

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE VITÓRIA - EMESCAM

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

BRENA DE CASTRO COSTA

**AVALIAÇÃO DO PERFIL NUTRICIONAL, HÁBITOS DE VIDA E FATORES
ASSOCIADOS DA POPULAÇÃO RURAL DE ANCHIETA(ES): CONTRIBUIÇÕES
PARA ELABORAÇÃO DE AÇÕES SOCIAIS E DE SAÚDE**

VITÓRIA / ES

2013

BRENA DE CASTRO COSTA

AVALIAÇÃO DO PERFIL NUTRICIONAL, HÁBITOS DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS DA POPULAÇÃO RURAL DE ANCHIETA(ES): CONTRIBUIÇÕES PARA ELABORAÇÃO DE AÇÕES SOCIAIS E DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas públicas e Desenvolvimento local.

Orientador: Prof. Dr. Hebert Wilson Santos Cabral

VITÓRIA / ES

2013

BRENA DE CASTRO COSTA

AVALIAÇÃO DO PERFIL NUTRICIONAL, HÁBITOS DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS DA POPULAÇÃO RURAL DE ANCHIETA(ES): CONTRIBUIÇÕES PARA ELABORAÇÃO DE AÇÕES SOCIAIS E DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas públicas e Desenvolvimento local.

Aprovada em .24.... deABRIL..... de 2013

BANCA EXAMINADORA

.....
Prof. Dr. Hebert Wilson Santos Cabral

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -
EMESCAM

Orientador

.....
Prof. Dr. César Albenes de Mendonça Cruz

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -
EMESCAM

.....
Prof^a. Dr^a. Luciane Bresciani Salaroli

Universidade Federal do Espírito Santo

AGRADECIMENTOS

A Deus, por mais essa conquista.

Aos meus pais, pelo apoio, confiança e incentivo. Amo vocês!

Ao meu irmão e ao Guilherme por sempre acreditarem que tudo ia dar certo.

Ao meu orientador, pelos ensinamentos, dedicação, confiança, incentivo, conselhos e por me guiar, desde o primeiro momento, sendo fundamental na construção desse projeto. De todo o coração, muito obrigada!

A toda equipe do mestrado que, de certa forma, contribuiu muito para realização da pesquisa.

A Luciane, que me acompanhou desde a graduação até o mestrado. Suas considerações foram fundamentais para o andamento do estudo.

A todo o pessoal de Anchieta, pela imensa ajuda na coleta de dados.

A Alana, em especial, pela amizade, dedicação, parceria, direcionamento e conselhos. Muito obrigada!

A Marluci, pela dedicação, empenho e considerações valiosas.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo a análise das características sociais demográficas, da prática de atividade física, dos hábitos alimentares, dos tipos de alimentos consumidos e do tabagismo em uma população rural de Anchieta-ES, buscando propor ações e políticas voltadas para o desenvolvimento da população rural de Anchieta. Após cálculo amostral prévio realizado por consultor estatístico estimou-se uma amostra de no mínimo 160 indivíduos, residentes na área rural de Anchieta, que foram selecionados no período de 14 a 30 de agosto de 2012 e que consentiram em participar do estudo. Para isso, buscou-se descrever o perfil relacionado às características sociais demográficas, a prática de atividade física, aos hábitos alimentares, aos tipos de alimentos consumidos e ao tabagismo, correlacionando com dados nutricionais, por meio de índice de massa corporal e circunferência da cintura. Para atingir os objetivos foi realizada a avaliação antropométrica (IMC, CC, CB) e a aplicação de três questionários. Os resultados revelaram que 40,6% da amostra encontram-se sobrepeso e 22,5% obesos; 47,5% apresentam-se com risco aumentando para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e 33,8% estão com risco muito aumentado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Em relação à prática de atividade física, quase 100% da amostra não pratica nenhum tipo de exercício. No que se refere aos hábitos alimentares, a ingestão de frutas e hortaliças, leite e derivados é baixa, já o açúcar adicionado, a fritura, os carboidratos, como arroz e macarrão, são consumidos com maior frequência. Após análise dos resultados, constatou-se que, no meio rural de Anchieta, é fundamental a adoção de estratégias, por meio de políticas sociais, para redução do consumo de carne com gordura visível, consumo regular de refrigerante, aumento da ingestão de frutas e hortaliças, prática de atividade física, controle com excesso de peso, tabagismo e consumo de bebida alcoólica, para prevenção dos novos casos de obesidade e de outras doenças crônicas não transmissíveis.

Palavras-chave: Hábitos alimentares. Meio rural. Sobrepeso e obesidade. Políticas sociais.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the social demographic characteristics, the practice of physical activity, eating habits, the types of foods consumed and the smoking in a rural population of Anchieta-ES, seeking propose actions and policies directed at the development of the rural population of Anchieta. After previous sample calculation performed by statistical consultant estimated a sample of at least 160 individuals, residents in the rural area of Anchieta, which were selected in the period of August 14-30, 2012 and who consented to participate in the study. For this reason, we sought to describe the profile related to social demographic characteristics, the practice of physical activity, eating habits, the types of foods consumed and smoking, correlating with nutritional data, by means of body mass index and waist circumference. To achieve the objectives was performed anthropometric assessment (BMI, WC, CB) and the application of three questionnaires. The results showed that 40.6% of the sample are overweight and 22.5% obese; 47.5% present with increasing risk for the development of cardiovascular diseases and 33.8% are with very increased risk for the development of cardiovascular diseases. In relation to the practice of physical activity, almost 100% of the sample did not practice any type of exercise. As far as the eating habits, the intake of fruits and vegetables, milk and dairy products is low, since the added sugar, frying, carbohydrates, such as rice and pasta, are consumed with greater frequency. After analysis of the results, it was found that, in the rural environment of Anchieta, is fundamental to the adoption of strategies, by means of social policies, in order to reduce the consumption of meat with visible fat, regular consumption of soft drinks, increased intake of fruit and vegetables, physical activity practice, control with excess weight, smoking and alcohol consumption, for the prevention of new cases of obesity and other chronic non-communicable diseases.

Keywords: Eating habits. Rural Environment. Overweight and obesity. Social policies.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Classificação do IMC para adultos	62
Tabela 2 -	Estado nutricional segundo circunferência do braço	64
Tabela 3 -	Medidas antropométricas	69
Tabela 4 -	Dados sociodemográficos 1	71
Tabela 5 -	Dados sociodemográficos 2	73
Tabela 6 -	Características da atividade física.....	75
Tabela 7 -	Dados dos hábitos alimentares (grupo das hortaliças, leguminosas e frutas)	77
Tabela 8 -	Dados dos hábitos alimentares (grupo das hortaliças, leguminosas e frutas) (continuação)	78
Tabela 9 -	Dados dos hábitos alimentares (grupo dos óleos, gorduras e açúcares)	80
Tabela 10 -	Dados dos hábitos alimentares (grupo dos óleos, gorduras e açúcares) (continuação)	81
Tabela 11 -	Dados dos hábitos alimentares (grupo do leite e produtos lácteos)	82
Tabela 12 -	Dados dos hábitos alimentares (grupo dos pães, cereais e tubérculos)	84
Tabela 13 -	Dados dos hábitos alimentares (grupo das carnes, ovos e embutidos)	85
Tabela 14 -	Dados dos hábitos alimentares (grupo das bebidas)	86
Tabela 15 -	Dados da prática do tabagismo	87
Tabela 16 -	Correlações dos dados nutricionais por meio de medidas antropométricas relativas a dados sociodemográficos	88
Tabela 17 -	Correlações dos dados nutricionais por meio de medidas antropométricas relativas à prática de atividade física	89
Tabela 18 -	Correlações dos dados nutricionais por meio de medidas antropométricas relativas à prática do tabagismo e hábitos alimentares	90

LISTA DE SIGLAS

CARMEN -	conjunto de ações para redução multifatorial das enfermidades não transmissíveis
CC -	medida de circunferência da cintura
DANT -	doenças e agravos não transmissíveis
DCNT -	doenças crônicas não transmissíveis
FAO -	Food and Agriculture Organization
FUNRURAL -	Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC -	índice de massa corporal
INCA -	Instituto Nacional de Câncer
INCAPER -	Instituto Capixaba de Pesquisa, Assistência Técnica e Extensão Rural
INCRA -	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PAS -	promoção da alimentação saudável
PNPS -	Política Nacional de Promoção da Saúde
POF -	pesquisa de orçamento familiar
PRONAF -	programa nacional de fortalecimento da agricultura familiar
QFCA -	questionário de frequência do consumo alimentar
VBP -	valor bruto de produção
VET -	valor energético total
VIGITEL -	vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	14
2.1	OBJETIVO GERAL	14
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3	REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1	GENERALIDADES DO LOCAL	15
3.1.1	Características Regionais	15
3.1.2	Das Mudanças Sociais e Trabalhistas	17
3.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DA AGRICULTURA FAMILIAR NO BRASIL	24
3.2.1	Da Agricultura Familiar em Anchieta	29
3.3	DA MODERNIZAÇÃO DA AGRICULTURA BRASILEIRA	31
3.4	DAS RELAÇÕES CAMPO E CIDADE	35
3.5	DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS DE ANCHIETA	38
3.5.1	A Pesca	38
3.6	DO IMPACTO DA MODERNIZAÇÃO DO MEIO RURAL E A TRANSIÇÃO NUTRICIONAL	40
3.6.1	A Epidemia do Excesso de Peso e Obesidade	44
3.7	AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL	47
3.8	DA AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR	50
3.9	DO MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE PARA DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL	52
3.9.1	Da Política Social em Anchieta	55
3.9.2	Dos Dez Passos para uma Alimentação Saudável Elaborados pelo Ministério da Saúde	56
4	MATERIAS E MÉTODOS	59
4.1	SELEÇÃO AMOSTRAL	59
4.1.2	Local	60
4.2	MÉTODO	60
4.2.1	Instrumentos	61
4.2.2	Circunferência da Cintura	62
4.3	APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS	64
4.3.1	Questionário 1	65
4.3.2	Questionário 2	66
4.3.3	Questionário 3	66
4.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA	67
5	RESULTADOS	68
5.1	DOS PERFIS ESTUDADOS	68
5.1.1	Das medidas antropométricas.....	68
5.1.2	Das características Sociais e Demográficas da Amostra	70
5.1.3	Das Características Relativas à Atividade Física da Amostra	74

