo de cada pessoa ou família. No presente estudo, o nível econômico foi utilizado em todos os ajustes, o que indica que, mesmo havendo relação entre nível econômico e escolaridade, a escolaridade e o nível econômico apresentam influências, de algum modo, independentes no consumo de frutas e verduras ou legumes.

Portanto, ações que ampliem o conhecimento da população sobre a importância do consumo desses alimentos para a saúde poderiam aumentá-lo, como mostrado em ensaio comunitário de avaliação do impacto de uma intervenção nutricional educativa para aumentar a participação de frutas e hortaliças na alimentação de famílias residentes em um bairro pobre do município de São Paulo (JAIME et al., 2007).

De maneira geral, os resultados da relação entre o consumo irregular de frutas e de verduras ou legumes segundo variáveis sociodemográficas no presente estudo são consistentes com a literatura.

Quanto à prevalência das barreiras percebidas para o consumo de frutas e de verduras ou legumes, observou-se que “o custo pesa no orçamento da família” foi

a barreira mais citada para ambos os grupos de alimentos pesquisados, mas com maior frequência para as frutas. Este achado pode ser explicado em parte pelo fato que, normalmente, as frutas são mais caras em relação aos preços das verduras ou legumes. Outra possível razão é o fato da cidade de Cambé possuir hortas comunitárias em vários bairros e assim favorecer a compra das verduras ou legumes com preços mais acessíveis à população. De qualquer modo, esta questão do impacto das hortas comunitárias no acesso das pessoas às verduras e legumes deveria ser investigada de maneira mais específica, já que este não foi o foco do presente estudo.

O consumo de frutas e hortaliças é em parte determinado pelas condições socioeconômicas da população. De acordo com Jaime, Monteiro (2005) e Lotufo (2004) a baixa renda familiar mostrou-se independentemente associada a práticas alimentares inadequadas, especialmente ao baixo consumo diário de frutas, legumes e verduras.

O consumo alimentar das famílias brasileiras de baixa renda é caracterizado pela grande presença de cereais, óleos e gorduras, açúcares, carnes gordas e alimentos industrializados, com alta densidade energética, em paralelo ao consumo insuficiente e monótono de hortaliças e frutas (praticamente restrito a tomate, alface, banana e laranja) (COELHO, AGUIAR, FERNANDES, 2009). Além disso, sabe-se ainda que, quando comparadas às famílias brasileiras de classes sociais mais altas, as famílias de menor nível de renda adquirem menos alimentos considerados saudáveis, como grãos integrais, peixes, leites e derivados desnatados, carnes magras e frutas e hortaliças (CLARO et al., 2007).

Claro e Monteiro (2010) usaram dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com amostra probabilística de 48.470 domicílios brasileiros entre 2002 e 2003. Neste estudo a participação de frutas e hortaliças no total de aquisições de alimentos foi expressa como percentual do total de calorias adquiridas e como calorias provenientes desses alimentos, ajustadas para o total de calorias adquirido. Os autores observaram que a diminuição do preço de frutas e hortaliças em 1% aumentaria sua participação em 0,79% do total calórico, e o aumento de 1% na renda familiar aumentaria essa participação no total calórico em 0,27%, assim o aumento da renda e a diminuição dos preços de frutas e hortaliças são capazes de aumentar sua participação na dieta dos brasileiros.

Borges et al. (2015) analisaram os custos de se obter uma alimentação saudável, baseada nas recomendações nacionais propostas na 1ª edição do *Guia Alimentar para a População Brasileira* (BRASIL, 2006), comparando esses valores com os custos praticados pela população, de acordo com as despesas reais em alimentação, praticadas pelos domicílios brasileiros. Os alimentos foram analisados nos oito grupos alimentares propostos pelo guia. Os resultados do estudo apontaram que os domicílios em piores situações de renda (R\$ 71,40/mês) necessitariam aumentar sua despesa real com alimentos em 58,1%, no intuito de atingir as recomendações nacionais de consumo. Tal incremento no gasto com a alimentação comprometeria a renda atual dessas famílias em 145,8%, ou seja, nesse patamar de rendimentos, esses domicílios estariam impossibilitados de comprar a quantidade de alimentos ideal para o consumo. Esses achados evidenciam a impossibilidade de execução de muitas das recomendações de alimentação saudável (IBGE, 2016).

Outra possibilidade, a redução na carga de impostos incidindo sobre as frutas e hortaliças, cerca de 28% para frutas e 22% para hortaliças, seria uma intervenção que poderia reduzir o custo destes alimentos e aumentaria o acesso da população (CLARO; MONTEIRO, 2010).

Estudo de Coelho, Aguiar, Fernandes (2009) sugere que a escolha por alimentos pobres em qualidade nutricional oferece satisfação ao paladar e reduz significativamente os custos da alimentação, por isso, esses alimentos são escolhidos no lugar de alimentos frescos. De acordo com o *Guia Alimentar para a População Brasileira*, embora as frutas, verduras e legumes possam ter preço superior ao de alguns alimentos ultraprocessados, o custo total de uma alimentação baseada em alimentos *in natura* ou minimamente processados ainda é menor no Brasil do que o custo de uma alimentação baseada em alimentos ultraprocessados. Nem todas as variedades de frutas, verduras e legumes são caras, particularmente quando são compradas na época de safra e em locais onde se comercializam grandes quantidades de alimentos, ou mesmo diretamente dos produtores (BRASIL, 2014).

Dentre os motivos que levam aos altos custos dos alimentos frescos e saudáveis, estão os grandes investimentos em armazenamento por parte dos produtores e comerciantes, os gastos com transporte e o maior desperdício por serem altamente perecíveis (DARMON; BRIEND; DREWNOWSKI, 2004; YEH et al., 2008). O contrário acontece com alimentos ricos em energia que são geralmente

secos e tendem a ter maior tempo de prateleira (DARMON; BRIEND; DREWNOWSKI, 2004).

Outra questão que não pode ser ignorada é referente à forma de produção, se a partir da lógica do agronegócio ou da agricultura familiar. No âmbito desta segunda, parece se dar uma maior importância para a produção de frutas e hortaliças com padrões de qualidade, que sejam livres de resíduos de agrotóxicos e que não comprometam o ambiente agrícola, respeitando-se, também, os princípios da segurança alimentar (MOREIRA, 2013).

Diante deste contexto, o incentivo à agricultura familiar com a produção agrícola em pequenas e médias propriedades pode ser um ponto importante para o desenvolvimento econômico sustentável do espaço rural e as principais vantagens para o consumidor como a aquisição de produtos de alta qualidade e os baixos preços praticados. Neste contexto, vale mencionar a Lei nº 11947 de 2009, que possibilita que, do total dos recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), pelo menos “30% destinados às aquisições para o abastecimento da merenda escolar deverão ser endereçados àqueles fornecedores, no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), diretamente da agricultura familiar e do empreendedor familiar rural ou de suas organizações, priorizando-se os assentamentos da reforma agrária, as comunidades tradicionais indígenas e comunidades quilombolas” (BRASIL, 2009a).

De qualquer modo, este estudo demonstrou que é alta a proporção de pessoas que considera a questão do custo uma barreira importante para um maior consumo de frutas, verduras ou legumes. A questão do preço destes produtos é complexa e envolve mais do que a organização orçamentária individual ou familiar, e tem uma importante dimensão relativa às escolhas políticas, que nem sempre privilegiam a alimentação saudável, vide inclusive a grande influência que a indústria alimentícia exerce, inclusive a partir do financiamento de campanha de muitos políticos e dos altos valores investidos em publicidade.

A segunda barreira mais prevalente, tanto para o consumo de frutas como para o de verduras ou legumes, foi “a família não tem o hábito/costume”. Estudo qualitativo que analisou as percepções de 147 participantes em relação aos obstáculos e facilitadores para o consumo de frutas e de verduras ou legumes entre homens e mulheres adultos, africanos americanos, hispânicos e caucasianos na

Carolina do Norte e Connecticut, identificou tradições e preferências da família como os principais influenciadores do consumo alimentar (YEH et al., 2008).

Estudo realizado em Porto Alegre, com pré-escolares, demonstrou uma alta prevalência de crianças que consumiam menos de uma porção de frutas e hortaliças por dia e que essas práticas estavam diretamente relacionadas com a educação dos pais e com a renda familiar (VALMÓRBIDA; VITOLO, 2014).

Outro ponto a ressaltar é o aumento significativo de publicidade nos meios de comunicação. Com raras exceções, tendem a enfatizar alimentos específicos, propagados como “superalimentos”, e ignoram a importância de variar e combinar alimentos. Dessa maneira, induzem modismos e levam à depreciação de alimentos e práticas alimentares tradicionais. Até mesmo nas matérias de aparente cunho meramente jornalístico, algumas matérias que se dizem informativas são na verdade formas veladas de fazer publicidade de alimentos ultraprocessados (BRASIL, 2014).

A construção de ambientes favoráveis às escolhas adequadas dos alimentos e refeições é elemento-chave para o alcance da alimentação saudável para todos, e esta função não é limitada às famílias. A escola, por exemplo, configura-se como espaço privilegiado para ações de promoção da alimentação saudável, em virtude de seu potencial para produzir impacto sobre a saúde, autoestima, comportamentos e desenvolvimento de habilidades para a vida de todos os membros da comunidade escolar: alunos, professores, pais, merendeiros, responsáveis pelo fornecimento de refeições e/ou lanches e funcionários. Exerce grande influência na formação de crianças e adolescentes e constitui, portanto, espaço de grande relevância para a promoção da saúde. (BRASIL, 2008a).

Os hábitos alimentares adquiridos na infância vão ter uma importante influência nas preferências alimentares na vida adulta, o que reforça a necessidade de que a exposição repetida a diferentes tipos de frutas e hortaliças devam ser incentivadas ainda na infância. As práticas de cuidado à saúde, como os hábitos alimentares são vivenciados e aprendidos também no ambiente familiar. Dessa forma, é fundamental reforçar a abordagem familiar na Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo assistencial, tendo como foco de atenção a família, considerando o meio ambiente, o estilo de vida e a promoção da saúde como seus fundamentos básicos (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Ainda sobre a questão da falta de hábito familiar, um aspecto que pode ser considerado é a entrada das mulheres no mercado de trabalho, principalmente na

década de 1970, ocasionando uma família economicamente dependente da participação da renda da mulher no sustento da família. Com isso, em parte, a figura da mulher “dona do lar” é modificada, uma vez que a mesma não dispõe de tanto tempo para preparar as refeições, muitas vezes levando à escolha que privilegiam a praticidade em detrimento da qualidade nutricional dos alimentos (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003; MENDONÇA; ANJOS, 2004). Muitas vezes, cabe a mãe o papel de principal figura na dinâmica alimentar da família, pois é ela que faz a escolha e compra dos alimentos, bem como a preparação das refeições (GOLAN, CROW, 2004; HOLM-DENOMA et al., 2005; MAY et al., 2006).

A terceira barreira mais citada para o consumo de frutas foi a “falta de tempo para ir ao mercado/feira com frequência para comprar frutas frescas” e esta foi a quarta barreira mais prevalente para o consumo de verduras ou legumes, o que é condizente com o estudo de Souza et al. (2008) realizado em 11 municípios da região central do Rio Grande do Sul com consumidores acima de 18 anos, em que a maioria dos entrevistados optavam por realizar suas compras de frutas e hortaliças uma vez por semana, e apenas 10% adquiriam esses alimentos diariamente. Devido ao fato de serem perecíveis, quando compradas, as frutas e hortaliças precisam ser consumidas rapidamente e ficam, muitas vezes, sem reposição por vários dias (YEH et al., 2008).