5.1.4	Das Características Relativas aos Hábitos Alimentares e Tipo de Alimentos Consumidos	76
5.1.5	Das Características Relativas aos Hábitos de Tabagismo da Amostra	87
5.2	DAS CORRELAÇÕES MÚLTIPLAS REALIZADAS	88
5.2.1	Das Correlações do IMC e CC com os Dados Sociodemográficos	88
5.2.2	Das Correlações do IMC e CC com à Prática de Atividade Física	89
5.2.3	Das Correlações do IMC e CC com à Prática do Tabagismo e Hábitos Alimentares	90
5.3	DAS AÇÕES PROPOSTAS COM BASE NOS PRINCIPAIS RESULTADOS	91
6	DISCUSSÃO	92
6.1	DAS CARACTERÍSTICAS SOCIAIS DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA	92
6.2	DAS CARACTERÍSTICAS RELATIVAS À ATIVIDADE FÍSICA DA AMOSTRA	96
6.3	DAS CARACTERÍSTICAS RELATIVAS AOS HÁBITOS ALIMENTARES E ALIMENTOS CONSUMIDOS DA AMOSTRA	99
6.3.1	Grupo das Hortaliças, Leguminosas e Frutas	99
6.3.2	Grupo dos Óleos, Gorduras e Açúcares	102
6.3.3	Grupo do Leite e Produtos Lácteos	105
6.3.4	Grupo dos Pães, Cereais e Tubérculos	107
6.3.5	Grupo da Carne, Ovos e Embutidos	109
6.3.6	Grupo das Bebidas	112
6.4	DAS CARACTERÍSTICAS RELATIVAS AOS HÁBITOS DE TABAGISMO DA AMOSTRA	114
6.5	DAS CORRELAÇÕES DO IMC E DO CC	115
6.5.1	Das Correlações com os Dados Sociodemográficos	115
6.5.2	Das Correlações com a Prática de Atividade Física	116
6.5.3	Das Correlações com a Prática de Tabagismo e Hábitos Alimentares	117
6.6	DAS POLÍTICAS SOCIAIS E AÇÕES PROPOSTAS COM BASE NOS RESULTADOS DO PRESENTE ESTUDO	118
7	DOS RISCOS PARA A POPULAÇÃO RURAL DE ANCHIETA	121
8	CONCLUSÕES	122
	REFERÊNCIAS	123
	APÊNDICES	136
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	137
	APÊNDICE B - Questionário Sobre os Dados Socioeconômicos, a Prática de Atividade Física e os Hábitos Alimentares	138
	APÊNDICE C - Como Está a Sua Alimentação?	141
	APÊNDICE D - Questionário de Frequência Alimentar	144
	ANEXOS	147
	ANEXO A - Avaliação Antropométrica	148
	ANEXO B - Classificação da circunferência da cintura de acordo com o sexo para adultos e idosos caucasianos	149
	ANEXO C - Tabela de Percentis da Circunferência do Braço	150

1 INTRODUÇÃO

A promoção da saúde é uma das estratégias para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. É definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (BRASIL, 2005). A elaboração e implementação de políticas públicas, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde são os principais campos de atenção à promoção a saúde (BUSS, 2000).

Dentre as medidas de promoção a saúde destaca-se a promoção de práticas alimentares balanceadas, que se constitui numa estratégia de vital importância para o enfrentamento dos problemas alimentares e nutricionais do contexto atual (BRASIL, 2006b).

A promoção da alimentação saudável (PAS) é um meio estratégico da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que confirma o compromisso do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das políticas públicas, interligando as diversas áreas do setor sanitário e outros setores de governo, os setores privados e não governamental, assumindo compromissos com a qualidade de vida da população, por meio da prevenção da obesidade e da prática de atividade física (BRASIL, 2006b).

Nas últimas décadas a população brasileira experimentou intensas transformações nas suas condições de vida, saúde e nutrição, como a ascensão da obesidade. A obesidade avança em todas as faixas etárias e classes sociais, com impacto significativo nas mulheres inseridas nos estratos de menor renda. Nota-se, ainda a difusão da obesidade em todas as regiões geográficas, tanto no meio urbano, quanto no meio rural. Os novos padrões da industrialização e urbanização causam mudanças nos hábitos alimentares da população rural (SICHERI et al., 1994).

A urbanização induziu uma mudança nos hábitos de vida e no comportamento alimentar das populações. O tipo de alimento consumido pela população rural apresenta-se diferente daquele consumido pela população urbana, numa relação diretamente proporcional ao poder aquisitivo ou a nível socioeconômico. Dados do Ministério da Saúde (2009) demonstram que a população urbana de baixa renda apresenta uma ingestão calórica inferior, se comparada à população rural, apesar da primeira consumir mais proteína e gordura animal do que a segunda. Além disso, a não prática de atividade física apresenta-se como característica generalizada, vai desde a população rural a população urbana (POPKIN, 1998).

Em se tratando dos padrões de vida, o sedentarismo aliado aos hábitos nutricionais não balanceados tem um impacto maléfico na saúde da população, podendo resultar na obesidade e numa série de doenças crônicas degenerativas na população. O impacto negativo da falta de atividade física pode levar a graves consequências, e por isso deve ser tratado como problema de saúde pública (WORLD..., 1995).

Estudo realizado por Falerio (2006) sobre obesidade, atividade física e estado socioeconômico de adultos moradores de Portugal revelou que indivíduos com excesso de peso e obesidade são os menos ativos, ou seja, os mais sedentários, já os mais ativos são os que possuem o estado nutricional mais adequado.

Características encontradas no município de Anchieta (ES) através dos resultados do projeto CARMEN (Conjunto de Ações para Redução Multifatorial das Enfermidades Não Transmissíveis), realizado nos anos de 2010 e 2011 pelo Ministério da Saúde, pela Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil, pela Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo e pela Secretaria Municipal de Saúde de Anchieta (YOKOTA et al., 2012).

A iniciativa CARMEN teve como objetivo principal melhorar a saúde da população de Anchieta reduzindo a prevalência dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) por meio de políticas sociais,

com a implantação de um sistema de vigilância e monitoramento dos fatores de risco e proteção para doenças e agravos não transmissíveis (DANT) de forma integrada com a atenção básica no município de Anchieta, utilizando como base medidas de prevenção e promoção da saúde (MINISTÉRIO..., 2010b; ORGANIZAÇÃO..., 2007).

Os resultados do projeto CARMEN mostram que metade da população do município apresentou excesso de peso, sendo a prevalência nos homens, cerca de 1,2 vezes maior do que nas mulheres e nos residentes da zona rural, cerca de 1,3 vezes maior do que na zona urbana. Em relação à obesidade, essa condição foi apresentada por 17% dos adultos, sem diferença entre sexo e local de residência. Evidenciando o desenvolvimento de novos estudos no local, a fim de buscar entender os motivos do meio que levaram a esses números (YOKOTA et al., 2012).

Já na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), sobre o estado nutricional dos brasileiros, onde revelou que o excesso de peso e obesidade juntos atingem cerca de 60% dos brasileiros adultos, o excesso de peso e obesidade foram mais frequentes nos domicílios urbanos do que nos rurais (IBGE, 2009).

Diante deste contexto, o estudo delimitou, como abordagem, as características sociodemográficas, a prática de atividade física, a prática de tabagismo e os hábitos alimentares da população rural de Anchieta, Espírito Santo / Brasil, buscando correlacionar dados sociodemográficos, atividade física, hábitos alimentares e prática de tabagismo com medidas antropométricas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Estudar características sociais demográficas, perfil antropométrico, prática de atividade física, hábitos alimentares, tipos de alimentos consumidos e tabagismo em uma população rural de Anchieta, buscando propor ações e políticas voltadas para o desenvolvimento da população rural deste município.

2.1.2 Objetivos Específicos

- 1- Descrever o perfil relacionado às características sociais demográficas, a prática de atividade física, hábitos alimentares, tipo de alimentos consumidos e tabagismo;
- 2- Correlacionar dados nutricionais por meio de índice de massa corporal (IMC) e circunferência da cintura (CC) com dados sociodemográficos, prática de atividade física e prática de tabagismo;
- 3- Propor ações com base nos resultados dos objetivos anteriores.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

É necessário um texto

3.1 GENERALIDADES DO LOCAL

É necessário um texto

3.1.1 Características Regionais

A cidade de Anchieta está localizada no sul do Espírito Santo, a cerca de 80 quilômetros da capital Vitória, com uma área territorial de aproximadamente 420 km². O município faz divisa com Guarapari, Alfredo Chaves, Piúma e Iconha. Anchieta é uma das localidades mais antigas do Espírito Santo e do Brasil (PREFEITURA..., 2010).

A atual divisão político administrativo de Anchieta é representada pelos distritos de Anchieta (sede), Jabaquara e Alto Pongal. De acordo com dados do Ministério das Cidades e Perfil Municipal, a população da cidade é de 23.894 habitantes, sendo, aproximadamente, 6.000 habitantes da área rural (IBGE, 2010a).

A data exata da fundação da cidade é incerta. Alguns historiadores falam em 1561, 1567 e outros em 1569, mas todos são unânimes ao afirmar que o dia da fundação da cidade foi 15 de agosto. Como este dia é dedicado a Nossa Senhora da Assunção ela foi escolhida a padroeira da cidade. O nome Anchieta é uma homenagem a José de Anchieta, padre jesuíta espanhol, nascido em Tenerife, nas Ilhas Canárias, em 1534 (PREFEITURA..., 2010).

De acordo com os dados do Programa de Assistência Técnica e Extensão Rural - PROATER (INCAPER, 2011), o município apresenta um índice significativo de agricultores familiares, visto que, apresenta 87,63% das

propriedades com áreas de até a quatro módulos fiscais¹. Esses números ajudam a evidenciar a importância da agricultura familiar para o município de Anchieta, tanto na questão da ocupação de mão de obra quanto na geração de riquezas econômicas (INCAPER, 2011).

Os setores da agropecuária e da pesca são responsáveis pela geração de aproximadamente 5.000 ocupações no município. Esse número expressivo se explica pela configuração fundiária do município, caracterizada amplamente por agricultores familiares. Atividades rurais não agrícolas diretamente ligadas ao setor agropecuário se fortalecem a cada dia. Em termos agrícolas, a maior parte do solo anchietense está ocupado com pecuária de leite e de corte; logo em seguida vem a atividade do café e da banana e com destaque menor veem as atividades anuais, a fruticultura e a silvicultura que está passando por processo de crescimento (INCAPER, 2011).

Segundo dados do censo agropecuário (IBGE, 2006), as áreas que apresentam maior degradação são as de pastagens. Alguns locais do município apresentam pastagens com forte processo de erosão de solos e baixíssimo aproveitamento produtivo. O município tem 692 hectares de pastagens degradadas.

Apesar da melhora da situação e dos esforços dos órgãos públicos, principalmente o Instituto Capixaba de Pesquisa, Assistência Técnica e Extensão Rural (INCAPER) e a Secretaria Municipal da Agricultura, no que se refere à preservação do solo, através de trabalhos de assistência técnica e extensão rural, verifica-se que as práticas agrícolas de conservação do solo ainda necessitam estar na pauta de debate junto aos agricultores e suas lideranças, pois o problema é grave e as consequências são grandes, influenciando negativamente na produtividade (INCAPER, 2011).

¹ Segundo dados do Incra os módulos fiscais define a propriedade: pequena (entre 1 a 4 módulos fiscais), média (acima de 4 até 15 módulos fiscais) e grande propriedade. (entre outros aspectos, para ser considerada familiar, a propriedade não pode ter mais que 4 módulos fiscais).

O município também é caracterizado pelas manifestações culturais, que são distribuídas em quatro grupos diferentes: religioso, folclórico, artístico e ecológico. No grupo religioso, destacam-se a Festa do Beato José de Anchieta, de São Pedro, com a procissão marítima, de Nossa Senhora da Assunção e de Nossa Senhora da Penha. No campo artístico, as fanfarras das escolas municipais, os grupos de teatros e as bandas de música têm maior destaque. No grupo ecológico, estão os passeios nas águas do rio Benevente, com visitação às ruínas jesuíticas (PREFEITURA..., 2010).

Devido a sua localização portuária estratégica e a relativa proximidade com a região metropolitana da grande Vitória, Anchieta vem se preparando para abrigar os desdobramentos dos complexos mineradores e siderúrgicos do Espírito Santo. O município está passando por um grande desenvolvimento com a implantação de um polo siderúrgico na região. A usina de tratamento de gás já foi inaugurada e está em pleno funcionamento. Novos empreendimentos estão previstos para o município, como a 4ª Usina de Pelotização da Samarco Mineração e o porto da Petrobrás (PREFEITURA..., 2010).

3.1.2 Das Mudanças Sociais e Trabalhistas

A cada dia que passa, aumentam as metamorfoses sociais e urbanas no município. O fenômeno urbano que se dirige a essa localidade produz efeitos sobre a população local, provocando impactos socioeconômicos e ambientais sob os anchietenses. De acordo com o histórico do município de Anchieta, levantado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2010, a ocupação populacional do município chegou ao auge nos meados de 1980, quando se contava com uma população de cerca de 11.000 habitantes, sendo 75% desta população residente no campo. A partir daí, diante de toda uma conjuntura desfavorável a agricultura e a produção camponesa, se inicia uma das maiores evasões ou êxodo rural por toda parte da região (IBGE, 2010b).

Com o avanço da globalização e com a reestruturação dos modos de produção, o modelo de desenvolvimento capitalista tem penetrado não só o espaço da cidade, mas também do campo, modificando a relação sociedade-natureza e o modo de vida das comunidades camponesas, a começar pela alimentação (PONTES, 2012).

A partir do século XVIII o rural e o urbano são apresentados como polos opostos, separados e com características diferentes. Tal visão associa o rural ao atraso, a baixa densidade populacional, ao isolamento, a falta ou precariedade de infraestrutura. Já o urbano apresenta um significado de progresso, desenvolvimento, modernidade, dinamicidade, concentração de serviços, comércio, indústria, ou seja, elementos representativos do desenvolvimento (PONTE, 2004).

Segundo dados dos setores censitários de 2000 do IBGE, são classificadas como área urbanizada aquela legalmente definida como urbana, caracterizada por construções, arruamentos e intensa ocupação humana. Isso coloca o rural como tudo aquilo externo ao perímetro urbano.

No sentido de defender seus direitos, projetos e interesses, surgem no Brasil às primeiras organizações rurais, caracterizadas pela falta de reconhecimento junto ao Ministério do Trabalho. Contudo, desde a década de 1930, já havia organizações sindicais de trabalhadores rurais, ainda que principiantes (GRYNZPAN, 2002).

Muitas eram as dificuldades para esse tipo de organização, a legislação trabalhista era feita para os trabalhadores urbanos, não considerando a especificidade do trabalho no campo (SILVA, 2006).

Segundo Almeida (1997, p. 27), com diferentes formas de organização, surgiram em 1945, às primeiras Ligas Camponesas apoiadas pelo Partido Comunista Brasileiro (PCB). Já em 1954, no final do segundo governo Vargas, aconteceu a II Conferência dos Lavradores e Trabalhadores Agrícolas e, desse encontro, deu-se origem a União dos Lavradores e Trabalhadores Agrícolas do Brasil (ULTAB), com o objetivo de organizar as associações existentes.

Grande parte da legislação trabalhista existente no país não se estende aos que vivem de salário na lavoura. A falta de higiene e de assistência médica a mortalidade, tanto de adultos como de crianças, atinge a níveis assustadores. A previdência social dos lavradores e trabalhadores agrícolas deve garantir todos os encargos e riscos sociais como: enfermidade, maternidade, invalidez, acidentes de trabalho, velhice, moléstias profissionais, desemprego parcial ou total, falecimento e garantia de estabilidade no emprego (ALMEIDA apud GARCIA, 2008).

Já em 1955, iniciou a segunda fase das Ligas Camponesas, que se deu em um contexto específico. Ainda no ano de 1955 foi sancionada a lei nº 2.613, que criava o Serviço Social Rural (SSR), na tentativa de dar assistência à população rural. Outra referência deste período foi a criação Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), que ficou responsável por atuar em áreas críticas das vias de transporte e que tivessem fatores de desenvolvimento econômico e que estivessem em péssimas condições sanitárias (OLIVEIRA, 1988).

Em 1963, João Goulart sancionou o Estatuto do Trabalhador Rural, que significava a chegada dos direitos trabalhistas ao campo e a criação da Previdência Social. Fundada em 22 de dezembro de 1963, no Rio de Janeiro a CONTAG (Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura) é a maior entidade sindical de trabalhadores e trabalhadoras rurais da atualidade. Na época existiam 14 federações e 475 Sindicatos de Trabalhadores Rurais. Hoje, são 27 federações que reúnem cerca de quatro mil sindicatos rurais e 20 milhões de trabalhadores do campo.

Esse mesmo ano é caracterizado pela criação do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL), que consistia em um sistema de previdência específico para os trabalhadores da área rural, com benefícios e formas próprias de custeio (OLIVEIRA, 1988).

No ano de 1969, foi criado e implantado o Plano Básico da Previdência, atrelado ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que contemplava os trabalhadores rurais dos recentes agronegócios e de empresas produtoras

ou fornecedoras de produtos agrários in natura que ficaram sem acesso ao FUNRURAL. Nesse mesmo ano, cria-se o Programa Estadual de Apoio ao Pequeno Produtor Rural (PRORURAL), que tinha como objetivo garantir os direitos para esses trabalhadores (OLIVEIRA, 1988).

O programa foi uma conquista social, pois os trabalhadores desde a década de 1950 se manifestaram em prol da sua importância e da sua implantação, além do engajamento na reivindicação de melhorias (PEDROSO, 2000).

Associado as reivindicações e a criação de programas em benefício aos trabalhadores rurais, às décadas de 1950 a 1980 foram marcadas pelo processo de desenvolvimento rural brasileiro, que ocorreu por intermédio de um processo de integração da agricultura ao sistema capitalista industrial, com destaque para as mudanças tecnológicas. O desenvolvimento não foi somente para o campo, mas para o país como um todo, e teve como principal objetivo a substituição de importações pelo crescimento industrial (PEDROSO, 2000).

A revolução industrial iniciada no século XVIII veio alterar a situação anterior. Na realidade, a emergência de uma nova sociedade urbano industrial acarretou perda da centralidade econômica e social da área rural, passando a ser vista como arcaica. Os países desenvolvidos e subdesenvolvidos foram tomados pelo crescimento industrial, e conseqüentemente pelo capitalismo que os dominam. Uns detentores de maior poder, possuidores do maior capital e outros tentando buscar, o seu lugar no espaço (WANDERLEY, 1995).

O trabalho externo se torna, na maioria dos casos, uma necessidade estrutural, isto é, a renda obtida nesse tipo de trabalho vem a ser indispensável para a reprodução não só da família como do próprio estabelecimento familiar. Assim, o trabalho extra-agrícola, realizado por membros residentes no estabelecimento agrícola familiar, tem duas funções sociais: a primeira função é de complementar a renda da família e

a segunda diz respeito à permanência dessas famílias no meio rural, ou seja, garantir a propriedade do bem rural (WANDERLEY, 1995).

Os trabalhadores do campo, diante da revolução tecnológica, migram muitas vezes para as periferias das grandes cidades em busca de novas oportunidades de trabalho. E na verdade, o crescimento industrial, com a implantação de fábricas modernas, poupadoras de mão de obra, não provocou como prometiam os tecnocratas, um crescimento da oferta de empregos, apenas deu margem para que a população expulsa do campo passasse a viver desempregada ou subempregada, fazendo trabalhos esporádicos e de baixa remuneração ou desempenhando atividades marginais (FRANKFURT, 2009).

A população rural, expropriada e expulsa de suas terras, compelida à vagabundagem, foi enquadrada na disciplina exigida pelo sistema de trabalho assalariado, por meio de um grotesco terrorismo legalizado que empregava o açoite, o ferro em brasa e a tortura (MARX apud FRANKFURT, 2009, p. 130).

No final dos anos de 1950, o campo brasileiro é marcado pela implantação de um projeto desenvolvimentista e de modernização da agricultura, que visava tirar o campo do “atraso” (FRANKFURT, 2009).

Passa-se a estimular a produção para exportação, fundada principalmente em monoculturas, contando com créditos subsidiados e com uso intensivo de tecnologias, como máquinas e insumos, principalmente os químicos, gerando impactos ambientais e sociais. As políticas públicas de modernização da agricultura brasileira privilegiaram os setores agropecuários e a produção agrícola voltada para o meio externo. Fato que também se refletiu na pesca artesanal, que ficou a margem das políticas de modernização (BATTESTIN, 2009).

A estrutura fundiária, altamente concentradora da propriedade da terra em mãos de pequenos grupos, continuou a permitir que os proprietários mantivessem o sistema de ocupação extensiva do solo e que, ao trabalhador agrícola restassem poucas alternativas de emprego e uma quase impossibilidade de acesso à propriedade da terra. Os órgãos governamentais estimularam a modernização da agricultura, dando aos

médios e grandes proprietários vantagens, deixando marginalizados os trabalhadores sem terra e estimulando, assim, a mecanização agrícola, em nome do aumento da produtividade e da diminuição do custo (ANDRADE, 1979).

Em algumas áreas estimulou a pastagem, acabando com o sistema tradicional dos proprietários fornecerem terras aos agricultores para cultivarem algodão, milho, feijão, entre outros. Além disso, o incentivo a expansão da pecuária fez com que a criação de gado passasse a ocupar áreas anteriormente caracterizadas por atividades agrícolas, desempregando os agricultores e expulsando-os para a cidade (ANDRADE, 1979).

Esqueceram-se os planejadores tecnocratas que o desenvolvimento agrícola não só se realizaria apenas com a elevação das possibilidades de acumulação do capital por parte dos grandes e médios proprietários, necessitaria também de que tivessem sido planejadas opções para população que vivia da venda da sua força de trabalho aos proprietários. Esse desenvolvimento foi conseguido graças à proletarização e ao empobrecimento do trabalhador rural, sem nem se preocupar com a preservação do meio ambiente (ANDRADE, 1979).

A produção capitalista, sob a lógica de acumulação, afasta todo e qualquer obstáculo imposto a sua frente que possa impedi-la de explorar os recursos naturais, inclusive os não renováveis, e também consegue ultrapassar, os mecanismos democráticos inspirados na defesa do desenvolvimento sustentável. Sob a lógica da extração do lucro máximo, destroem aos passos largos as condições de vida no planeta Terra. E, pelo mesmo movimento, destroem também a vida de grandes contingentes populacionais, dadas às relações de trabalho a que os submete, fonte da pobreza e de outros males sociais vigentes em nossa sociedade (RAMOS, 2010).

O avanço do modo de produção capitalista no campo se desenvolve graças às facilidades do financiamento as grandes propriedades, fazendo desaparecer as pequenas áreas cultivadas pelos trabalhadores sem terras,

em face da permissão ao trabalhador rural das vantagens da legislação trabalhista. Assim, o agricultor que necessita trabalhar todos os dias da semana para obter o direito ao repouso semanal remunerado ou a férias anuais, prefere trabalhar para o proprietário a cultivar sua própria lavoura, visando obter estabilidade. Ou seja, o trabalhador é refém da sua própria prestação de serviço (RAMOS, 2010).

A divisão do trabalho expressa modos de segmentação da sociedade, ou seja, desigualdades sociais mais abrangentes como a que ocorre da separação entre trabalho manual e intelectual, ou entre “trabalho industrial e comercial e o trabalho agrícola; e, como consequência a separação entre cidade e campo e a oposição de seus interesses” (MARX e ENGELS, 1976, p. 53).

A partir daí, cria-se uma relação de dependência para sustentar e aumentar o desenvolvimento capitalista. O crescimento dos grandes polos modernos passou a depender da captação dos excedentes econômicos da economia agrária. O trabalho excedido gera riqueza, produzida no campo, e essa é drenada em direção as cidades metropolitanas. Com isso, os trabalhadores agrícolas passam a ter papel na economia urbana, sem aproveitar do desenvolvimento econômico (ANDRADE, 1979).