Os alimentos *in natura* ou minimamente processados antes comumente comercializados em mercearias, quitandas e pequenos mercados localizados próximos às casas das pessoas, hoje tendem a ser adquiridos em supermercados distantes das moradias. A distância favorece que as compras desses alimentos, sejam quinzenais ou mensais, o que diminui a disponibilidade de alimentos perecíveis nas casas, como frutas, verduras e legumes (BRASIL, 2014).

Para o consumo de verduras ou legumes a terceira barreira mais citada foi a “necessidade do preparo” destes alimentos e esta foi a quarta barreira mais prevalente para o consumo de frutas. Segundo o *Guia Alimentar para a População Brasileira*, o enfraquecimento da transmissão de habilidades culinárias entre gerações favorece o consumo de alimentos ultraprocessados. Em contraste com estes alimentos, os alimentos *in natura* ou minimamente processados usualmente precisam ser selecionados, pré-preparados, temperados, cozidos, combinados a outros alimentos e apresentados na forma de pratos para que possam ser

consumidos. Isso evidentemente requer tempo da própria pessoa ou de quem, na sua casa, é responsável pela preparação das refeições (BRASIL, 2014). Os alimentos frescos e nutritivos, muitas vezes, requerem habilidades culinárias, são mais caros e necessitam mais tempo para serem preparados (DREWNOWSKI; EICHELSDOERFER, 2010).

E por último a quinta barreira mais prevalente no estudo foi “não gostar do sabor” para o consumo de frutas e de verduras ou legumes. De acordo com Drewnowski e Darmon (2005) as escolhas alimentares são realizadas com base no gosto, o que se refere às características sensoriais do alimento, como: palatabilidade, aroma e textura. Geralmente os alimentos com baixa densidade energética são pouco palatáveis, e muitas hortaliças são consideradas como tendo sabor amargo, o que leva muitas pessoas a substituírem estes alimentos por outros mais agradáveis ao consumo e dificultam o seguimento das recomendações nutricionais (BRUG et al., 2008).

O estudo de Pollard et al. (2002) também aponta que as características sensoriais foram relatadas como motivo importante dentre indivíduos que não ingerem quantidades adequadas de frutas e de verduras ou legumes. Portanto, faz-se necessário ensinar receitas atraentes com frutas, verduras ou legumes à população adulta a fim de aumentar a preferência por esses alimentos.

Figueira, Lopes, Modena (2016) buscaram investigar barreiras e fatores promotores do consumo de frutas e hortaliças entre usuários do Programa Academia da Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. Para tanto, utilizaram uma abordagem qualitativa, usando na análise a técnica de análise de conteúdo, onde realizaram entrevistas com 62 usuários. As principais barreiras identificadas foram: comércio inadequado, baixo poder aquisitivo, preço, carência de iniciativas públicas, falta de tempo, preguiça, fruta ser considerada apenas uma alternativa alimentar e não realizar o jantar. Os fatores promotores mais citados foram: saúde, prevenção/controlar de doenças, gostar, hortaliça ser considerada como parte da refeição, criação e origem familiar, melhoria da situação financeira, comércio próximo e estratégias de compra.

No que diz respeito aos fatores sociodemográficos relacionados às barreiras. No presente estudo observou-se que as mulheres tiveram maior chance de apresentarem as barreiras “o custo das frutas e verduras ou legumes pesam no orçamento da família”, “necessidade de preparo” das verduras ou legumes, como

também a “falta de tempo para ir ao mercado/feira com frequência” para comprar frutas frescas. Isso pode ser explicado pelo fato que, na maioria das famílias, a mulher ainda é a principal, quando não única, responsável pela seleção e aquisição dos alimentos e preparo das refeições, o que faz com que as mesmas, talvez, tenham maior noção sobre o peso do custo da alimentação nos orçamentos familiares. Além disso, é possível que as mulheres tenham, em média, menor tempo livre do que os homens, uma vez que muitas ainda acumulam o trabalho remunerado fora de suas residências com as atividades domésticas, e que as mulheres tenham uma renda inferior em média aos homens.

Vale mencionar que durante a maior parte da história recente da humanidade, as mulheres foram educadas principalmente para atuarem no espaço privado, ou seja, para exercer as tarefas domésticas. Já o homem, foi essencialmente preparado para atuar na esfera pública, e ser o provedor da família. Nesses termos, tem-se a construção de estereótipos da figura feminina e masculina que se manifestam nas relações humanas e perduram até nossos dias (GUIRALDELLI; ENGLER, 2008). A partir das mudanças culturais, sociais, políticas e econômicas, as mulheres passaram a ocupar os espaços públicos e os principais fatores que contribuíram para a inserção feminina no mundo do trabalho foi o aumento do nível de escolaridade, gerando novas oportunidades empregatícias, a queda da fecundidade e o crescimento de famílias monoparentais femininas (GUIRALDELLI, 2012). Este estudo não investigou informações sobre a composição das famílias, e as monoparentais talvez tenham maiores dificuldades financeiras, e o custo da alimentação pode ser sentido mais fortemente. Sugere-se que estudos futuros atentem para as novas formas de composição familiar.

Quanta à raça/cor os sujeitos que se declararam com cor parda/preta/indígena tiveram maior chance de apresentarem a barreira “não gostar do sabor de verduras ou legumes”, o que pode estar relacionado ao menor acesso deste grupo às frutas e verduras em outras fases do ciclo da vida. Porém, este achado precisa ser confirmado por outras investigações, inclusive para a construção de hipóteses mais sólidas que expliquem a relação encontrada neste trabalho.

No presente estudo, os sujeitos com escolaridade de até quatro anos tiveram maior chance de referirem a barreira o “custo pesa no orçamento da família” para comprar frutas e verduras ou legumes, o que pode estar relacionado a salários

mais baixos devido ao menor grau de escolaridade como também poderá ter um efeito direto na taxa de empregabilidade.

Os indivíduos sem companheiro tiveram maior chance de referirem a barreira “falta de tempo para ir ao mercado/feira com frequência para comprar frutas frescas”, o que talvez tenha acontecido por estas pessoas terem um maior acúmulo de funções e conseqüentemente, menor tempo para este tipo de atividade.

Crawford et al. (2007) verificaram que comportamentos relacionados a organização e planejamento das refeições consumidas e compra dos alimentos estão relacionados ao consumo adequado de frutas e hortaliças.

Algumas limitações deste estudo devem ser consideradas. Em relação ao indicador de consumo de consumo de frutas e de verduras ou legumes, definido como consumo irregular (< 5 dias/semana) e consumo regular (\geq 5 dias/ semana), pelo fato de que talvez alguns sujeitos até façam uso regular, mas em quantidades insuficientes, pois as recomendações de consumo desses alimentos consideram o número de porções consumidas ao dia em gramas. Porém, há de se destacar a dificuldade de se realizar medidas mais complexas em estudos de base populacional, como é o caso da presente pesquisa, que tinha diversos outros objetivos. Assim, é importante mencionar que este critério de consumo regular e irregular tem sido utilizado em outras investigações (BLOCK et al., 1990; BRASIL, 2014a).

Ademais, apesar deste estudo ter como ponto de partida um estudo de base populacional que aconteceu em 2011, naquela ocasião não foram levantadas informações sobre barreiras percebidas para o consumo de frutas, verduras ou legumes. O presente estudo apenas considerou os dados da investigação de 2015, que buscou todos os 1180 sujeitos que haviam participado em 2011. Porém, não temos como afirmar que este estudo é representativo da população atual de Cambé, PR, indicando que é preciso muita cautela ao se fazer generalizações.

Por outro lado, há de se destacar que não foram encontrados estudos sobre as barreiras percebidas para o consumo de frutas e de verduras ou legumes, pelo menos em estudos envolvendo grandes populações. Estudo de Figueira, Lopes e Modena (2016) não era conhecido no momento de elaboração do instrumento de coleta deste estudo. De qualquer modo, o estudo citado abrange uma amostra menor (62 pessoas) e foca em uma metodologia qualitativa. O presente estudo tem uma abrangência maior. Entretanto, é preciso se destacar que a investigação de

barreiras auto referidas para o consumo de frutas, verduras ou hortaliças (assim como de outros comportamentos relacionados à saúde) não é tarefa simples, pois a adoção ou não de certos comportamentos depende de uma série de aspectos/variáveis, muitas das quais que são difíceis de serem mensuradas. Por exemplo, na questão da influência da mídia. Parece claro que muitos das preferências pessoais, em diversos campos, inclusive na alimentação, são, ao menos parcialmente, determinados pela mídia, e isso se dá muitas vezes sem que as próprias pessoas percebam isso. Deste modo, certamente uma pergunta simples, do tipo: “você sente que é influenciado pela mídia na hora de fazer compras?” seria insuficiente para dar conta de um fenômeno tão complexo e subjetivo. Assim, para a melhor compreensão dos aspectos que dificultam o consumo de frutas e de verduras ou legumes, ou de maneira mais ampla, a alimentação de um modo geral, a utilização de diferentes métodos e abordagens se faz necessária.

Ainda sobre este ponto, elementos mais amplos jamais podem ser esquecidos no estudo das questões relativas à alimentação humana. É o caso, por exemplo, da organização e distribuição dos espaços destinados ao plantio, muitas vezes dominados pela concentração de grandes propriedades de terra (latifúndios), monocultura, etc. Ou seja, apesar de, em alguma medida, a definição sobre o tipo de alimentação que cada pessoa ou família depender de escolhas individuais, estas dependem de conjunturas maiores, e muitas vezes os sujeitos tem menor poder de escolha do que de fato acreditam ter. Além disso, é preciso lembrar que os comportamentos humanos não são “escolhidos” somente em função da saúde. A alimentação, por exemplo, é um elemento importante da cultura humana e diversos outros fatores devem ser considerados.

Outro aspecto positivo do estudo a ser destacado foi o processo de construção do instrumento, já que o mesmo foi construído em diferentes etapas, conforme descrito na metodologia, e observou-se no momento da coleta de dados ser de fácil aplicação e entendimento pela população estudada. Apenas se pondera que em investigações com populações específicas, deve-se considerar a possibilidade de existirem outras barreiras. Por exemplo, em uma população de idosos, talvez seja importante acrescentar alguma barreira relativa à dificuldades/problemas dentais, que impeçam ou dificultam o consumo de determinados alimentos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Com base nos resultados obtidos é possível verificar elevadas prevalências de consumo irregular de frutas e de verduras ou legumes (consumo inferior a cinco dias na semana) em ambos os sexos, porém observou-se maior prevalência no sexo masculino, entre os mais jovens da amostra, entre os que referiram cor da pele não branca e entre os indivíduos com menor escolaridade e nível econômico. Quanto às barreiras percebidas para o consumo de frutas e de verduras ou legumes a mais prevalente foi relativa ao custo destes alimentos, seguindo pela falta de hábito da família.

Dessa forma, a identificação das principais barreiras e sua associação à frequência do consumo de frutas e de verduras ou legumes pode orientar e encorajar a implementação de políticas públicas para o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras.

As estratégias para a promoção de uma alimentação saudável precisa levar, em consideração, os hábitos alimentares da população, a acessibilidade ao alimento, a conveniência, a variedade local de alimentos, os preços dos alimentos, pois são barreiras importantes para a manutenção de uma dieta saudável e para mudanças de comportamento alimentar.