Nesse cenário, destaca-se a agricultura familiar, uma vez que, mesmo os pequenos agricultores sendo possuidores dos modos de produção estão subordinados a dominação do capital, se submetendo as relações capitalistas que dominam toda a economia e a vida social brasileira. O que se assemelha com as características presentes entre as famílias de Anchieta, onde a terra ou propriedade é insuficiente para garantia do sustento de toda a família, fazendo com que os seus filhos busquem alternativas de trabalho fora da propriedade ou da comunidade (ANDRADE, 1979).

3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA AGRICULTURA FAMILIAR NO BRASIL

Agricultor familiar é todo aquele que tem na agricultura sua principal fonte de renda (mais de 80%) e que a base da força de trabalho utilizada no estabelecimento seja desenvolvida por membros da família, ou seja, tenha renda familiar predominantemente originada de atividades econômicas vinculadas ao próprio estabelecimento ou empreendimento (VEIGA et al., 2001).

A agricultura familiar pode ser definida a partir de três características centrais: a) a gestão da unidade produtiva e os investimentos nela realizados, feita por indivíduos que mantêm entre si laços de sangue ou de casamento; b) a maior parte do trabalho é igualmente fornecida pelos membros da família; c) a propriedade dos meios de produção (embora nem sempre da terra) pertence à família e é em seu interior que se realiza sua transmissão em caso de falecimento e de aposentadoria dos responsáveis pela unidade produtiva (FAO/INCRA apud PORTO et al., 2010).

Segundo os censos agropecuários do IBGE (1995/1996), existem no Brasil 4.859.732 estabelecimentos rurais, ocupando uma área de 353,6 milhões de hectares. Destes, 4.139.369 são estabelecimentos familiares, ocupando uma área de 107,8 de hectares, sendo responsáveis por R\$ 18,1 bilhões ou 37,9% do valor bruto da produção total, apesar de receber apenas 25,3% dos financiamentos agrícolas, ou seja, os agricultores familiares demonstram ser mais eficientes no uso do crédito rural, pois produzem mais com menos recursos (IBGE, 2006).

Os agricultores menos capitalizados foram destinados a terras menos férteis e frágeis (sujeitas facilmente à erosão), explorando mão de obra familiar para produzir um pequeno excedente comercializável para os mercados urbanos, garantindo preços baixos para os produtos alimentares da cesta básica da população (ALMEIDA, 1997).

Grande parte da cesta básica vem da agricultura familiar. Ela é responsável por garantir boa parte da segurança alimentar² do país como importante fornecedora dos alimentos para o mercado interno. Em 2006, a agricultura familiar era responsável por 87% da produção de mandioca, 70% de feijão, 46% do milho, 38% do café, 34% do arroz, 58% do leite, 59% do plantel de suínos, 50% das aves, 30% dos bovinos e, ainda, 21% do trigo. A cultura com menos participação da agricultura familiar foi a soja (16%) (ALMEIDA, 1997).

Veiga et al. (2001, p. 108) informam que, nos sete censos agropecuários realizados no Brasil desde 1950, a participação dos agricultores que têm menos de 100 hectares nunca se distanciou de 90% do total de estabelecimentos, e sempre lhes coube 20% da área, o que indica uma permanência duradoura desses produtores de pequeno porte por toda a segunda metade do século. Essa permanência no cenário agrícola, apesar dos desafios, mostra que esse segmento está em constante mudança, compondo estratégias de sobrevivência, as quais dependem do meio no qual os agricultores familiares estão inseridos.

Os mesmos autores ressaltam a importância da presença da agricultura familiar no meio rural brasileiro, visto que uma região rural terá um futuro tanto mais dinâmico quanto maior for a capacidade de diversificação da economia local impulsionada pelas características de sua agricultura (VEIGA et al., 2001).

A agricultura familiar brasileira tem o seu funcionamento econômico não fundamentado na maximização da rentabilidade do capital, e sim voltado para o atendimento das necessidades da família e para manutenção das potencialidades produtivas do meio. Os agricultores familiares valorizam a diversidade através da associação do policultivo e criações, distribuídos de forma equilibrada no espaço e no tempo, com o objetivo de valorizar as potencialidades dos recursos naturais, diferente do grande produtor

² Segurança alimentar é um conjunto de normas de produção, transporte e armazenamento de alimentos visando determinadas características físico-químicas, microbiológicas e sensoriais padronizadas, segundo as quais os alimentos são adequados ao consumo.

empresarial, que reduz os limites naturais, substituindo-os por artificiais, destruindo o meio ambiente (BLUM e SIDERSKY apud PEDROSO, 2000).

A produção capitalista, sob a lógica de acumulação, afasta todo e qualquer obstáculo imposto a sua frente que possa impedi-la de explorar até a exaustão os recursos naturais, inclusive os não renováveis, e também consegue ultrapassar, driblando, os mecanismos democráticos inspirados na defesa de um desenvolvimento sustentável. Sob a lógica da extração do lucro máximo, destroem os passos largos as condições de vida no planeta Terra. E, pelo mesmo movimento, destroem também a vida de grandes contingentes populacionais, dadas às relações de trabalho a que os submete, fonte do pauperismo e de outros males sociais vigentes em nossa sociedade (RAMOS, 2010, p.1).

“Heterogêneo” é o melhor termo que define a agricultura familiar brasileira. Pelo Brasil, existem formas variadas de agriculturas familiares compondo um leque de diversificação econômica, social e cultural (RAMOS, 2010).

Em estudo realizado através da cooperação técnica do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) e da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (Food and Agriculture Organization - FAO), com base nos dados do censo agropecuário do IBGE, verificaram que quando se calculou a renda total por hectare, a agricultura familiar mostrava-se muito mais eficiente que a patronal³, produzindo uma média de R\$104,00/hectare/ano contra apenas R\$44,00/hectare/ano dos agricultores patronais (IBGE, 1995/1996).

Ao longo do período de 1994 a 1998, o Convênio INCRA/FAO⁴ realizou uma série de estudos sobre os sistemas de produção adotados pelos agricultores familiares nas diversas regiões do país. O objetivo foi aprofundar o conhecimento sobre alguns aspectos do funcionamento da agricultura familiar e identificar os obstáculos enfrentados (BUAINAIN e DI, 2009).

³ “Patronal” é o termo utilizado no INCRA/FAO (2000) para designar o sistema de “agricultura industrializada empresarial”. Ambas as terminologias distinguem-se da agricultura familiar mediante as condições de uso de força de trabalho: assalariada na primeira e familiar na segunda.

⁴ Em 1998-99, o Incra e a FAO reuniram um grupo de pesquisadores com o objetivo de delimitar o universo da Agricultura Familiar brasileira, quantificar sua participação no setor agropecuário e mensurar sua contribuição econômica e social para o desenvolvimento do país (BUAINAIN e DI, 2009).

Estudos confirmam que a agricultura familiar explora de forma intensiva os recursos escassos disponíveis e que é possível gerar níveis de renda agropecuária superior ao nível de reprodução da família. Mas nem sempre esse potencial se realiza, seja em razão das severas restrições de recursos, particularmente na região Nordeste, seja por causa das condições macroeconômicas negativas e da ausência ou deficiência das políticas públicas (BUAINAIN, ROMEIRO e GUANZIROLI, 2003).

Os agricultores enfrentam problemas associados à disponibilidade de capital e recursos para investimentos. Na prática, a grande maioria dos produtores necessita de recursos de terceiros para operar suas unidades de maneira mais eficaz. A ausência desses recursos, seja pela insuficiência da oferta de crédito, seja por causa das condições contratuais inadequadas, impõe restrições ao funcionamento da agricultura familiar mais moderna e, principalmente, na sua capacidade de se manter competitiva em um mercado cada vez mais exigente (BUAINAIN, ROMEIRO e GUANZIROLI, 2003).

A promoção da agricultura familiar não pode ser concebida e enfrentada a partir de políticas e instrumentos isolados, como vem ocorrendo no Brasil. É preciso, portanto, ter uma visão global do problema e reconhecer que, não se trata apenas de integrar as políticas específicas de apoio à agricultura familiar a política macroeconômica e as políticas setoriais, ao contrário, trata-se de definir uma estratégia de desenvolvimento nacional, com políticas econômicas e setoriais compatíveis a proposta de estimular um padrão de crescimento econômico com equidade social (RAMOS, 2010).

Diferente do modelo patronal, a agricultura familiar é visualizada como forma de organização produtiva em que os critérios adotados para orientar as decisões relativas à exploração agrícola não se subordinam unicamente a produção e rentabilidade econômica, mas levam em consideração também as necessidades e objetivos da família (CARMO, 1999).

A propriedade rural é mantida pelos integrantes da família, salvo contradições temporárias, como em tempo de colheita. A denominação “agricultura familiar”, que surgiu nos anos 1990, é um dos termos usados para caracterizar essa forma de organização do trabalho voltado para o âmbito familiar (CARMO, 1999).

Na década de 1990, se vivenciou a abertura do mercado internacional e uma marginalização política, econômica, social e cultural dos trabalhadores rurais, com o aumento da evidência do trabalho escravo e infantil, intensificação do êxodo rural, queda do emprego na agricultura, flexibilização dos salários e das relações de trabalho (cooperativas de mão de obra, trabalho temporário etc.), aumentando os prejuízos causados ao meio ambiente (RIBEIRO et al., 2007).

Para Armani (1998, p. 239)

“A desestruturação e o sucateamento dos serviços públicos de assistência técnica, de pesquisa, de financiamento, de formação profissional, de armazenamento e de comercialização foram danosos ao desenvolvimento da agricultura familiar”.

Ao longo desse processo que em grande parte contribuiu para a exclusão do modo de produção familiar, há um paradoxo: a agricultura familiar não só continua existindo, como passou a ser importante pilar para o capitalismo. Essa funcionalidade se deu porque este modo de produção, baseado na mão de obra familiar, conseguia garantir a oferta de alimentos a preços menores para que a população assalariada tivesse maior acesso aos bens duráveis (ABRAMOVAY et al., 1998).

Com a inserção do Brasil no processo de globalização no início dos anos de 1990 e com esse novo modelo agrário, capitalismo agrário, que resultaram em transformações fruto da pressão do mercado internacional, pode-se dizer que a realidade socioeconômica vivida pelos agricultores, marcada pelas lutas sociais, se agravou ainda mais (ABRAMOVAY et al., 1998).

No caso de Anchieta o maior impacto que o município sofreu foi decorrente da reestruturação produtiva que se perseguia no estado do Espírito Santo,

no momento em que as atividades econômicas estavam expostas a todo tipo de concorrência, não mais regional, mas internacional, dada como consequência da implantação dos grandes projetos no Espírito Santo, como por exemplo, a instalação da Samarco em Anchieta, que hoje tem a maior participação no produto interno bruto (PIB) do município. O município integrou-se, na década de 1970, à lógica capitalista, já que, até então, apresentava-se como um município de pouco dinamismo, sustentado por uma agricultura tradicional e pouco diversificada, um turismo incipiente e um comércio de curto alcance. (PREFEITURA..., 2006).

3.2.1 Da Agricultura Familiar em Anchieta

Quando nos referimos ao meio rural de Anchieta, podemos caracterizá-lo como pequeno e diversificado, com baixo emprego de tecnologias mais “avançadas”. Segundo o censo agropecuário de 1995/1996, analisado por INCRA/FAO (2007), existiam naquele período 544 estabelecimentos no município, que ocupam uma área de 24.147 hectares. Desses, 424 são classificados como “familiares”, o que equivale a 78% do total; e 119 são denominados “patronais”, correspondendo aos 21% restantes. Porém, quando se analisa a área ocupada por cada um, os familiares ocupam 40%, enquanto os patronais 60% da área. Considerando no valor bruto de produção (VBP) da safra analisada (1995/1996), o valor correspondente à agricultura, identifica-se que 45,8% dele tem origem na produção da agricultura familiar, enquanto 53,5% da agricultura patronal. O que significa que mesmo com menos área, a agricultura familiar produziu mais naquele período (INCRA/FAO, 2007).

Ao analisar a situação da estrutura fundiária, observa-se que, ao somarmos os estabelecimentos familiares de até 50 hectares, chegamos a um percentual de 90% do total de propriedades do município. Os mesmos correspondem a aproximadamente 60% da área do conjunto dos estabelecimentos familiares, bem como somam 73% da renda desse grupo

(INCRA/FAO, 2007). Segundo a Prefeitura Municipal de Anchieta (PREFEITURA..., 2006), 78% do total das 568 propriedades rurais do município ocupam áreas de até 50 hectares, sendo que a Samarco Mineração é detentora de 5.000 hectares.

Com base no estudo feito pelo INCRA/FAO, a agricultura familiar em Anchieta pode ser considerada grande geradora de postos de trabalho. Isso porque, nos dados de 1995/1996, sobre mão de obra empregada familiar e mão de obra utilizada, das 929 unidades de trabalho existentes, em 766 predomina a mão de obra exclusivamente familiar, 51 possuem mão de obra temporária e somente 41 fazem uso de máquinas. Nos dados de 1995/1996 sobre grau de integração com o mercado, observa-se que dentre os estabelecimentos familiares, 50,5% tinham participação de 66,8% no VBP. Enquanto 17,2% tinham participação de 9,4% no VBP. O que significa que quanto mais integrado ao mercado, melhor era a participação no VBP (INCRA/FAO, 1995/1996).

De acordo com dados do IBGE (2007) sobre produção agrícola municipal (2001 e 2002) e do Sebrae-ES (2007), as principais culturas do município são café, banana e mandioca, plantados em regiões de “meia encosta” e morros, verificando-se ultimamente o café junto com o coco ocupando áreas de baixadas. Porém, há inúmeras outras produções em menor peso, como o arroz, a cana de açúcar, o feijão, o milho, a borracha, fruticulturas, bovinos, suínos, ovinos, caprinos etc., indicando que existe uma considerável diversificação da produção nas unidades familiares, ainda que estas produções não representem relevante participação no percentual de produção total do estado (IBGE, 2005).

De acordo com Instituto Jones dos Santos Neves (2007), de 1990 a 2005 houve diminuição na área ocupada com lavoura permanente (4.836 hectares em 1990 e 3.888 hectares em 2005) ao passo que sua participação no valor de produção aumentou de 76,4% em 1990 para 94,9% em 2005. O Instituto, ao analisar a população ocupada em 2000, mostrou que a agricultura é responsável por 19,8% (1.603) dos postos de trabalho no município. Seguido por comércio, serviços domésticos,

construção, respectivamente segundo, terceiro e quarto colocados. Isso mostra que a agricultura, mesmo não sendo a principal economia do município, é uma das mais importantes geradoras de trabalho e renda.

Quanto ao crédito rural, principalmente os vinculados ao Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF), detecta-se número muito pequeno de operações em Anchieta se comparado ao município vizinho Alfredo Chaves. Enquanto no primeiro foram realizados 167 contratos, totalizando um valor de R\$ 898.448,19, no segundo, no mesmo período foram realizados 5.342 contratos com um montante de R\$ 24.525.378,47. Algumas hipóteses podem ser atribuídas a esse fato, como o considerável número de propriedades em situação irregular, a cultura contrária a utilização de crédito, pouco conhecimento sobre o mesmo, dentre outros (PREFEITURA..., 2006).

Mesmo com as tecnologias mais avançadas presentes no local, sob influência da modernização e com base nos dados aqui apresentados, pode-se observar que há um predomínio da agricultura familiar na economia agrícola do município de Anchieta, bem como esta exerce grande importância no desenvolvimento socioeconômico do município de Anchieta (PREFEITURA..., 2006).

3.3 DA MODERNIZAÇÃO DA AGRICULTURA BRASILEIRA

Somente a partir de meados da década de 1960, a agricultura brasileira inicia o processo de modernização⁵, com a chamada Revolução Verde⁶. Emergem, nessa década, com o processo de modernização da agricultura,

⁵ Nesse contexto, Graziano Neto (apud Balsan, 2006) complementa: “Normalmente quando se fala em modernização da agricultura pensa-se apenas nas modificações ocorridas na base técnica de produção, na substituição das técnicas agrícolas substituídas por técnicas “modernas”. Modernização, porém, significa mais que isso. Ao mesmo tempo em que vai ocorrendo aquele processo técnico da agricultura, vai-se modificando também a organização da produção, que diz respeito às relações sociais (e não técnicas) de produção”.

⁶ A partir de meados da década de 1960, vários países latino-americanos engajaram-se na chamada “Revolução Verde”, fundada basicamente em princípios de aumento da produtividade através do uso intensivo de insumos químicos, de variedades de alto rendimento melhoradas genericamente, da irrigação e da mecanização, criando a ideia que passou a ser conhecida (BALSAN, 2006).

novos objetivos e formas de exploração agrícola originando transformações na pecuária e na agricultura (BALSAN, 2006).

A industrialização da agricultura gera mudanças nas relações de produção, com a crescente substituição da mão de obra camponesa residente na fazenda pelo trabalhador vindo de fora, contratado em caráter temporário. Surgem, também, os boias-frias, que expressam o resultado do avanço do processo de proletarização no campo (MARQUES e DIAS, 2006).

Na década de 60, com objetivo de maximizar a produção do país, bem como a de substituir as importações, se incorporou no Brasil um setor industrial. A década foi marcada por diversos debates entre estudiosos para tentar compreender e explicar as transformações ocorridas na agricultura a partir da implantação de tecnologia e seus efeitos no processo produtivo da pequena produção familiar, estimulada pela modernização e expansão do capitalismo (SOTO apud PEREIRA, 2010).

Isto ocorreu com a efetiva participação do Estado que, através de suas políticas de crédito subsidiado, pesquisa tecnológica, assistência técnica e extensão rural, viabilizaram as maiores propriedades agrícolas, principalmente aquelas localizadas em terras melhores, mais férteis. Caracterizando o tripé: pesquisa agrícola, extensão rural e crédito rural subsidiado (ALMEIDA, 1997).

Esse modelo desenvolvimentista que caracterizou a agricultura brasileira gerou uma grande concentração de terras e de renda no meio rural, marginalizando, grande parte da população que vive no campo, refletindo no agravamento do desemprego (campo e cidade), no aumento dos preços dos alimentos e na degradação do meio ambiente (ALMEIDA, 1997).

Nos anos 1970 e 1980, o Estado numa lógica de desenvolvimento de substituição das importações, se preocupou principalmente no ordenamento territorial e na modernização da agricultura visando melhorar o abastecimento industrial e alimentar da população. Ao final dos anos 1980, com a crise da dívida externa e, no início dos anos 1990, com a liberalização econômica, a preocupação principal passou a ser o incremento da competitividade, o que

afastou a agricultura familiar do quadro estratégico do Estado (TONNEAU e SABOURIN, 2007).

Durante muito tempo, não houve interesse na geração de políticas públicas para esse segmento da sociedade. Os próprios instrumentos do Estado, a exemplo da assistência técnica e extensão rural, da pesquisa e do crédito, eliminavam o agricultor familiar de suas agendas. O homem do campo, agricultor familiar, era considerado incapaz de tomar decisões eficazes no gerenciamento do seu negócio (TONNEAU e SABOURIN, 2007).

Diante de manifestos, insatisfações de anos e lutas, os agricultores familiares foram lembrados. A partir de 1994, além da busca da competitividade, a preocupação do Estado passou a ser o combate à pobreza e o desenvolvimento diferenciado entre a agricultura familiar e o agronegócio, o que levou a criação de novos ministérios [Ministério de Desenvolvimento Social e Ministério para o Desenvolvimento Agrário (MINISTÉRIO..., 2008)] e a implantação de políticas específicas para este fim, tais como as bolsas de ajuda as famílias (bolsa família) e o PRONAF, criado em 1996, partindo da luta por uma política pública específica e diferenciada para a agricultura familiar (TONNEAU e SABOURIN, 2007).

Um marco dessa transformação foi a implementação do PRONAF, que, ao direcionar suas linhas de crédito a um público marcado pela renegação das políticas públicas, confirmou o reconhecimento e a legitimação do Estado em relação às especificidades de uma nova categoria social - os agricultores familiares (SCHNEIDER, CAZELLA e MATTEI, 2004).

Com o passar dos anos, o PRONAF foi se estruturando e aumentando seu campo de atuação. Uma importante etapa desse programa foi justamente a incorporação de novas linhas de apoio, seja através da inserção de segmentos até então excluídos pelas políticas agrícolas, como mulheres, jovens, pescadores, indígenas e quilombolas, seja pela inclusão, reconhecimento e legitimação de novas atividades agrícolas e não agrícolas no meio rural, como industrialização em escala familiar, turismo rural, agros combustíveis etc. (WESZ JUNIOR, 2010).

Em toda a história brasileira, somente a partir de 1996, com a criação do PRONAF, os agricultores familiares conquistaram uma atenção maior do governo federal e ações específicas destinadas a promover a melhoria das suas condições de vida. O agricultor familiar passou a ser considerado e a agricultura familiar passou a ser vista como a melhor e mais econômica opção para geração de emprego e de ocupações produtivas para o desenvolvimento de uma sociedade em crise (WESZ JUNIOR, 2010).

Mas, infelizmente, a realidade é outra. Esse modelo desenvolvimentista que caracterizou a agricultura brasileira gerou uma grande concentração de terras e de renda no meio rural, marginalizando mais de dois terços da população que vive no campo. Tomando como exemplo a reforma agrária⁷, ainda não foram tomadas medidas que assegurem a emancipação dos assentamentos que permitam a sua integração as comunidades locais e a efetiva inserção no circuito da economia agrícola e de desenvolvimento (MARQUES e DIAS, 2006).

Em se tratando de Anchieta, prevalece à tendência de aumento do desemprego e uma crescente precarização das relações de trabalho, com o crescimento do setor informal, abrigando um número significativo de trabalhadores temporários e subempregados. A instabilidade, que tem cada vez mais caracterizado a condição de nosso trabalhador, representa uma relação descontínua com o trabalho (TELLES apud MARQUES e DIAS, 2006).

É fundamental que as políticas públicas locais levem em consideração a diversidade de situações verificadas no campo, as quais diferem em termos sociais, econômicos e políticos. Para isso é necessário definir estratégias diferenciadas e desencadear ações específicas, proporcionando o bem estar de todos (WESZ JUNIOR, 2010).

⁷ Conjunto de medidas para promover a melhor distribuição da terra, mediante modificações no regime de posse e uso, a fim de atender aos princípios de justiça social, desenvolvimento rural sustentável e aumento de produção. A concepção é estabelecida pelo Estatuto da Terra (Lei nº 4504/64). (www.incra.gov.br).