Diante deste contexto, é imprescindível um envolvimento dos diversos setores, para além do setor saúde, uma vez que o tema é complexo e depende de diversos fatores. Assim, as ações devem ser integradas e complementares e devem envolver não apenas mudanças nos indivíduos e famílias, mas também mudanças em setores como a publicidade dos alimentos, na economia e na agricultura, buscando diminuir os custos e aumentar a oferta destes alimentos, até o enfrentamento da questão do consumo alimentar inadequado para a saúde pelo Sistema Único de Saúde e pelo setor Educação. No entanto, este “enfrentamento” deve se dar buscando um olhar ampliado do fenômeno, fugindo de práticas simplistas de aconselhamento ou prescrição, descontextualizadas das realidades dos sujeitos e famílias. Neste sentido, mais uma vez, destaca-se que o presente estudo pode fornecer elementos importantes.

Nos últimos anos, o governo brasileiro tem algumas propostas de ações ao incentivo ao consumo de frutas e hortaliças como: incluir a questão da publicidade

de alimentos e o controle do uso de agrotóxicos na esfera educativa; articular as ações de educação alimentar e nutricional com as de abastecimento e agricultura familiar, bolsa família, e agricultura urbana; incentivar a consolidação das feiras locais como instrumento de melhoria para a seleção e aquisição de alimentos saudáveis; e priorizar a aquisição de alimentos para a alimentação escolar com produtos da agricultura familiar, possibilitando a formação de hábitos alimentares saudáveis e propiciando o desenvolvimento local (BRASIL, 2009).

Recomenda-se que as políticas de promoção de comportamentos saudáveis considerem os fatores que contribuem para a escolha alimentar do indivíduo e o contexto social que está inserido para que favoreçam a adoção de uma alimentação saudável com o consumo regular de frutas e de verduras ou legumes como também políticas fiscais que tornem mais baratos estes alimentos e mais caros os alimentos ultraprocessados.

REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)**: em vigor a partir de 01/01/2015. Disponível em: <<http://www.abep.org/>>. Acesso em 20 abr. 2015.

ARANCETA; J.; PÉREZ-RODRIGO, C.; RIBAS, L.; SERRA-MAJEM, LI. Sociodemographic and lifestyle determinants of food patterns in Spanish children and adolescents: the enKid study. **Eur J Clin Nutr.** v. 57(suppl 1), p.s40-s44, 2003.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. S181-S191, 2003.

BLOCK, G; WOODS, M; POTOSKY, A; CLIFFORD, C. Validation of a self-administered diet history questionnaire using multiple diet records. **J Clin Epidemiol**, 43:1327-35, 1990.

BORGES, C. A. et al. Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 1, p. 137-148, Jan. 2015.

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, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual operacional para profissionais de saúde e educação: promoção da alimentação saudável nas escolas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Lei nº 11.947 de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica. 2009a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Ações de Incentivo ao Consumo de Frutas e Hortaliças do Governo Brasileiro**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/folder_congresso.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2015.

BRUG, J.; TAK N. I., TE; VELDE, S. J.; BERE, E.; BOURDEAUDHUIJ, T. Taste preferences, liking and other factors related to fruit and vegetable intakes among schoolchildren: results from observational studies. **Br J Nutrition.**, v.99, n.1, p.s7-s14, 2008.

CASTRO, C.M., PELIANO, A.M. Novos alimentos, velhos hábitos e o espaço para ações educativas. In: CASTRO, C.M., COIMBRA, M. **O problema alimentar no Brasil**. São Paulo: ALMED, p.195-213, 1985.

CLARO, R. M. et al . Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 557-564, ago. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 06 jun. 2016.

CLARO, R. M.; MONTEIRO, C. A.. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1014-1020, Dec. 2010. Acesso em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-891020100006000005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 maio 2016.

COELHO, A. B.; AGUIAR, D. R. D. de; FERNANDES, E. A.. Padrão de consumo de alimentos no Brasil. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, v. 47, n. 2, p. 335-362, June 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20032009000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2016.

CONNORS, M.; BISOGNI, C. A.; SOBAL, J.; DEVINE, C. M. Managing values in personal food systems. **Appetite**. v. 36, n.3, p. 189-200, 2001.

CRAWFORD, D.; BALL, K.; MISHRA, G. et al. Which food-related behaviours are associated with healthier intakes of fruits and vegetables among women? **Public Health Nutr.** v.10, n.3, p. 256-65, 2007.

DARMON, N.; BRIEND, A.; DREWNOWSKI, A.. Energy-dense diets are associated with lower diet costs: a community study of French adults. **Public Health Nutr.**, 7, p.21-8, 2004.

DREWNOWSKI, A.; DARMON, N. The economics of obesity: dietary energy density and energy cost. **Am J Clin Nutr.**, v.82, n.1, p.265S-73S, 2005.

DREWNOWSKI, A.; EICHELSDOERFER, P.. Can low-income Americans afford a healthy diet?. **Nutrition today**, v. 44, n. 6, p. 246, 2010.

EIKENBERRY, N.; SMITH, C. Healthful eating: perceptions, motivations, barriers, and promoters in low-income Minnesota communities. **J Am Diet Assoc.** v. 104, n. 7, p.1158-61, 2004.

FALK, L.W.; SOBAL, J.; BISOGNI, C. A.; CONNORS, M; DEVINE, CM. Managing health eating: definitions, classifications and strategies. **Health Educ Behav.**, v.28,n. 4, p. 425-39, 2001.

FIGUEIRA, T. R.; LOPES, A. C. S.; MODENA, C. M.. Barreiras e fatores promotores do consumo de frutas e hortaliças entre usuários do Programa Academia da Saúde. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 29, n. 1, p. 85-95, jan./fev., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732016000100085&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 maio 2016.

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. **Rev Saúde Pública.**, v. 42, n. 5, p. 777-85, 2008.

FURST, T.; CONNORS, M.; BISOGNI, C.A.; SOBAL, J.; FALK, L.W. Food choice: a conceptual model of the process. **Appetite**, v. 26, n.3, p. 247-66, 1996.

GAO, X.; CHEN, H.; FUNG, T.T.; LOGROSCINO, G.; SCHWARZSCHILD, M.A.; HU, F.B. et al. Prospective study of dietary pattern and risk of Parkinson disease. **Am J Clin Nutr.**, 86, p. 1486-94, 2007.

GOLAN, M; CROW, S. Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. **Nutr Rev.**, v. 62, n. 1, p. 39-50, 2004.

GUIRALDELLI, R.; ENGLER, H. B. R. As categorias gênero e raça/etnia como evidências da questão social: uma reflexão no âmbito do serviço social. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 17, n. 1, p. 248-267, 2008.

GUIRALDELLI, R. Adeus à divisão sexual do trabalho? Desigualdade de gênero na cadeia produtiva da confecção. **Soc. estado**. Brasília , v. 27, n. 3, p. 709-732, Dec. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Jul. 2016.

HOLM-DENOMA, J.M.; LEWINSOHN, P.M.; GAU, J.M.; JOINER, T.E.J.R.; STRIEGEL-MOORE, R.; OTAMENDI, A. Parents' reports of the body shape and feeding habits of 36-month-old children: an investigation of gender differences. **Int J Eat Disord.**, v. 38. n.3, p.228-235, 2005.

IBGE. Coordenação de Índices de Preços. **Pesquisa de orçamentos familiares 2002 -2003**: análise da disponibilidade domiciliar e estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro, 2004a. .

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Resultados do Censo 2010**. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_parana.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2016.

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

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas, Brasil, grandes regiões e unidades da federação – Volume 1 Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Séries estatísticas & séries históricas. Disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=IU30&sv=94&t=rendimento-familiar-capita>>. Acesso em: 03 Jun. 2016.

JAIME, P. C.; MONTEIRO, C. A.. Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, supl. 1, p. S19-S24, 2005.

JAIME, P. C. et al. Educação nutricional e consumo de frutas e hortaliças: ensaio comunitário controlado. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 154-157, Feb. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Jun. 2016.

JAIME, P. C. et al. Fatores associados ao consumo de frutas e hortaliças no Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 57-64, Nov. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000900008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Jun. 2016.

JOMORI M. M., PROENÇA R. P. C., CALVO M. C. M. Determinantes de escolha alimentar. **Rev Nutr.** v.21, n.1, p.63-73, 2008.

KAC, G.; VELASQUEZ-MELENDZ, G.. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. S4-S5, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Abr. 2016.

KREBS-SMITH, S.M.; HEIMENDINGER, J.; PATTERSON, B.H. et al. Psychosocial factors associated with fruit and vegetable consumption. **Am J Health Promot.**; v.10, n.2, p.98-104, 1995.

LOCK, K. et al. The global burden of disease attributable to low consumption of fruit and vegetables: implications for the global strategy on diet. **Bull World Health Organ**, Genebra, v.83, n.2, p.100-108, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862005000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2016.

LOTUFO, P. A.. Brazil is getting older: some lessons from the Bambuí Health and Aging Study. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo , v. 122, n. 3, p. 79-80, May 2004 .

MAY, A.L.; KIM, J.Y.; MCHALE, S.M.; CROUTER, A. Parent-adolescent relationships and the development of weight concerns from early to late adolescence. **Int J Eat Disord**. v.39, n.8, p.729-40, 2006.

MENDONCA, C. P.; ANJOS, L. A. dos. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 698-709, Jun. 2004.

MONDINI, L. et al. Consumo de frutas e hortaliças por adultos em Ribeirão Preto, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 686-694, Ago. 2010.

MOREIRA, M. R. S.. Um olhar sobre a agricultura familiar, a saúde humana e o ambiente. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 65, n. 3, July 2013 . Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252013000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Jul. 2016.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças crônico degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2003.

PEARSON, T.; RUSSELL, J.; CAMPBELL, M.J.; BARKER, M.E. Do “food deserts” influence fruit and vegetable consumption? A cross sectional study. **Appetite**. v.45, n.2, p.195-7, 2005.

PEREIRA, M.A; O'REILLY, E.; AUGUSTSSON, K.; FRASER, G.E.; GOLDBOURT, U.; HEITMANN, B.L., et al. Dietary fiber and risk of coronary heart disease: a pooled analysis of cohort studies. **Arch Intern Med.**; 164, p.370-6, 2004.

PLINER, P; MANN, N. Influence of social norms and palatability on amount consumed and food choice. **Appetite.**, v. 42, n. 2, p.227-37, 2004.

POLLARD, J.; GREENWOOD, D.; KIRK, S.; et al. Motivations for fruit and vegetable consumption in UK women's cohort study. **Public Health Nutr.**; v.5, n.3, p.479-86, 2002.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P.de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.6, p.96-101, dez. 2000.

ROLLS, B.J.; ELLO-MARTIN, J.A.; TOHILL, B.C.. What can intervention studies tell us about the relationship between fruit and vegetable consumption and weight management? **Nutr Rev.**, 62:1-17, 2004.

SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L.J.; CARDOSO, M.A. High intake of fruits and vegetables predicts weight loss in Brazilian overweight adults. **Nutr Res.**, 28, p.233-8, 2008.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia / SBH. Sociedade Brasileira de Hipertensão / SBN. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v.17, n.1, Suplemento 4, p.1-69, 2010.

SCHÄTZER, M.; RUST, P.; ELMADFA, I. (2010). Fruit and vegetable intake in Austrian adults: intake frequency, serving sizes, reasons for and barriers to consumption, and potential for increasing consumption. **Public Health Nutrition.**, v.13, n.4, p. 480-487, 2010.