3.4 DAS RELAÇÕES CAMPO E CIDADE

No nosso comportamento atual, construímos uma economia contra a vida, contra o planeta. Pela primeira vez na história da Terra, tornou-se possível que uma espécie destruísse todo o sistema de vida do planeta. Influenciados pelo capitalismo, crescemos acreditando que estaríamos em melhores condições adquirindo mais produtos, quando, na verdade, mais produtos podem significar a morte de nosso planeta, que é nosso único produto (LA CHANCE, 1996).

A situação em que se encontra a zona rural na atualidade, no caso brasileiro, é resultado de um processo histórico iniciado a partir da colonização, sendo influenciada pelos acontecimentos políticos, econômicos e sociais das últimas décadas (LA CHANCE, 1996).

Acontecimentos que, em função da modernização do meio rural, resultaram em impactos no meio ambiente, a começar pela degradação do solo, afetando boa parte da segurança alimentar do país que é garantida pela agricultura familiar. O uso inadequado do solo acelera a degradação da capacidade produtiva, alterando, conseqüentemente, o meio ambiente (IBGE, 2006).

O manejo, a conservação e a recuperação dos recursos naturais são uma preocupação que atualmente mobiliza o mundo inteiro. Os danos causados a natureza e a crescente destruição do meio ambiente colocam a necessidade da sua preservação e recuperação, buscando formas racionais de produção (BALSAN, 2006).

Segundo Rampazzo

A exploração ambiental está diretamente ligada ao avanço do desenvolvimento tecnológico, científico e econômico que, muitas vezes, tem alterado de modo irreversível o cenário do planeta e levado a processos degenerativos na natureza (1997, p. 157).

Como consequência desse desenvolvimento, novos hábitos culturais surgem na vida dos trabalhadores rurais, trazendo mudanças, inclusive no padrão alimentar, como o consumo crescente de alimentos instantâneos,

óleo de soja, refrigerantes, maionese, margarina, produtos derivados do açúcar, alimentos semiprontos, entre outros (RAMPAZZO, 1997).

Acrescentou aos produtos tradicionalmente considerados como de alimentação (arroz, feijão, milho, mandioca e batata) a disponibilidade interna do açúcar e dos novos produtos hoje incluídos na dieta básica da população, graças à própria modernização da agricultura: óleos vegetais (soja, algodão e amendoim), alguns produtos de origem animal (carnes bovina, suína e de aves, leite e ovos) (GRAZIANO DA SILVA, 1981).

A água também sofreu influência com a modernização da agricultura, contaminada pelo uso de fertilizantes, adubos inorgânicos e agrotóxicos, resultando na contaminação direta das pessoas. Geralmente essa face é menos comentada, devido aos dados escassos no nosso país e também ao fato de muitos envenenamentos ocorrerem por alimentos (carnes ou vegetais), ou pelo manuseio de agrotóxicos, no caso de quem lida diretamente com os produtos. Os agrotóxicos surgem neste período da chamada “moderna agricultura”, trazendo problemas que afetam o meio ambiente, a qualidade de vida e o processo de produção (BALSAN, 2006).

Atualmente têm-se, ainda, as plantas transgênicas, criadas sob o mito de que trazem benefícios aos produtores rurais e consumidores. Em países como o Brasil, um papel de destaque nas atividades de pesquisa biológica é desempenhado por fundações internacionais (Rockefeller, Ford, etc.). Essas pesquisas se fazem no sentido de intensificar o efeito das inovações químicas ou mecânicas de grandes multinacionais (GRAZIANO DA SILVA, 1981).

Na estratégia de acumulação e expansão do capitalismo, a população do campo se coloca na dependência da busca da produção e da produtividade, atrelando-se, muitas vezes, ao complexo industrial, sofrendo mudanças econômicas, sociais e culturais, que persistem até hoje, como agravamento das questões ambientais, inchamento das cidades, concentração de terra e renda, inclusão e/ou exclusão de segmentos sociais e de lugares no processo agrícola, caracterizando um modelo de

exploração capitalizada, dotada de meios e técnicas que garantam a eficácia e rentabilidade de produção (BALSAN, 2006).

O crescimento das cidades e o esvaziamento demográfico do campo se dão com o confinamento de massas despossuídas de capital em grandes bolsões de pobreza. O grau de indignação é tal que, os pequenos recursos a elas destinados pelo Estado significam a este um grande capital político. Verifica-se, contraditoriamente, a disseminação de formas de clientelismo urbano (MARQUES e DIAS, 2006).

O campo também tem abrigado um importante segmento do excedente populacional no Brasil. Verifica-se uma tendência do acúmulo de desempregados disfarçados no âmbito da produção familiar e de trabalhadores sem terra e sem função econômica nas vilas e no campo, fato que está relacionado ao aumento das tensões sociais nos centros urbanos, fazendo com que muitos deles se mantenham ligados a área de origem por meio de vínculos familiares, sendo possível o seu retorno em momentos de crise, sobretudo quando a família possui um pedaço de terra (MARQUES e DIAS, 2006).

Em Anchieta, a concentração industrial compromete os potenciais econômicos como os segmentos do turismo, da pesca e da agricultura, afetando as atividades socioeconômicas do local e a agricultura familiar existente. Essas mudanças acarretam elevado crescimento populacional, que desenvolve forte pressão por ampliação da área urbana do município, possibilitando o surgimento de conflitos de ocupação do solo e pressões sobre o meio ambiente e infraestrutura (PREFEITURA..., 2006).

3.5 DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS DE ANCHIETA

É necessário texto

3.5.1 A Pesca

A atividade pesqueira em Anchieta congrega cerca de 600 famílias, com uma produção média em torno de 2.800 toneladas por ano. Estima-se um número de 1.250 pescadores profissionais ligados diretamente à atividade de captura, distribuídos nas sete comunidades litorâneas do município (ANCHIETA, 2006).

Com base nos dados do censo da pesca artesanal no município, a atividade pesqueira tem forte expressão socioeconômica no município, porém apresenta fragilidade em relação à infraestrutura, organização social, formação, treinamento e capacitação profissional. Os pescadores artesanais exercem a atividade como principal meio de vida e são nomeados como “embarcados” e “não embarcados”. A pesca artesanal e o “pescador artesanal de subsistência” são caracterizados como um tipo de atividade que envolve a “família toda”, sendo uma atividade cultural, passada de geração em geração (SEAP, 2005).

O artigo 2 da Lei no 10.164, de 11 de maio de 1994, define pesca artesanal como o tipo de pesca profissional, exercida sem vínculo empregatício com indústria, praticada em águas litorâneas ou interiores, desde que o trabalho seja em economia familiar, com ou sem auxílio de terceiros⁸ (SEAP, 2005).

Diversas mudanças estão ocorrendo no mundo do trabalho. Em Anchieta, as mudanças estão relacionadas às novas demandas de geração de emprego e renda, sobretudo para pescadores artesanais, em função dos impactos causados por indústrias que atuam na exploração de petróleo e gás (BARBOSA, 2008).

Os pescadores foram os primeiros a sentirem os reflexos das transformações advindas do processo industrial petrolífero. A pesca, uma

⁸ Para maiores informações acesse: <http://www.mp.rs.gov.br/ambiente/legislacao/id1955.htm>.

das maiores fontes de renda do município, tem diminuído consideravelmente, pois a criação do porto da Samarco reduziu a área para a prática pesqueira. Além disso, a “falta de qualificação” para atuação em outras áreas dificulta aos pescadores a busca de alternativas para geração de trabalho e renda (ANCHIETA, 2008).

Diante desse cenário, surgem associações de pescadores, organizações não governamentais (ONGs) e políticas específicas para regular este tipo de atividade. No município, os órgãos envolvidos com a atividade pesqueira são a Secretaria Municipal de Pesca, o INCAPER, a Associação de Pescadores de Ubu e Parati e a Colônia de Pesca “Marcílio Dias”. Em termos de políticas públicas para o setor, conta-se com o PRONAF (BARBOSA, 2009).

Porém, o PRONAF, em sua elaboração, não foi “pensado” para pescadores artesanais, mas sim para os agricultores familiares, como resposta para suas reivindicações, portanto a prioridade do programa é a agricultura familiar e não a pesca. O próprio desenvolvimento do pescador, indicado pelo aumento de sua renda, o impede de seguir acessando os recursos do programa. Desde 1997 o PRONAF atende aos pequenos agricultores e pescadores profissionais que se dediquem a pesca artesanal com fins comerciais, explorando a atividade como autônomos, com meios de produção próprios ou através de parceria com outros pescadores artesanais (BARBOSA, 2009).

No cenário da pesca artesanal, as políticas públicas de modernização têm inserido essa categoria num contexto mais amplo, esquecendo-se de considerar suas particularidades socioculturais e econômicas. Para Barbosa (2009, p. 31), “A pesca brasileira tem sido configurada pela ‘eficiência produtiva’, e não como meio de produção e reprodução social de um modo de vida”.

No entanto, diferente da agricultura, o pescador artesanal trabalha para extrair ou coletar aquilo que se reproduz biologicamente no mar. A

produção do pescador é igual a tudo aquilo que ele consegue extrair do mar a partir do seu trabalho (BARBOSA, 2009).

Diante desta breve contextualização, percebe-se que mesmo havendo um programa público relacionado à pesca, este ainda é bastante frágil e pouco estruturado para ação local. A falta de organização política e de representantes para reivindicar novas medidas que atendam às demandas dos pescadores, é característica do município de Anchieta (BARBOSA, 2009).

3.6 DO IMPACTO DA MODERNIZAÇÃO DO MEIO RURAL E A TRANSIÇÃO NUTRICIONAL

Os novos padrões da industrialização e urbanização trouxeram aumento da ingestão de calorias e diminuição da atividade física, estabelecendo o princípio do sobrepeso, ou seja, maior ingestão calórica e menos gasto energético, com acúmulo de gordura. A correria do dia a dia, a falta de tempo para o preparo do alimento e para o exercício da atividade física faz com que a população aumente o consumo de *fast foods*, enlatados, industrializados, aqueles que já são prontos para o consumo (TARDIO e FALCÃO, 2006).

Nos países da América Latina e África, os processos de urbanização e industrialização ocorreram de forma mais rápida e intensa, se compararmos com os países do hemisfério Norte, ocasionando, num curto espaço de tempo, mudanças significativas nos hábitos alimentares da população. Fatores como o ingresso da mulher no mercado de trabalho, logística de produção, distribuição dos alimentos e a publicidade foram importantes nessa questão (DIEZ-GARCIA, 1997).

A saída da mulher para o mercado profissional exigiu cada vez mais a elaboração de produtos que economizam tempo. A indústria se encarrega também da dieta de seus clientes, através de produtos *diet* e *light*. As modificações, contudo, não se apresentam apenas pela demanda dos

consumidores, os distribuidores também têm grande influência no mercado, proporcionando aparência, praticidade, tempo de prateleira, entre outros aspectos (SAMPAIO, 2005).

Principalmente a partir de meados do século XX, a produção agrícola adquire um ritmo acelerado de concentração e intensificação. Os produtos da agricultura são cada vez mais transformados pela indústria. As transações comerciais se multiplicaram e a distribuição passa por significativas mudanças, aumentando o número de supermercados pelo mundo. Com isso, a alimentação se torna um mercado de consumo de massa com produtos altamente transformados por procedimentos industriais, comercializados com o apoio de modernas estratégias de *marketing* e publicidade (FISCHLER, 1998).

A urbanização induziu uma mudança nos padrões de vida e comportamentos alimentares da população. O que era diferenciado na população rural, com o predomínio da ingestão de cereais, raízes e tubérculos, hoje não se garante mais, uma vez que os industrializados estão em toda parte. O processo de industrialização dos alimentos tem sido apontado como um dos principais responsáveis pelo crescimento energético da dieta da maioria da população do Ocidente (TARDIO e FALCÃO, 2006).

Embora a concentração de renda no Brasil não permita falar em mercado homogêneo, nas duas últimas décadas houve predomínio no consumo de alimentos industrializados comprados em supermercados por todas as classes de renda. As mudanças verificadas pelas pesquisas de orçamento familiares indicam incremento na aquisição de produtos industrializados e redução de alimentos in natura por parte das famílias, pois as carnes, especialmente o frango, e os laticínios têm sido uma ampliação na oferta de produtos processados e os refrigerantes constituem em si, a representação máxima da industrialização (TARDIO e FALCÃO, 2006).

Castro e Peliano (1985, p. 121) apontam que o preço, o paladar e a nutrição aparecem como critérios de decisão para a inclusão de alimentos

no cardápio, sempre intermediados por uma questão cultural. Hoje, nos supermercados da maioria das cidades brasileiras, é possível adquirir alimentos resfriados, congelados, temperados, preparados, empanados, recheados, onde a maior parte tem uma indicação para fritura.

Para Varella (1997, p. 48), os brasileiros adéquam sua alimentação de acordo com o poder aquisitivo e a oferta de mercado. O efeito do que se come em termos de saúde é uma ideia que ainda não direcionada as compras. São poucos os que se preocupam.

O aumento de consumo de refrigerantes e embutidos, que tem marketing constante, ou mesmo dos laticínios, que, além da propaganda maciça, também tiveram redução de preço nos últimos anos, permite afirmar que a propaganda, aliada ao bom preço, tem sido eficaz na mudança de hábitos do brasileiro (BLEIL, 1998).

Dietas com alta densidade energética, associadas a um estilo de vida sedentário, são apontadas como principais fatores do aumento da prevalência de peso no mundo. As atividades esportivas, com gasto energético acentuado foram substituídas por horas na frente do computador ou televisão, uso frequente de eletrodomésticos como máquina de lavar, aspirador de pó, entre outros. Características que fazem parte da população rural de Anchieta (BLEIL, 1998).

No Brasil, entre outros fatores, a expansão do setor de serviços, com a predominância de ocupações que demandam baixo gasto energético, sugere que o desenvolvimento e a modernização do país associam-se a alterações negativas na prática de atividade física, sendo estas relevantes para explicar a ascensão da obesidade. É bastante provável que a redução da atividade física nas populações, nas últimas duas décadas, seja um determinante do perfil nutricional (DUTRA, CUNHA e MARCHINI, 1996).

A aquisição de bens de consumo duráveis por parte da população contribuiu para mudanças no padrão de atividade física da população, o

que se associa a elevação do IMC⁹. Quanto maior for o IMC da pessoa, maior a chance dela morrer precocemente e de desenvolver doenças do tipo diabetes mellitus, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares (BRASIL, 2009).

A prática regular da atividade física contribui para o bom funcionamento dos órgãos, principalmente coração, para o bom funcionamento do intestino, diminui o estresse e a depressão, melhora o humor, reduz em 40% as chances de morte por doenças cardiovasculares, contribui para o funcionamento normal dos mecanismos cerebrais de controle de apetite de modo a trazer um equilíbrio entre a ingestão e o gasto de energia aliada ao consumo reduzido dos alimentos, aumenta a perda de gordura e melhora sua distribuição corporal (MINISTÉRIO..., 2009).

Nas últimas três décadas, pesquisas apontam que, como em outros países em desenvolvimento, o Brasil tem apresentado modificações no perfil nutricional de sua população, fruto de um processo conhecido como transição nutricional. Muitos países na Ásia, América Latina e África, tem experimentando, em função da urbanização, um aumento no padrão de consumo de certos componentes da dieta com relação ao padrão de três décadas atrás. Essa mudança nos padrões dietéticos inclui o significativo aumento na disponibilidade de gorduras, principalmente as de origem animal, e açúcares, contrastados com a disponibilidade de gorduras, principalmente as de cereais e fibras (POPKIN, 2001; DUTRA, CUNHA e MARCHINI, 1996).

A transição nutricional integra os processos de transição demográfica e epidemiológica com modificações sequenciais no padrão de nutrição e consumo, acompanhados de mudanças econômicas e sociais, e do perfil de saúde das populações. O processo de transição nutricional em Anchieta se reflete no estado de saúde da população, onde mais de 50%, especialmente na área rural, encontra-se com excesso de peso e

⁹ IMC= Peso atual (Kg) / altura (m²). Indicador utilizado para avaliar a proporção entre o peso e altura de adultos (SISVAN, 2004).

obesidade. Novos padrões de consumo estão inseridos no local (PINHEIRO, FREITAS e CORSO, 2004).

Nesse contexto, compartilham o mesmo cenário dois extremos da má nutrição: desnutrição pela carência e obesidade pelo excesso, o que se pode chamar de paradoxo nutricional. Portanto, a obesidade e o sobrepeso constituem, na atualidade, importantes problemas de saúde pública, pelas altas taxas de prevalência, não somente em adultos, mas também em crianças e adolescentes (LAMOUNIER e PARIZZI, 2007).

3.6.1 A Epidemia do Excesso de Peso e Obesidade

A obesidade está sendo considerada a mais importante desordem nutricional nos países desenvolvidos, atingindo também países em desenvolvimento. No Brasil, o número de crianças e adultos obesos é cada vez maior, até mesmo em países que se caracterizam por uma população magra, como é o caso do Japão. A Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a considerar a obesidade como problema de saúde pública tão preocupante como a desnutrição (MINISTÉRIO..., 2009).

Ela pode ser definida, de forma simplificada, como uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, sendo consequência de balanço energético positivo e que acarreta repercussões à saúde com perda importante não só na qualidade como na quantidade de vida (WORLD..., 2000).

Diversos estudos têm apontado motivos diferentes para o surgimento e a manutenção da obesidade em inúmeras populações. Os estudos que têm sido empreendidos correlacionando aspectos genéticos à ocorrência de obesidade não têm sido capazes de evidenciar a interferência destes em mais de um quarto dos obesos, fazendo com que ainda se acredite que o processo de acúmulo excessivo de gordura corporal, na maioria dos casos, seja desencadeado por aspectos socioambientais (SICHIERI et al., 1994).

A pesquisa de orçamento familiar (POF) realizada pelo IBGE (2009) mostra que em todas as regiões do Brasil, em todas as faixas etárias e em todas as faixas de renda aumentou contínua e substancialmente o percentual de pessoas com excesso de peso e obesas. O sobrepeso atinge mais de 30% das crianças entre cinco e nove anos de idade, cerca de 20% da população entre 10 e 19 anos e 48% das mulheres e 50,1% dos homens acima de 20 anos. Entre os 20% mais ricos, o excesso de peso chega a 61,8% na população de mais de 20 anos. Também nesse grupo se concentra o maior percentual de obesos (16,9%) (IBGE, 2009).

A obesidade é considerada uma doença integrante do grupo de DCNT, as quais são de difícil conceituação, gerando aspectos polêmicos quanto à sua própria denominação, seja como doenças não infecciosas, doenças crônicas degenerativas ou como DCNT, sendo esta última a conceituação atualmente mais utilizada (LESSA, 1998).

Essa doença crônica é preocupante não apenas pelas implicações à saúde, como pela complexidade de seu tratamento e controle, já que este acarreta em mudança de comportamento alimentar no plano individual e da adoção de políticas públicas que podem ir contra os diferentes setores da indústria e comércio de alimentos (RINALDI et al., 2008). Por serem doenças de longa duração, as DCNTs, incluindo a obesidade, são as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde, afetando a qualidade de vida da população. O conhecimento a cerca dos seus fatores de risco e o seu monitoramento, principalmente os de natureza comportamental, como dieta, sedentarismo, dependência química (tabaco, álcool e outras drogas) é uma das ações de vigilância mais importantes (MALTA et al., 2006).

As DCNT podem ser caracterizadas por doenças com história natural prolongada, múltiplos fatores de risco complexos, interação de fatores etiológicos desconhecidos, causa necessária desconhecida, especificidade de causa desconhecida, longo período de latência, longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação,

lesões celulares irreversíveis e evolução para diferentes graus de incapacidade ou para a morte (LESSA, 1998).

O aumento dos valores da mortalidade proporcional por DCNT e causas externas vem mostrando que o país está avançando na transição, ultrapassando 50% das causas de morte, o que parece bastante semelhante ao que ocorre em países desenvolvidos, como EUA e Europa (LAURENTI, 1990).

Estudos sobre a tendência secular do IMC de adultos são encontrados com alguma frequência nos países desenvolvidos. Dados abrangentes procedem de inquéritos nacionais sobre saúde e nutrição realizados nos Estados Unidos entre 1960 e 1994. Estes inquéritos documentaram um aumento progressivo na prevalência de adultos obesos, sendo que, no período de 1976 a 1994, verificou-se o aumento da obesidade entre homens, na proporção de 12,3% para 19,9% e, entre mulheres, de 16,9% para 24,9% (MONTEIRO e CONDE, 1999).

Segundo Albano e Souza (2001, p. 941), o aumento da disponibilidade de alimentos gordurosos, com alta densidade energética, e a diminuição na prática de exercícios físicos são os dois principais fatores, ligados ao meio ambiente, que colaboram para o aumento da prevalência da obesidade.

Diante desses dados, é necessário que se concretizem os investimentos para educação em saúde, visando proporcionar a descoberta de novos prazeres através de um estilo de vida mais saudável. É fundamental que a população portadora de excesso de peso, em conjunto com os profissionais de saúde, assumam a responsabilidade de reestruturar suas práticas mais cotidianas de saúde, empenhando-se no aumento de seu tempo de prática de atividade física, bem como a opção por alimentos menos ricos em gordura e menos energéticos (PINHEIRO, FREITAS e CORSO, 2004).

No nível primário de atenção a saúde, é preciso avançar para o planejamento e implementação de ações de proteção específica e diagnóstico precoce, como por exemplo, iniciativas que restringem o uso

de frituras na merenda escolar, implementada na cidade de Florianópolis, estado de Santa Catarina. O monitoramento do estado nutricional a partir da antropometria em todas as faixas etárias é um bom exemplo de utilização para diagnóstico precoce de sobrepeso e obesidade infantil, evitando, assim, um adulto nessas condições (PINHEIRO, FREITAS e CORSO, 2004).

3.7 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

Em estudos epidemiológicos, especialmente naqueles que se referem à obesidade, há uma necessidade de avaliar o estado nutricional mediante procedimentos diagnósticos que possibilitem precisar a magnitude, o comportamento e os determinantes dos agravos nutricionais, assim como identificar os grupos de risco e as intervenções adequadas. Dentre estes métodos, a obtenção de medidas de massa corporal e da estatura é o principal conjunto utilizado, sendo um método não invasivo, de baixo custo e universalmente aplicável, disponível para avaliar o tamanho e proporções do corpo humano (RIBAS et al., 1999).

A antropometria, que consiste na avaliação das dimensões físicas e da composição global do corpo humano, tem se revelado como o método isolado mais utilizado para o diagnóstico nutricional em nível populacional pela facilidade de execução, baixo custo e inocuidade (SIGULEM e VEIGA, 2000). O conhecimento acerca da massa corporal e da estatura nas populações é relevante para a saúde geral. Com a diminuição das prevalências de baixo peso e o avanço da epidemia de obesidade, medidas como IMC têm sido utilizadas como marcadores do estado nutricional em estudos epidemiológicos, tanto através de medição direta, com uso de equipamentos (CHOR, 1999; SMITH, 2000).