SOUZA, R. K. T. de et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em pessoas com 40 anos ou mais de idade, em Cambé, Paraná (2011): estudo de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 3, p. 435-444, 2013.

SOUZA, Renato Santos de et al. Comportamento de compra dos consumidores de frutas, legumes e verduras na região central do Rio Grande do Sul. **Ciência Rural**, v.38, n. 2, p. 511-517, 2008.

THOMPSON, F.E.; MIDTHUNE, D.; SUBAR, A.F.; MCNEEL, T.; BERRIGAN, D.; KIPNIS, V. Dietary intake estimates in the national health interview survey, 2000: methodology, results and interpretation. **J Am Diet Assoc.**, v.105, n. 3, p.352-63. 2005.

TURRELL, G; HEWITT, B; PATTERSON, C; OLDENBURG, B. Measuring socio-economic position in dietary research: is choice of socio-economic indicator important? **Public Health Nutr.** v. 6, n.2, p.191-200, 2003.

VALMORBIDA, J. L.; VITOLO, M. R.. Factors associated with low consumption of fruits and vegetables by preschoolers of low socio-economic level,. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v.90, n.5, p.464-471, Out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572014000500464&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jul. 2016.

WHO. World Health Organization. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneva: World Health Organization; 2003. (WHO Technical Report Series, 916).

_____. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Geneva: World Health Organization; 2004.

YEH, M. et al. Understanding barriers and facilitators of fruit and vegetable consumption among a diverse multi-ethnic population in the USA. **Health Promot Int.** v. 23, n.1, p. 42-50, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

VIGICARDIO 2011-2015

INFORMAÇÕES DO INDIVÍDUO AMOSTRADO

Nome:	Código:
Data de Nascimento:	Celular:
Recursos: (0) própria pessoa (1) cuidador auxiliar (2) cuidador substituto	
Data da Entrevista:	

INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO AMOSTRADO

Rua:		
Setor Censitário:	N°:	Complemento:
Mudou de endereço: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Novo Endereço: Rua:		
N°:	Complemento:	
Telefone:	Obs:	
Email:		

INFORMAÇÕES DA COLETA

Entrevistador:		
1º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado	<input type="checkbox"/> Não (motivo):
2º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado	<input type="checkbox"/> Não (motivo):
3º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado	<input type="checkbox"/> Não (motivo):
<input type="checkbox"/> Recusa	<input type="checkbox"/> Perda	<input type="checkbox"/> Exclusão
Motivo:		
Digitação: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		

CONTATOS PARA ENCONTRAR A PESSOA NO FUTURO - SEGUIMENTO

Nome/Relação	Endereço	Fone
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		






COLETA DE EXAMES

Laboratorial: ___/___/___	Horas: _____	<input type="checkbox"/> Realizar contato
Oftalmológico:	Data: ___/___/___	Horas: _____

Nome:	Código:
-------	---------

➤ Para todos os indivíduos:

BLOCO 1 – VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO																	
1. Qual é o seu Estado Civil? (1) Solteiro (2) Casado (3) Divorciado/Separado (4) Viúvo (5) União estável			CIV														
2. Quantos anos completos o(a) senhor(a) estudou? [] <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Analfabeto</td> <td>0 anos</td> </tr> <tr> <td>Primário completo ou até a 4ª série do fundamental</td> <td>4 anos</td> </tr> <tr> <td>1º grau ou ensino fundamental/ginásio completo</td> <td>8 anos</td> </tr> <tr> <td>2º grau ou ensino médio</td> <td>11 anos</td> </tr> <tr> <td>Ensino superior</td> <td>15 anos</td> </tr> <tr> <td>Especialização</td> <td>15 + 1</td> </tr> <tr> <td>Mestrado</td> <td>15 + 2</td> </tr> </table>			Analfabeto	0 anos	Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos	1º grau ou ensino fundamental/ginásio completo	8 anos	2º grau ou ensino médio	11 anos	Ensino superior	15 anos	Especialização	15 + 1	Mestrado	15 + 2	ESTU
Analfabeto	0 anos																
Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos																
1º grau ou ensino fundamental/ginásio completo	8 anos																
2º grau ou ensino médio	11 anos																
Ensino superior	15 anos																
Especialização	15 + 1																
Mestrado	15 + 2																
AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEU TRABALHO.																	
3. O(a) senhor(a) trabalha atualmente? (1) Sim (2) Não			TR1														
Se NÃO: 3.1 Como o(a) senhor(a) se classifica? (1) Aposentado (2) Do lar (3) Desempregado (4) Auxílio doença (5) Outros Pule para a questão 7			TR2														
4. Se trabalha atualmente, qual seu trabalho (ocupação) principal?			TR3														
5. Nesse trabalho o(a) senhor(a) é: (1) Empregado formal (carteira de trabalho) (2) Empregado informal (3) Autônomo/Conta própria (4) Não remunerado			TR4														
6. O(a) Sr(a). Trabalha atualmente com alguma dessas atividades:	S/N	Há quanto tempo (anos)?	PB1														
A1. Fabricação e recuperação de baterias			PB11														
A2. Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo			PB12														
A3. Produção de ligas (bronze, latão)			PB13														
A4. Galvanoplastia (ex: Pado)			PB14														
A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo			PB15														
A6. Fabricação de PVC e outros plásticos			PB16														

A7. Indústria da borracha				PB17
7. O(a) Sr(a). já trabalhou com alguma das atividades:  Caso já tenha lido as alternativas: O(a) senhor(a) já trabalhou em algum dos locais que acabei de citar?	S/N	Durante quanto tempo? (anos)	Parou há quanto tempo (anos)?	
A1. Fabricação e recuperação de baterias				PB20
A2. Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo				PB21
A3. Produção de ligas (bronze, latão)				PB22
A4. Galvanoplastia (ex: Pado)				PB23
A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo				PB24
A6. Fabricação de PVC e outros plásticos				PB25
A7. Indústria da borracha				PB26
8. Alguém que mora com o(a) Sr(a). trabalha com exposição ao chumbo? (1) Sim (2) Não				PB30
 Se SIM: 8.1. Em qual atividade (códigos acima)? []				PB31
9. Existe alguma fonte de contaminação por chumbo próxima à sua residência? (conforme alternativas citadas). (1) Sim (2) Não				PB40
 Se SIM: 9.1. Qual a distância aproximada (metros) da fonte em relação à sua casa? [] metros				PB41
10. Trabalha no campo na aplicação de inseticidas/"veneno"/ praguicidas? (1) Sim (2) Não				PB50
 Se SIM: 10.1 Qual o nome da cultura ou do produto aplicado?				PB51
 Se SIM: 10.2 A última aplicação foi há mais de 30 dias? (1) Sim (2) Não				PB52
<u>BLOCO 2 – VARIÁVEIS DO ESTADO DE SAÚDE</u>				
AGORA IREMOS FALAR SOBRE SUA SAÚDE EM GERAL				
11. Como o(a) senhor(a) classifica seu estado de saúde: (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim				EST1
12. O(a) senhor(a) possui cinco ou mais obturações metálicas em seus dentes (amálgama): (1) Sim, atualmente (2) Sim, já teve há mais de 1 ano (3) Sim, já teve há menos de 1 ano (4) Não (99) Não sabe/lembra				DEN1
13. Durante o último mês, como o(a) Sr(a). classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral: (1) Muito boa (2) Boa (3) Ruim (4) Muito ruim				SON6

VOU PERGUNTAR AGORA SE O(A) SENHOR(A) JÁ FOI DIAGNOSTICADO POR UM MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE SOBRE ALGUMAS DOENÇAS. ATENÇÃO, POIS SÓ DEVE RELATAR AQUILO QUE UM MÉDICO OU PROFISSIONAL DA SAÚDE JÁ LHE INFORMOU QUE POSSUI.

14. Quais das doenças/condições abaixo o(a) senhor(a) já foi informado por um médico ou outro profissional da saúde (médico, enfermeiro, farmacêutico, outros.) que tem ou teve:

	(1)SIM (2)NÃO	
14.1 Hipertensão Arterial/Pressão Alta?		HA
14.2 Colesterol elevado?		CT
14.3 Angina (dor no peito)?		AG
14.4 Insuficiência Cardíaca?		ICC
14.5 Ataque cardíaco/Infarto Agudo do Miocárdio?		IAM1
↪ Se SIM , 14.5.1 Há quanto tempo aconteceu? [] anos		IAM3
↪ 14.5.2 Ele já se repetiu alguma vez?		IAM4
14.6 Doença Cerebrovascular/Derrame?		DCV1
↪ Se SIM , 14.6.1 Há quanto tempo aconteceu? [] anos		DCV2
↪ 14.6.2 Ele já se repetiu alguma vez?		DCV3
14.7 Insuficiência Renal Crônica?		IRC
14.8 Doença pulmonar/pulmão?		DP
14.9 Fratura de quadril?(incluindo o fêmur)		FQ
14.10 Artrite / Artrose / Reumatismo?		ART
14.11 Problema na coluna?		COL
14.12 Algum tipo de Neoplasia / Câncer?		CAN
14.13 Depressão?		DEP
14.14 Diabetes Mellitus / Açúcar no sangue?		DM
↪ Se SIM : 14.14.1 Há quanto tempo (anos) tem DM? [] anos		DM1
↪ 14.14.2 Como controla o DM? (1) Dieta (2) Comprimidos (3) Insulina (permite mais de uma resposta) (4) Não controla		DM2
14.15 Outras doenças? Qual(is):		DOT
14.16 O(a) senhor(a) sofreu alguma queda* nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra *(queda da própria altura) ↪ Se NÃO : pule para questão 14.17		QUE1
↪ Se SIM : 14.16.1 O(a) senhor(a) recorda quantas vezes? []		QUE2
↪ 14.16.2 Em qual(ais) local(ais) aconteceram a(s) queda(s)?		QUE3

(1) Em casa (2) Fora da Casa	
↪ Se em casa, 14.16.1.1 Onde: _____	QUE4
↪ Se fora da casa, 14.16.2.1 Onde: _____	QUE5
↪ 14.16.3 Em algumas dessas quedas ocorreu uma fratura? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	QUE6
↪ Se SIM: 14.16.3.1 Qual parte do corpo foi fraturado? _____	QUE7

↪ **SOMENTE MULHERES:**

14.17 A senhora entrou na menopausa, ou seja, parou de sangrar definitivamente há 1 ano ou há mais de 1 ano? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	MP1
↪ Se SIM: 14.17.1 Há quanto tempo? [] ano(s) (99) Não sabe/não lembra	MP2
VOU PERGUNTAR AGORA SE ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA JÁ FOI DIAGNOSTICADO POR UM MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE SOBRE ALGUMAS DOENÇAS	
15. Seus pais ou irmãos tiveram algum episódio de Ataque cardíaco/Infarto antes dos 60 anos? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	IAM2
16. Seus pais ou irmãos tiveram Doença Cerebrovascular/Derrame antes dos 60 anos? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	DCV4
17. O(a) senhor(a) já perdeu seu pai, sua mãe ou algum irmão por morte súbita antes dos 60 anos? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	MSUB

BLOCO 3 – TRATAMENTO MEDICAMENTOSO




18. Lembre-se brevemente de suas atividades nas duas últimas semanas. Neste período o(a) Sr(a). utilizou algum medicamento? (1) Sim (2) Não ↪ Se NÃO pule para a questão 35	MED1
---	------



AGORA PRECISAREI RELATAR OS REMÉDIOS UTILIZADOS PELO(A) SENHOR(A). POR FAVOR, **TRAGA TODOS OS MEDICAMENTOS, INCLUINDO VITAMINAS, SUPLEMENTOS, QUE O(A) SENHOR(A) UTILIZA DIARIAMENTE OU QUE UTILIZOU MESMO QUE EVENTUALMENTE NOS ÚLTIMOS 15 DIAS.** (PAUSA).









Pegue cada remédio (blíster, frasco, bula ou caixa), incluindo vitaminas, que o(a) senhor(a) **UTILIZOU nos últimos 15 dias** e me ajude a responder um a um. Podemos começar?



	Nome Comercial	Princípio Ativo	Conc.	Posologia			Tempo que está utilizando
				Comp. por dia	Vezez por dia	S/N	
M1							
M2							







M3									
M4									
M5									
M6									
M7									
M8									
M9									
M10									
M11									
M12									
M13									
M14									
M15									
M16									


<p>19. Destes medicamentos, algum deles é utilizado de forma contínua, ou seja, sem data definida para o término do tratamento? (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica  Se SIM, Por favor, separe aqueles que você utiliza de maneira contínua.  Se NÃO ou NÃO SE APLICA pule para a questão 35</p>	MED2
<p>20. ENTREVISTADOR – Com base na tabela, quantos medicamentos são utilizados <u>continuamente</u> (sem previsão para o final do tratamento)? []</p>	MED3
<p>21. Além desses medicamentos que separamos, existe mais algum que o(a) senhor(a) utiliza ou deveria estar utilizando? (1) Sim (2) Não</p>	MED5
<p> Se SIM, 22.1: Quantos? []</p>	MED6
<p>22. ENTREVISTADOR – Com base na tabela e no relato do entrevistado, quantas vezes por dia ele toma medicamentos (independente do número de medicamentos utilizados por vez)? (1) 1x ao dia (2) 2x ao dia (3) 3x ao dia (4) 4x ao dia (5) 5 ou mais vezes ao dia</p>	MED7
<p>23. Quantas situações/doenças o(a) Sr(a). está tratando com os medicamentos que relatamos? []</p>	MED4
<p>24. O(a) Sr(a) se recorda quantos médicos prescreveram os medicamentos que utilizou nestes últimos 15 dias? []</p>	MED8
<p>25. Em quantos lugares que o(a) Sr(a). consegue seus medicamentos?</p>	MED9

Considere farmácias públicas, privadas, unidades de saúde e outros. []		
26. No último ano, o(a) Sr(a). deixou de obter, houve atraso ou parou de tomar algum remédio de uso contínuo? (1) Sim (2) Não		MED10
27. Considerando o número de medicamentos, sua rotina, efeitos ruins e os resultados alcançados, o(a) Sr(a). está satisfeito com o seu tratamento com medicamentos? (1) Satisfeito (2) Indiferente (3) Insatisfeito		MED11
28. O(a) Sr(a). às vezes esquece de tomar os seus remédios? (1) Sim (2) Não		MED12
29. Nas últimas duas semanas, houve algum dia em que o(a) Sr(a). não tomou seus remédios? (1) Sim (2) Não		MED13
30. O(a) Sr(a). já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava? (1) Sim (2) Não		MED14
31. Quando o(a) Sr(a). viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos? (1) Sim (2) Não		MED15
32. O(a) Sr(a). tomou todos os seus medicamentos ontem? (1) Sim (2) Não		MED16
33. O(a) Sr(a). já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento? (1) Sim (2) Não		MED17
34. Com que frequência o(a) Sr(a). tem dificuldades para lembrar de tomar todos os seus remédios? (1) Sempre (2) Frequentemente (3) Às vezes (4) Quase nunca (5) Nunca		MED18
ATENÇÃO: Antes de verificar a PA do entrevistado certificar-se de que o indivíduo NÃO: <ul style="list-style-type: none"> • está com a bexiga cheia • praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos • ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos • fumou nos 30 minutos anteriores. LEMBRE-SE de que: <ul style="list-style-type: none"> • O entrevistado deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. • Se a circunferência do braço que o entrevistado realiza as atividades for < 22cm ou >32cm deve-se utilizar braçadeira de tamanho adequado. 		
35. AFERIR A PRIMEIRA MEDIDA DE PA em ambos os braços e anotar a de maior valor: _____ / _____		PA1
36. QUAL A CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO EM QUE A MEDIDA FOI REALIZADA? [] cm Em qual braço? () D () E		CB
BLOCO 4 – HÁBITOS DE VIDA		
37. O(a) Sr(a). Fuma? (1) Sim (2) Não  Se NÃO , pule para a questão 40		FUM1
 Se SIM 37.1. Quantos cigarros por dia? []		FUM3


38. Que idade o(a) senhor (a) tinha quando começou a fumar regularmente? [] anos (99) Não lembra	FUM4			
39. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar? (1) Sim (2) Não  Pule para a questão 41	FUM5			
40. O(a) Sr(a) já fumou? (1) Sim (2) Não	FUM6			
 Se SIM:40.1. Que idade o(a) senhor(a) tinha quando parou de fumar? [] anos (99) Não lembra	FUM7			
41. O(a) Sr(a). costuma consumir bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não  Se NÃO , pule para a questão 42	ALC1			
 Se SIM: 41.1 Com que frequência faz uso de bebida alcoólica? (1) Ocasionalmente (menos que 2x/sem) (2) Frequentemente (2 a 6x/sem) (3) Todos os dias	ALC2			
 Se SIM: 41.2 Nos últimos 30 dias o(a) Sr(a). consumiu mais que 4 (para mulher)/5(para homem) doses de bebida alcoólica em uma ocasião?* <i>(mais de 4/5 doses seriam 4/5 latas de cervejas ou 4/5 taças de vinho ou 4/5 doses de cachaça/whisky/qualquer outra bebida destilada)</i> (1) Sim (2) Não	ALC3			
 Se SIM: 41.2.1 Em quantos dias do mês isso ocorreu? []	ALC4			
AGORA, VAMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS, COMO CAMINHADA, ESPORTES E EXERCÍCIOS FEITOS DE MANEIRA REGULAR E QUE FAÇAM A RESPIRAÇÃO FICAR MAIS FORTE QUE O NORMAL.				
42. Em uma semana normal (típica) o(a) Sr(a). faz algum tipo de atividade física no seu tempo livre? (1) Sim (2) Não  Se NÃO , pule para a questão 46	EX1			
 Se SIM: 43. Em uma semana normal (típica) quais são as atividades físicas que o(a) Sr(a). pratica no tempo livre:				
	Se Sim , assinale com X	Quantas vezes por semana? (dias)	Quanto tempo dura por dia? (minutos)	
43.1. Caminhada?				EX21
43.2. Alongamento?				EX22
43.3. Dança?				EX23

43.4. Musculação?				EX24
43.5. Ginástica de academia?				EX25
43.6. Futebol?				EX26
43.7. Hidroginástica?				EX28
43.8. Outra? Qual? _____				EX27
44. Diga-me em quais lugares normalmente realiza estas práticas (SOMENTE PARA QUEM PRATICA ATIVIDADE FÍSICA NO LAZER ATUALMENTE): (1) Academia/Clinica privada. (2) Praças, parques perto de casa. (3) Praças, parques longe de casa. (4) Em casa (esteira, bicicleta ergométrica, outros aparelhos) (5) Clubes esportivos, chácaras, campos de futebol, quadras esportivas (6) Outros. Especificar: _____ (7) Não se aplica.				EX29
45. O(a) Sr.(a) faz atividade física REGULAR há mais de 6 meses? (1) Sim (2) Não  Pule para a questão 48				EX5
46. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 30 dias? (1) Sim (2) Não  Se SIM , pule para a questão 48				EX6
47. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 6 meses? (1) Sim (2) Não				EX7
48. Em relação às condições atuais do bairro para a prática de atividade física o(a) Sr(a) está (tanto público quanto privado): (1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem satisfeito, nem insatisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito				EX30
49. Em relação às possíveis mudanças, acontecidas nos últimos anos, nos ESPAÇOS PÚBLICOS DO BAIRRO para a prática de atividade física (por exemplo: construção de novos espaços ou reforma/revitalização dos espaços existentes EM QUE A UTILIZAÇÃO É GRATUITA) o(a) Sr(a). considera que: (1) Melhorou muito (2) Melhorou um pouco (3) Está igual à antes (4) Está pior do que antes (5) Está muito pior do que antes (6) Não sei				EX31
50. Em relação aos espaços PÚBLICOS existentes no bairro para prática de atividade física e sua condição para chegar até eles, o(a) Sr(a). considera: (1) Muito perto (2) Perto (3) Nem perto, nem longe (4) Um pouco longe (5) Muito longe (6) Não existem espaços públicos (7) Tenho limitações que me impedem de chegar até estes espaços				EX32
51. Quanto tempo o(a) Sr(a) leva até estes locais (espaços públicos do				EX35

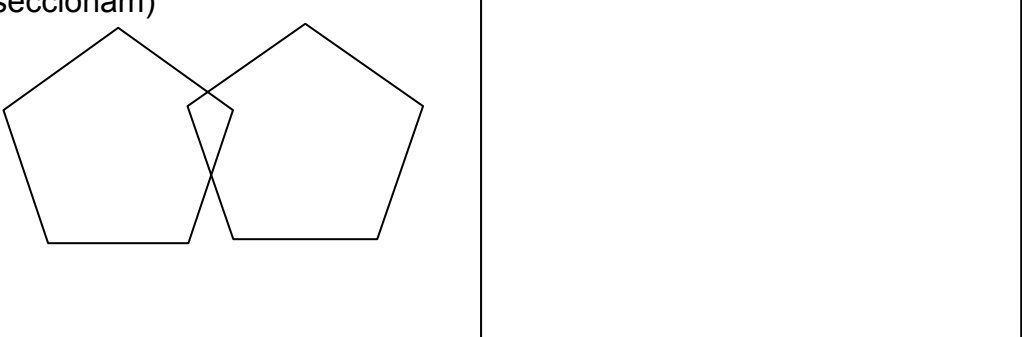
bairro)?	[] minutos	
52. Em relação às possíveis mudanças, acontecidas nos últimos anos, nos ESPAÇOS PRIVADOS para a prática de atividades físicas (por exemplo: academias de ginástica e musculação em que, para utilizar, é preciso pagar) o(a) Sr(a) considera que: (1) Melhorou muito (2) Melhorou um pouco (3) Está igual à antes (4) Está pior do que antes (5) Está muito pior do que antes (6) Não sei		EX33
53. O (a) Sr(a) conhece algum programa de atividades físicas orientadas que seja oferecido pela Unidade Básica de Saúde (Posto de Saúde) do bairro? (1) Sim, e freqüente (2) Sim, já frequentei, mas não frequento atualmente. (3) Sim, mas nunca frequentei. (4) Não conheço		EX36
54. Com relação ao seu trabalho remunerado, ou às atividades domésticas, em relação ao esforço físico, como o(a) senhor(a) classificaria o seu trabalho: (1) Muito leve (2) Leve (3) Moderado (4) Intenso (5) Muito intenso		EX8
55. O(a) Sr.(a) caminha ou vai de bicicleta até o trabalho? (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica  Se NÃO ou NÃO SE APLICA , pule para a questão 56		EX9
 Se SIM , 55.1: Quantas vezes por semana? [] dias		EX37
 55.2 Quanto tempo o(a) Sr(a). leva caminhando ou pedalando neste deslocamento (somar tempo de ida e volta): [] minutos.		EX10
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS QUANTO A SEUS HÁBITOS ALIMENTARES EM UMA SEMANA NORMAL.		
56. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar chá verde? (8) Nunca (9) Quase nunca [] dias  Se NUNCA pule para questão 58		CH1
57. Nos dias em que o(a) Sr(a) toma chá verde, quantas xícaras de chá costuma tomar por dia? [] xícaras		CH2
58. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer carne vermelha? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias  Se NUNCA , pule para questão 60		AL3
59. Quando o(a) Sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) Sr(a) costuma: (1) Tirar sempre o excesso de gordura visível (2) Comer com a gordura (3) Não come carne vermelha com muita gordura		AL4
60. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frango? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias  Se NUNCA , pule para questão 62		AL5
61. Quando o(a) Sr(a) come frango com pele costuma: (1) Tirar sempre a pele (2) Comer com a pele		AL6

62. Quantas vezes por semana o(a) Sr(a) costuma comer peixe? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias	AL9
63. Quantas vezes por semana o(a) Sr(a) costuma comer arroz? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias	AL10
64. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma trocar a comida do almoço ou jantar por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias	AL11
65. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar refrigerante? (8) Nunca (9) Quase nunca [] dias  Se NUNCA pule para questão 67	AL24
66. Nos dias em que o(a) Sr(a). toma refrigerante, quantos copos de refrigerante costuma tomar por dia? [] copos	AL25
67. Em quantos dias da semana o (a) Sr(a) costuma comer frutas? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias	AL1
AGORA VAMOS FALAR SOBRE POSSÍVEIS ASPECTOS QUE ATRAPALHAM QUE O (A) SR (A) COMA (OU COMA MAIS) FRUTAS.	
68. Em geral, o(a) Sr(a) gosta do sabor das frutas? (1) Sim (2) Não	AL12
69. Sua família tem hábito/costume de comer frutas? (1) Sim (2) Não	AL13
70. O custo das frutas pesa no orçamento da família? (ou pesaria, caso fossem compradas – não precisa ler esta parte. Apenas se o sujeito responder que a família não compra frutas). (1) Sim (2) Não	AL14
71. A necessidade do preparo das frutas (ter que lavar e descascar, por exemplo) é uma dificuldade para comer (comer mais) frutas? (1) Sim (2) Não (3) Outras pessoas realizam essa atividade/tarefa (4) Tem alguma limitação que impede essa atividade/tarefa	AL15
72. O(a) Sr(a) tem tempo para ir ao mercado/feira com frequência para comprar frutas frescas? (1) Sim (2) Não (3) Outras pessoas realizam essa atividade/tarefa (4) Tem alguma limitação que impede essa atividade/tarefa	AL16
73. Existe mais algum fator que atrapalha que o(a) Sr(a) coma (ou coma mais) frutas? <hr/>	AL17
74. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, chuchu, berinjela, abobrinha), sem contar batata, mandioca ou inhame? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias	AL2
AGORA VAMOS FALAR SOBRE POSSÍVEIS ASPECTOS QUE ATRAPALHAM QUE O (A) SR (A) COMA (OU COMA MAIS) VERDURAS OU LEGUMES.	


75. Em geral, o(a) Sr(a) gosta do sabor das verduras ou legumes? (1) Sim (2) Não	AL18
76. Sua família tem hábito/costume de comer verduras ou legumes? (1) Sim (2) Não	AL19
77. O custo das verduras ou legumes pesa no orçamento da família? (ou pesaria, caso fossem compradas – não precisa ler esta parte. Apenas se o sujeito responder que a família não compra verduras ou legumes). (1) Sim (2) Não	AL20
78. A necessidade do preparo das verduras ou legumes é uma dificuldade para comer (comer mais) verdura ou legume? (1) Sim (2) Não (3) Outras pessoas realizam essa atividade/tarefa (4) Tem alguma limitação que impede essa atividade/tarefa	AL21
79. O (a) Sr (a) tem tempo para ir ao mercado/feira com frequência para comprar verduras ou legumes frescos? (1) Sim (2) Não (3) Outras pessoas realizam essa atividade/tarefa (4) Tem alguma limitação que impede essa atividade/tarefa	AL22
80. Existe mais algum fator que atrapalha que o(a) Sr.(a) coma (ou coma mais) verduras ou legumes? <hr/>	AL23

 Somente para indivíduos com **54 anos ou mais**



BLOCO 5 – MINIMENTAL E CAPACIDADE FUNCIONAL	
AGORA FAREMOS ALGUMAS PERGUNTAS PARA SABER COMO ESTÁ SUA MEMÓRIA. ALGUMAS PERGUNTAS <u>PODEM PARECER MUITO SIMPLES, MAS TEMOS DE SEGUIR A SEQUÊNCIA COMPLETA.</u>	
81. Orientação no tempo:	1 ponto para cada resposta certa
81.1. Que dia do mês é hoje?	
81.2. Em que mês estamos?	
81.3. Em que ano?	
81.4. Em que dia da semana (seg-dom) nós estamos?	
81.5. Qual a hora aproximada?	OT
Número de respostas corretas []	
82. Orientação no espaço:	1 ponto para cada resposta certa
82.1. Em que local nós estamos (sala, quarto, cozinha)?	
82.2. Que local é este aqui (casa, apartamento, casa de repouso)?	
82.3. Em que bairro nós estamos?	
82.4. Em que cidade nós estamos?	
82.5. Em que estado do Brasil nós estamos?	OE
Número de respostas corretas []	
83. Registro: Agora preste atenção. Eu vou dizer três palavras e o (a) Sr (a) vai repeti-las quando eu terminar. Certo? As palavras são: CARRO, VASO, TIJOLO. Agora, repita as palavras para mim. (1 segundo para dizer cada uma, 1 resposta correta para cada palavra. Se o entrevistado errou na primeira tentativa repita até que aprenda as 3 palavras, conte e registre o número de tentativas)	1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª tentativa
Número de respostas corretas na 1º tentativa []	ME1





<p>86.5 Por favor, escreva uma sentença. Se o paciente não responder, peça: Escreva sobre o tempo.</p> <p>Resposta correta []</p>	<p>1 ponto (Não considere erros gramaticais ou ortográficos)</p> <p>LI5</p>
<p>87. Por favor, copie este desenho. (Apresenta a folha com os pentágonos que se interseccionam)</p>  <p>Número de respostas corretas []</p>	<p>1 ponto (Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados, 10 ângulos, formando uma figura de 4 lados ou com 2 ângulos)</p> <p>LI6</p>
<p>88. PONTUAÇÃO TOTAL DO MINIMENTAL []</p> <p>↪ SE PONTUAÇÃO DO MM ≤ 23 PREENCHER QUESTIONÁRIO DE PFEFFER INSTRUMENTO NA ÚLTIMA PÁGINA</p>	<p>MM</p>
<p>↪ Somente para indivíduos com 54 anos ou mais</p>	
<p>AGORA, IREMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES DO DIA-A-DIA, MOBILIDADE E COMUNICAÇÃO.</p>	
<p>89. Respondente: (1) Própria pessoa (2) Cuidador</p>	<p>RES</p>
<p>O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para:</p>	
<p>90. Alimentar-se? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Alimenta-se, exceto por receber ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão; (3) Recebe ajuda ao alimentar-se, ou é alimentado parcial ou completamente usando sonda entérica.</p> <p>CF1</p>
<p>91. Tomar banho? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Recebe ajuda para banhar apenas uma parte do corpo; (3) Recebe ajuda para banhar mais de uma parte do corpo;</p> <p>CF2</p>
<p>92. Vestir-se? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Pega suas roupas e veste-se sem ajuda, exceto para dar laços nos sapatos; (3) Recebe ajuda para pegar suas roupas ou para vestir-se, ou fica parcial ou completamente despido</p> <p>CF3</p>
<p>93. Deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira (transferência)?</p>	<p>(2) Recebe ajuda para deitar-se e</p> <p>CF49</p>





(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→	levantar-se da cama ou cadeira; (3) Não sai da cama.	
94. Utilizar o vaso sanitário (sentar-se, levantar-se da privada, limpar-se e se vestir)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→	(2) Recebe ajuda para ir ao “banheiro”, para limpar-se, ou para arrumar as roupas depois da eliminação, ou no uso noturno do urinol ou da comadre; (3) Não vai ao banheiro para o processo de eliminação.	CF5
95. Cuidar da casa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→	(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue	CF40
96. Lavar roupa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→	(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue	CF41
97. Preparar as refeições? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→	(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue	CF42
98. Fazer compras? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→	(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue	CF43
99. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar o telefone (incluindo a pesquisa de um número na lista telefônica)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→	(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue	CF44
100. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar meio de transporte (automóvel, veículo adaptado, táxi, ônibus)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→	(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue	CF45
101. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para lidar com dinheiro (incluindo movimentação bancária)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→	(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue	CF46
102. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para fazer pequenos reparos domésticos (Ex: trocar uma lâmpada)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→	(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue	CF47
103. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para fazer o uso de medicamentos (tomar medicamentos)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→	(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue	CF48
104. O(a) Sr(a) tem algum problema para Urinar (micção)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→	(2) Incontinência ocasional ou gotejamento (3) Incontinência total ou necessidade de ajuda para manter o controle urinário; usa cateter ou é incontinente.	CF6
105. O(a) Sr(a) tem algum problema para fazer cocô (defecação)	(2) Incontinência parcial, entendida como perda frequente ou ocasional	CF7

(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→	do autocontrole ou necessidade eventual de enema ou lavagem intestinal. Necessita de controle externo para executar a ação no local adequado. <i>(Evacua em locais impróprios, por exemplo, na cozinha)</i> (3) Incontinência total; perda completa do autocontrole, a pessoa necessita ajuda, como uso regular de fraldas e/ou só evacua utilizando enema ou lavagem intestinal.	
106. Em relação à utilizar escadas em algum lugar, o(a) Sr (a) apresenta alguma dificuldade para subir e descer? (1) Não (2) Com dificuldade (3) Sobe e desce de maneira não segura, precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione (4) Sobe e desce escadas com ajuda de outra pessoa (5) Não utiliza escadas	CF15	
107. AFERIR A SEGUNDA MEDIDA DE PA: _____ / _____	PA2	
 Somente para indivíduos com 50 anos ou mais		
BLOCO 6 – DEPRESSÃO (Como a pessoa tem se sentido durante a última semana)		
108. Está satisfeito (a) com sua vida?	(1) Sim (2) Não	DEP1
109. Interrompeu muitas de suas atividades?		DEP2
110. Acha sua vida vazia?		DEP3
111. Aborrece-se com frequência?		DEP4
112. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?		DEP5
113. Teme que algo ruim lhe aconteça?		DEP6
114. Sente-se alegre a maior parte do tempo?		DEP7
115. Sente-se desamparado com frequência?		DEP8
116. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?		DEP9
117. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?		DEP10
118. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?		DEP11
119. Sente-se inútil?		DEP12
120. Sente-se cheio/a de energia?		DEP13
121. Sente-se sem esperança?		DEP14
122. Acha que os outros tem mais sorte que o(a) senhor(a)?		DEP15
 Para todos os indivíduos		
BLOCO 7 – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE		
123. O(a) senhor(a) possui plano de saúde? (1) Sim (2) Não (99) Não/lembra	PS1	
 Se SIM , 123.1: Qual a modalidade da cobertura?	PS2	

(1) parcial (co-participativo) (2) integral (99) Não sabe/não lembra	
↳ Se SIM, 123.2 : Qual o plano de saúde? _____	PS3
124. O(a) senhor(a) utiliza o serviço do posto (unidade básica) de saúde? (1) Sim (2) Não	SUS
↳ Se SIM, 124.1 : Qual profissional é referência para o(a) Sr(a) na unidade básica de saúde? (1) ACS (2) Enfermeiro (3) Médico (4) Auxiliar de Enfermagem (5) Nenhum (6) Outro: _____	SUS1
125. O(a) senhor(a) recebe visitas do agente comunitário de saúde (ACS)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	ACS
↳ Se SIM, 125.1 : Com que frequência? [] visitas/mês	ACS1
126. O(a) senhor(a) recebe visitas dos outros profissionais das equipes de saúde da família do posto de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra ↳ Se NÃO ou NÃO SABE/LEMBRA , pule para a questão 128	PSF1
127. Como o(a) Sr(a) avalia o atendimento da equipe de saúde da família? (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	PSF2
128. O(a) senhor(a) conhece alguma atividade que é organizada pelos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde (Posto de Saúde)? (1) Sim (2) Não ↳ Se NÃO , pule para a questão 130	GRU1
129. Quanto à participação nessas atividades: (0) nunca participou de nenhuma (1) participou de ações de educação em saúde (palestras, por exemplo) (2) participou anteriormente de grupo(s) específico(s) (por exemplo: grupo de caminhada, de nutrição, de controle de peso, de diabéticos, de hipertensos ...), mas já não participa mais. (3) participa atualmente de grupo(s) específico(s) (por exemplo: grupo de caminhada, de nutrição, de controle do peso, de diabéticos, de hipertensos....)	GRU2
↳ Se participa atualmente, 129.1 : Qual(is) grupo(s) participa: _____	GRU3
130. O (a) Sr.(a) realizou consultas médicas nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	CMED1
↳ Se SIM, 130.1 : O(a) Sr.(a) recorda aproximadamente quantas consultas? []	CMED2
131. Realizou alguma cirurgia nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	CIR
132. O(a) senhor(a) esteve internado (unidade hospitalar por mais de 1 dia) nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	INT1
↳ Se SIM: 132.1 . O(a) senhor(a) recorda por qual motivo? _____ (99) Não sabe/lembra	INT2

 Se SIM: 132.2 O(a) senhor(a) recorda o local? _____ (99) Não sabe/lembra	INT3
AGORA VAMOS FALAR SOBRE O(S) SERVIÇOS(S) DE SAÚDE UTILIZADOS PELO(A) SR(A) EM CASOS <u>NÃO URGENTES</u> (Ex: Consultas de rotina, acompanhamento de uma doença).	
133. Quando o(a) Sr(a) tem um problema de saúde <u>não urgente</u>, o(a) Sr(a) costuma procurar? <i>(Serviço que costuma procurar para uma consulta de rotina, acompanhamento da saúde/ de uma doença)</i>	
133.1. Posto de saúde (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	LA1
 Se SIM: 133.1.1 Há quanto tempo utiliza: [] anos (se <1=0)	LA11
133.2. Serviço especializado do SUS (Ex. Cismepar, Policlínica, HC) (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	LA2
 Se SIM: 133.2.1 Há quanto tempo utiliza: [] anos (se <1=0)	LA21
133.3. Consultório médico particular ou convênio (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	LA3
 Se SIM: 133.3.1 Há quanto tempo utiliza: [] anos (se <1=0)	LA31
133.4. Hospital (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	LA4
133.5. UPA (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	LA5
133.6. Outro (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	LA6
 Se SIM: 133.6.1 Qual? _____	LA61
 Se referiu SOMENTE UM SERVIÇO pule para QUESTÕES SOBRE O SERVIÇO REFERIDO	
 Se referiu MAIS DE UM SERVIÇO pergunte:	
133.7. Desses serviços que o(a) Sr(a) falou tem algum que é <u>referência</u> para você quando tem um problema de saúde <u>não urgente</u>? (1) Sim (2) Não	LA7
 Se SIM: 133.7.1. Qual? (1) Posto de Saúde (2) Serviço especializado do SUS (2) Consultório médico particular ou convênio (3) Hospital (4)UPA (5) Outro: _____	LA71
<p style="text-align: center;">QUESTÕES SOBRE O SERVIÇO REFERIDO</p> <p>Caso o entrevistado referiu mais de um serviço e <u>NÃO</u> tenha um serviço de referência, faça as questões sobre os <u>SERVIÇOS REFERIDOS</u>, preenchendo os blocos de acordo com os serviços referidos – SUS e/ou PARTICULAR/CONVÊNIO.</p>	
 Se <u>somente HOSPITAL e/ou UPA</u> pule para questão 144	
 Se referiu serviço do SUS (Posto de saúde/Serviço especializado do SUS) .	
<p style="text-align: center;">Agora vamos falar sobre o(s) serviço(s) do SUS que o(a) Sr(a) referiu utilizar quando tem um problema de saúde <u>não urgente</u> (<i>lembrar os serviços referidos</i>) (DESCONSIDRAR CASO TENHA ASSINALADO APENAS UPA E HOSPITAL)</p>	

	Não	Às vezes	Sim	
134. Quando esse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> está aberto, o(a) Sr(a) consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	0	1	2	AS1
135. É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up” – revisão geral da saúde) neste(s) <i>serviço(s) de saúde</i> ?	0	1	2	AS2
136. O(a) Sr(a) tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora nesse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> ?	2	1	0	AS3
137. É difícil para o(a) Sr(a) conseguir atendimento médico nesse (s) <i>serviço(s) de saúde</i> quando pensa que é necessário?	2	1	0	AS4
138. Quando o(a) Sr(a) tem que ir a esse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> , tem que deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho?	2	1	0	AS5
 Se referiu serviço PARTICULAR OU CONVÊNIO (Consultório) .				
Agora vamos falar sobre o(s) serviço(s) do CONVÊNIO OU PARTICULAR que o(a) Sr(a) referiu utilizar quando tem um problema de saúde não urgente (<i>lembrar o(s) serviço(s) referido(s)</i>) (DESCONSIDERAR CASO TENHA ASSINALADO APENAS UPA E HOSPITAL)				
	Não	Às vezes	Sim	
139. Quando esse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> está aberto, o(a) Sr(a) consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	0	1	2	AC1
140. É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up” – revisão geral da saúde) neste(s) <i>serviço(s) de saúde</i> ?	0	1	2	AC2
	Não	Às vezes	Sim	
141. O(a) Sr(a) tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora nesse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> ?	2	1	0	AC3
142. É difícil para o(a) Sr(a) conseguir atendimento médico nesse (s) <i>serviço(s) de saúde</i> quando pensa que é necessário?	2	1	0	AC4
143. Quando o(a) Sr(a) tem que ir a esse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> , tem que deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho?	2	1	0	AC5
AGORA VAMOS FALAR SOBRE O(S) MÉDICO(S) QUE ACOMPANHA(M) (<i>de maneira contínua</i>) A SAÚDE DO(A) SR(A).				
144. Tem algum médico que acompanha a sua saúde? (1)Sim (2)Não  Se NÃO pule para questão 167.				LM1
 Se SIM: 144.1 Quantos? []				LM2
 Se SIM: 144.2 De qual local(ais) e especialidade(s)?				
144.2.1 Médico generalista da UBS (1) Sim (2)Não (99) Não sabe/não lembra				LM3
144.2.2 Médico especialista do SUS (1) Sim (2)Não (99) Não sabe/não lembra				LM4

 Se SIM: Qual(ais) especialidade(s)?	(1) Sim (2) Não	
144.2.2.1 Cardiologista		LM5
144.2.2.2 Dermatologista		LM6
144.2.2.3 Endocrinologista		LM7
144.2.2.4 Gastroenterologista		LM8
144.2.2.5 Ginecologista		LM9
144.2.2.6 Nefrologista		LM10
144.2.2.7 Neurologista		LM11
144.2.2.8 Oftalmologista		LM12
144.2.2.9 Oncologista		LM13
144.2.2.10 Ortopedista		LM14
144.2.2.11 Otorrino		LM15
144.2.2.12 Pneumologista		LM16
144.2.2.13 Psiquiatra		LM17
144.2.2.14 Vascular		LM18
144.2.2.15 Outra: _____		LM19
144.2.3 Consultório médico particular ou convênio (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/não lembra		LM20
 Se SIM: Qual(ais) especialidade(s)?	(1) Sim (2) Não	
144.2.3.1 Cardiologista		LM21
144.2.3.2 Dermatologista		LM22
144.2.3.3 Endocrinologista		LM23
144.2.3.4 Gastroenterologista		LM24
144.2.3.5 Ginecologista		LM25
144.2.3.6 Nefrologista		LM26
144.2.3.7 Neurologista		LM27
144.2.3.8 Oftalmologista		LM28
	(1) Sim (2) Não	
144.2.3.9 Oncologista		LM29
144.2.3.10 Ortopedista		LM30
144.2.3.11 Otorrino		LM31
144.2.3.12 Pneumologista		LM32
144.2.3.13 Psiquiatra		LM33
144.2.3.14 Vascular		LM34
144.2.3.15 Outra: _____		LM35
144.2.4 Plantonista Hospital (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/não lembra		LM36
144.2.5 Plantonista UPA (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/não lembra		LM37
144.2.6 Outro: _____		LM38
 Se referiu SOMENTE UM MÉDICO pule para QUESTÕES SOBRE O MÉDICO REFERIDO		
 Se referiu MAIS DE UM MÉDICO pergunte:		
144.3. Desses médicos que o(a) Sr(a) falou tem algum que é referência para o acompanhamento da sua saúde? (1) Sim (2) Não		LM39

Se SIM: 144.3.1. Qual? [] Código do médico indicado. LM40

QUESTÕES SOBRE O MÉDICO REFERIDO

Caso o entrevistado referiu mais de um médico e **NÃO** tenha um médico de referência, faça as questões sobre os **MÉDICOS REFERIDOS**, preenchendo os blocos de acordo com os médicos referidos – SUS e/ou PARTICULAR/CONVÊNIO.

Se **somente plantonista HOSPITAL e/ou UPA** pule para questão 167

Se referiu médico do **SUS (Médico generalista e/ou médico especialista)**.

Agora vamos falar sobre **o(s) médico(s) do SUS** que o(a) Sr(a) referiu **acompanhar sua saúde** (*lembrar do(s) médico(s) referido(s)*) (DESCONSIDERAR CASO TENHA ASSINALADO APENAS UPA E HOSPITAL)

	Não	Às vezes Alguns	Sim	
145. Nas consultas de rotina, é o mesmo médico que atende o(a) Sr(a)?	0	1	2	VS1
146. Esse(s) médico(s) sabe(m) sobre seu histórico familiar?	0	1	2	VS2
147. Esse(s) médico(s) sabe(m) quais problemas são mais importantes para o(a) Sr(a)?	0	1	2	VS3
148. Esse(s) médico(s) sabe(m) a respeito do seu trabalho ou emprego?	0	1	2	VS4
149. Esse(s) médico(s) saberia(m) de alguma forma se o(a) Sr(a) tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que o(a) Sr(a) precisa?	0	1	2	VS5
150. Se o(a) Sr(a) tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o(s) médico(s) que melhor conhece(m) o(a) Sr(a)?	0	1	2	VS6
151. Durante o atendimento o(s) médico(s) lhe dá(ão) tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	0	1	2	VS7
	Não	Às vezes Alguns	Sim	
152. O(a) Sr(a) se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas à esse(s) médico(s)?	0	1	2	VS8
153. O(s) médico(s) responde(m) suas perguntas de maneira que o(a) Sr(a) entenda?	0	1	2	VS9
154. Durante o atendimento o(s) médico(s) lhe dá(ão) tempo suficiente para discutir sobre o tratamento e tomar decisões junto com ele(s)?	0	1	2	VS10
155. O(a) Sr(a) mudaria de médico ou de serviço de saúde do SUS se isto fosse muito fácil de fazer? (1)Sim (2)Não				VS11

Se referiu médico do **CONVÊNIO E/OU PARTICULAR**

Agora vamos falar sobre **o(s) médico(s) do CONVÊNIO/PARTICULAR** que o(a) Sr(a) referiu **acompanhar sua saúde** (*lembrar do(s) médico(s) referido(s)*) (DESCONSIDERAR CASO TENHA ASSINALADO APENAS UPA E HOSPITAL)

	Não	Às vezes Alguns	Sim	
156. Nas consultas de rotina, é o mesmo médico que atende o(a) Sr(a)?	0	1	2	VC1
157. Esse(s) médico(s) sabe(m) sobre seu histórico familiar?	0	1	2	VC2
158. Esse(s) médico(s) sabe(m) quais problemas são mais importantes para o(a) Sr(a)?	0	1	2	VC3
159. Esse(s) médico(s) sabe(m) a respeito do seu trabalho ou emprego?	0	1	2	VC4
160. Esse(s) médico(s) saberia(m) de alguma forma se o(a) Sr(a) tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que o(a) Sr(a) precisa?	0	1	2	VC5
161. Se o(a) Sr(a) tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o(s) médico(s) que melhor conhece(m) o(a) Sr(a)?	0	1	2	VC6
162. Durante o atendimento o(s) médico(s) lhe dá(ão) tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	0	1	2	VC7
163. O(a) Sr(a) se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas à esse(s) médico(s)?	0	1	2	VC8
164. O(s) médico(s) responde(m) suas perguntas de maneira que o(a) Sr(a) entenda?	0	1	2	VC9
165. Durante o atendimento o(s) médico(s) lhe dá(ão) tempo suficiente para discutir sobre o tratamento e tomar decisões junto com ele(s)?	0	1	2	VC10
166. O(a) Sr(a) mudaria de médico ou de serviço de saúde do <u>convênio/particular</u> se isto fosse muito fácil de fazer? (1)Sim (2)Não				VC11

Continuação BLOCO 1- CARACTERIZAÇÃO

167. Classe econômica:						ABEP
Quais desses itens o(a) senhor(a) possui?	Número de Itens					
	0	1	2	3	4ou+	
Banheiros	0	3	7	10	14	
Empregados domésticos	0	3	7	10	13	
Automóveis	0	3	5	8	11	
Microcomputador	0	3	6	8	11	
Lava louça	0	3	6	6	6	
Geladeira	0	2	3	5	5	
Freezer	0	2	4	6	6	
Lava roupa	0	2	4	6	6	
DVD	0	1	3	4	6	
Micro-ondas	0	2	4	4	4	
Motocicleta	0	1	3	3	3	
Secadora roupa	0	2	2	2	2	

Qual o Grau de Instrução do chefe da família (considerando a maior renda)?		
Analfabeto / Primário incompleto / Fundamental I incompleto	0	
Primário completo / Ginásio incompleto / Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto	1	
Ginásio completo / Colegial incompleto / Fundamental II completo/ Médio incompleto	2	
Colegial completo / Superior incompleto / Médio completo	4	
Superior completo	7	
Serviços Públicos	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua Pavimentada	0	2
Pontuação total	[]	

AGORA, IREMOS FALAR SOBRE QUESTÕES SOCIAIS

168. Quantos amigos próximos o(a) senhor(a) diria que têm hoje? Essas pessoas são aquelas com quem se sente à vontade, para conversar a respeito de assuntos particulares, ou chamar quando precisa de ajuda. []	REDE1
169. Se de repente o(a) senhor(a) precisasse de uma pequena quantia em dinheiro, (equivalente ao ganho de uma semana de trabalho) quantas pessoas, de fora do seu domicílio, estariam dispostas a lhe fornecer este dinheiro, se o(a) senhor(a) pedisse a elas? (1) Ninguém (2) Uma ou duas (3) Três ou quatro (4) Cinco ou mais	REDE2
Em toda comunidade, algumas pessoas se dão bem e confiam umas nas outras, enquanto outras pessoas não. Agora, eu gostaria de falar a respeito da confiança e da solidariedade na sua comunidade. Em geral, o(a) senhor(a) concorda ou discorda das seguintes afirmações:	
170. Pode-se confiar na maioria das pessoas que moram neste(a) bairro/localidade: (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL10
171. Hoje em dia, com que frequência o(a) senhor(a) diria que as pessoas neste(a) bairro/localidade ajudam umas às outras: (1) Sempre ajudam (2) Quase sempre ajudam (3) Algumas vezes ajudam (4) Raramente ajudam (5) Nunca ajudam	SOL2
172. Na sua opinião, esse(a) bairro/localidade é geralmente: (1) Muito pacífico (2) Moderadamente pacífico (3) Nem pacífico nem violento (4) Moderadamente violento (5) Muito violento	VIOL1
173. Nos últimos 12 meses participou de uma reunião de conselho, reunião aberta ou grupo de discussão (reunião de associação de moradores, conselho local de saúde e conselho de pais e mestres)? (1)Sim (2)Não	POL21
174. Por quais desses meios de comunicação costuma se informar sobre saúde: (1)Televisão (2)Rádio (3)Jornal Impresso (4)Internet (5)Revista (6) Outros (7)Nenhum	COM


BLOCO 7 – MEDIDAS

175. O(a) Sr(a) sabe qual é o seu peso? []Kg	PESR
176. Peso (kg): _____	PESM

177. Altura (m): _____	ALTM
178. Circunferência da cintura (cm): _____	CCIN
179. Circunferência do quadril (cm): _____	CQUA
180. AFERIR A TERCEIRA MEDIDA DE PA: _____ / _____	PA3

 **ATENÇÃO:** Volte na primeira página para agendar os exames laboratoriais e oftalmológico (s/n).

QUESTIONÁRIO DE PFEFFER - Se pontuação do MM \leq 23

 O entrevistador deve fornecer ao acompanhante/ cuidador um cartão de respostas para que ele(a) possa escolher a opção que melhor se ajusta à pessoa participante do estudo.

O(a) Sr(a) (nome do participante do estudo) é capaz de:

1. Cuidar do seu próprio dinheiro?		PF1
2. Fazer as compras sozinho (por exemplo de comida)?		PF2
3. Esquentar água para café ou chá e apagar o fogo?		PF3
4. Preparar comida?		PF4
5. Manter-se a par dos acontecimentos e do que se passa na vizinhança?		PF5
6. Prestar atenção, entender e discutir um programa de radio, televisão ou um artigo do jornal?		PF6
7. Lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?		PF7
8. Cuidar de seus próprios medicamentos?		PF8
9. Andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?		PF9
10. Cumprimentar seus amigos adequadamente?		PF10
11. Ficar sozinho (a) em casa sem problemas?		PF11

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa

“INCIDÊNCIA DE MORTALIDADE, MORBIDADE, INTERNAÇÕES E MODIFICAÇÕES NOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM AMOSTRA DE RESIDENTES COM 40 ANOS OU MAIS DE IDADE EM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DO SUL DO BRASIL: ESTUDO DE COORTE VIGICARDIO 2011-2015”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“Incidência de mortalidade, morbidade, internações e modificações nos fatores de risco para doenças cardiovasculares em amostra de residentes com 40 anos ou mais de idade em município de médio porte do Sul do Brasil: Estudo de coorte Vigicardio 2011-2015”**, a ser realizada no município de Cambé. O objetivo da pesquisa é verificar as possíveis mudanças no perfil de risco cardiovascular e incidência de óbitos e internações em uma amostra populacional de 40 ano ou mais de idade no município de Cambé entre 2011 e 2015. Sua participação é muito importante e ela se daria respondendo as perguntas feitas pelos entrevistadores, pela realização de medidas (pressão, peso, altura, cintura) e pela coleta de sangue.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas para os fins desta pesquisa e futuras pesquisas e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

A coleta de sangue será realizada por profissionais experientes e seguirá todas as recomendações da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas. Caso aconteça qualquer intercorrência durante o procedimento de coleta, o(a) senhor(a) receberá os devidos cuidados e, quando necessário, será encaminhado(a) ao serviço de saúde. O sangue coletado será utilizado para a realização de exames laboratoriais e após a realização do exame o sangue será descartado.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Comitê de Ética em pesquisa da UEL



Comitê de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Incidência de mortalidade, morbidade, internações e modificações nos fatores de risco para doenças cardiovasculares em amostra de residentes com 40 anos ou mais de idade em município de médio porte do Sul do Brasil: Estudo de coorte Vigicardio 2011-2015.

Pesquisador: Ana Maria Rigo Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39595614.4.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 916.944

Data da Relatoria: 14/12/2014

Apresentação do Projeto:

Pesquisa de Ana Maria Rigo Silva, junto ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (CCS-UEL). O projeto conta com uma assistente e equipe de 21 colaboradores. Sendo-se estudo de coorte, parte de um estudo de base populacional, com amostra representativa de residentes de 40 anos ou mais da área urbana do município de Cambé, localizado na região Norte do Paraná, realizado em 2011. A pesquisa propõe retornar a participantes de estudo anterior realizado em 2011.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar possíveis mudanças no perfil de risco cardiovascular e a incidência de óbitos e internações em uma amostra populacional de 40 anos ou mais de idade, no município de Cambé, Paraná, entre 2011 e 2015.

Hipótese: As modificações nos hábitos de vida e condições socioeconômicas interferem no perfil de morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Prevê que não há riscos.

Os benefícios ao participante previsto em termos de conhecimento da situação de saúde, incluindo

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

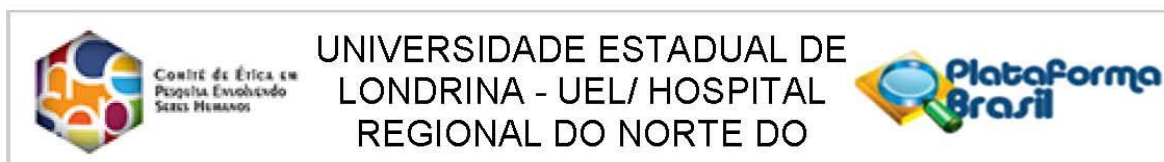
UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 916.944

os resultados dos exames laboratoriais. Possível contribuição para a melhoria dos serviços de saúde e conhecimento científico sobre o tópico.

Prevê orientação a participantes mediante identificação de problemas de saúde, em termos de indicação de busca de profissionais adequados para assisti-los.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Adequados:

Instrumentos de coleta de dados;

cronograma da pesquisa;

previsão orçamentária.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados:

Termo de Concordância de instituição co-participante; TCLE; e folha de rosto.

Recomendações:

Aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

LONDRINA, 16 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Paula Mariza Zedu Alliprandini
 (Coordenador)

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR **Município:** LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br