O estudo de caso realizado por Matos (2000), para avaliar as condições de trabalho e o estado nutricional de operadores do setor de alimentação coletiva de uma Unidade de Alimentação e Nutrição, para obtenção do

título de mestre em engenharia de produção pela Universidade Federal de Santa Catarina, avaliou o estado nutricional da população utilizando o método IMC, devido a sua praticidade e eficácia, assim como o presente estudo.

Embora apresente limitações quanto à sua correlação com a distribuição de gordura, o IMC apresenta-se como de fácil medição e correlaciona-se diretamente com medidas de massa corporal total (CHOR, 1999). De acordo com Anjos, Silva e Serrão (1992, p.50), o IMC é um indicador válido de estado nutricional em grupos populacionais e tem sido amplamente usado para este propósito. Estudos demonstram bons níveis de validade até mesmo entre os obesos (que poderiam apresentar maior tendência à subestimação de massa corporal) e entre grupos com baixa escolaridade, além de serem adequados também para o monitoramento da prevalência de obesidade na população (BOLTON-SMITH et al., 2000).

Assim como no presente estudo, Kuczmarski et al. (2001), examinou a associação entre idade e IMC obtido por medidas antropométricas autorreferidas e comparou com valores obtidos a partir de medidas diretas em homens e mulheres com 20 anos ou mais. Os resultados também apontaram que a idade é uma variável importante nos resultados dos questionários autorreferidos, apresentando diferenças significantes entre o IMC baseado em medidas de adultos mais velhos. Além da idade, a validade do IMC baseado em medidas de massa corporal e estatura autorreferidos pode se alterar conforme o gênero e também segundo as condições socioeconômicas dos grupos estudados (SCHMIDT et al., 1993; FONSECA et al., 2004).

O IMC e a medida de CC têm sido amplamente utilizados na avaliação do excesso de peso e da obesidade abdominal. Medidas que são recomendadas pela World Health Organization (WORLD..., 1998) e pelo National Institute of Health (NIH, 1998). A medida da CC, além de não invasiva, utiliza o mínimo de equipamentos quando comparada as técnicas laboratoriais, é de rápida aplicação, fácil de ser utilizada, sendo de custo muito acessível (FREEDMAN et al., 1999).

Assim como no estudo em questão, para avaliação do estado nutricional da população de Anchieta, realizada pelos profissionais do Projeto CARMEN, optou-se pela aplicação do IMC e para medição da obesidade localizada na região abdominal, os valores da CC (MINISTÉRIO..., 2010).

Segundo os pontos de corte recomendados por esses órgãos internacionais, o risco de morbidade em homens adultos eleva-se à medida que o indivíduo migra da categoria de IMC normal (IMC: 18,5 a 24,9kg/m²) para a categoria de sobrepeso (IMC: 25,0 a 29,9kg/m²) e obesidade (IMC > 30kg/m²), e quando apresentam a medida de circunferência de cintura maior ou igual a 94cm e/ou quando a relação cintura-quadril é maior ou igual a 1,0 (WORLD..., 1998).

É importante ressaltar que as categorias de IMC de adultos não são diferenciadas segundo o sexo, além de abranger uma ampla faixa etária (20 a 59 anos). Um fator que limita a aplicação do IMC é que ele não é capaz de fornecer informações relacionadas com a composição corporal. Pessoas com elevada quantidade de massa muscular podem apresentar elevado IMC, mesmo que a gordura corporal não seja excessiva (CALLE et al., 1999).

Apesar de o IMC não fornecer informações relacionadas com a quantidade e distribuição da gordura corporal, muitos estudos demonstram a sua importância e validade na avaliação do risco de mortalidade. Em adultos, observa-se que valores extremos de IMC aumentam o risco de mortalidade (CALLE et al., 1999; WIENPAAL, RAGLAND e SIDNEY, 1990; ZHU et al., 2003).

Quando o objetivo da avaliação nutricional é obter um indicativo do risco a saúde decorrente da quantidade e distribuição da gordura corporal, uma boa alternativa é a utilização da medida dos perímetros corporais em valores absolutos ou por meio de índices. Assim, embora o IMC seja uma medida simples, conveniente e válida para o estudo da obesidade, medidas de obesidade central, principalmente a circunferência abdominal ou da cintura, tem se mostrado mais relacionadas tanto com risco

coronariano elevado, quanto com infarto agudo do miocárdio (CUPPARI, 2002). Ainda assim, estudos têm demonstrado que indivíduos com IMC normal podem apresentar medida de circunferência de cintura elevada (BOOTH et al., 2000; ARDEN et al., 2004).

A CC é utilizada em estudos epidemiológicos, devido a sua facilidade de medida e também por apresentar uma associação com fatores de risco (FREEDMAN et al., 1999). É um dos indicadores mais utilizados na aferição da distribuição centralizada do tecido adiposo em avaliações individuais e coletivas. O conhecimento desses pontos de corte é útil na detecção do risco de desenvolvimento de doenças, tanto na vigilância nutricional quanto em estudos de diagnóstico populacional, uma vez que a obesidade abdominal (androide) é um fator de risco mais preocupante que a obesidade da parte inferior do corpo (ginoide) (FERREIRA et al., 2006). Os pontos de corte de 88 cm para mulheres e 102 cm para o homens foram determinados para o risco muito aumentado de doenças cardiovasculares (WORLD..., 2000).

O estudo de Barbosa (2008), para obtenção do grau de mestre em Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Maranhão, São Luiz, utilizou os parâmetros do IMC e da CC para mensuração do estado nutricional dos pacientes de um ambulatório de cardiologia, em São Luiz. Assim como o presente estudo, optou-se pela utilização desses dois métodos de avaliação antropométrica por serem os mais comumente utilizados e pela precisão dos resultados (ALBERTI, ZIMMET e SHAW, 2006).

3.8 DA AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR

Os dados sobre consumo alimentar integrados com outros indicadores do estado nutricional, segurança alimentar, morbidade e risco de doenças, são as bases para o monitoramento das tendências dietéticas e a definição de políticas para agricultura, economia e saúde. Paralelamente a isso, esses dados podem auxiliar no desenvolvimento de guias dietéticos e

material para educação nutricional, que são fundamentais para o desenvolvimento e a condução de pesquisas científicas, contribuindo para a produção de novos estudos sobre consumo alimentar (HARRISON, 2004).

Entre as técnicas empregadas para avaliação do estado nutricional, os métodos dietéticos são os mais adequados para detectar a deficiência nutricional em seu estágio inicial, sendo, por isso, utilizados em estudos de base populacional de associação entre exposição ao fator e desfecho (LOPES et al., 2003).

Dentre eles destaca-se o questionário de frequência de consumo alimentar, que consiste em um *checklist* de um número de alimentos, que podem variar de acordo com os objetivos do estudo. Ele foi desenvolvido por Wiehl, em 1960, e é frequentemente utilizado em estudos em que há limitações financeiras e de tempo, sendo rotineiramente empregado em estudos epidemiológicos que relacionam a dieta com a ocorrência de doenças crônicas (FERRO-LUZZI, 2002; MCPHERSON et al., 2000).

Assim como no presente estudo, Moreira (2010), com a aplicação do modelo do consumo de óleos e gorduras e sua relação com consumo alimentar e estado nutricional em um Serviço de Promoção da Saúde, para obtenção do título de mestre em Saúde e Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais também aplicou os questionários sobre o consumo alimentar, por se tratar de um levantamento simplificado da ingestão alimentar da população investigada (FERRO-LUZZI, 2002).

Hoje, existem variações do questionário de frequência do consumo alimentar (QFCA) em relação ao seu desenho original, como o QFCA qualitativo, que visa avaliar os tipos de alimentos consumidos e sua frequência, e o semiquantitativo, que visa, além de avaliar os principais alimentos consumidos, estimar o seu consumo. O QFCA, tanto em sua forma original quanto em suas variações, é capaz de avaliar a frequência de consumo alimentar diária, semanal, quinzenal, mensal ou sazonal (FERRO-LUZZI, 2002).

Estima (2007), em seu estudo sobre o consumo de refeições, ingestão alimentar e estado nutricional de adolescentes residentes em Duque de Caxias (RJ), para obtenção do grau de mestre pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, aplicou o questionário de frequência alimentar devido aos resultados detalhados que o método fornece.

Para McPherson et al. (2000) a utilização do QFCA é um método relativamente simples, objetivo e facilmente adaptável à população em estudo. Uma das vantagens da utilização do instrumento é oferecer a possibilidade de uma correta estratificação dos resultados em quartis de consumo, o que possibilita analisar níveis extremos de ingestão.

Diante dos métodos de avaliação apresentados para avaliação do estado nutricional e da ingestão alimentar de uma determinada população, surge a necessidade de serem aplicados em grupos populacionais, como a área rural de Anchieta, para obtenção do estado nutricional, curando os casos existentes e prevenindo os futuros casos, por meio de políticas sociais desenvolvidas no local (MCPHERSON et al., 2000).

3.9 DO MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE PARA DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL

É importante a conscientização de que o quadro epidemiológico nutricional do Brasil por tratar de uma conjunção de fatores, deve gerar estratégias de saúde pública capazes de implementar um modelo de atenção voltado para os casos de desnutrição e obesidade na perspectiva de prevenção da produção social de doença da populações (LESSA, 1998).

A emergência da obesidade e sua inserção nas DCNT tornam clara a necessidade de um modelo de atenção à saúde, capaz de contemplar e integrar ações eficazes para seu controle e prevenção. De acordo com Lessa (1998, p. 284) as mudanças nos padrões epidemiológicos apontam para a necessidade de construção de novos modelos conceituais integrativos que deem conta da complexidade dos níveis de determinação,

propondo medidas que tenham efetividade na resolução dos problemas de saúde.

Dentre os modelos epidemiológicos, o modelo ecológico, ainda bastante utilizado, não é suficiente para esclarecer questões relacionadas às DCNT. O conceito do "campo da saúde", adaptado por Dever (1988, p. 394), para análise de políticas de saúde, vem sendo a proposta que parece melhor se aplicar às DCNT. Este modelo é composto por quatro elementos: biologia humana, estilo de vida, ambiente e organização do sistema de atenção à saúde. Cada um dos elementos é amplamente constituído por fatores conhecidos e por outros ainda desconhecidos, sendo que efeitos e/ou interações entre estes fatores determinariam a ocorrência, prognóstico e/ou morte por DCNT (LESSA, 1998).

Embora as razões relacionadas ao fenômeno da transição nutricional ainda estejam em discussão, parece claro que ela determina importantes padrões na forma de adoecer e morrer das populações. Monteiro (2001, p. 433) acrescenta que se deve incorporar na agenda de saúde pública e nas políticas de saúde do Brasil, o controle e prevenção das DCNT, enfatizando a necessidade de estruturar ações de educação em alimentação e nutrição, capazes de alcançar de modo eficaz todos os estratos econômicos da população.

Atualmente, no Brasil, questões voltadas para prevenção e controle da obesidade, encontram-se em seus primeiros passos. Os serviços de saúde começam a se organizar para implementar propostas e estratégias de atenção primária para a obesidade (ENGSTROM, 2002).

As vertentes de atuação do Ministério da Saúde referentes à PAS incluem medidas de incentivo, de proteção e de apoio, procurando viabilizar as escolhas alimentares saudáveis à população. As medidas de incentivo são aquelas que difundem informação e possibilitam práticas educativas que motivam os indivíduos para a adoção de práticas saudáveis, por meio de ações educativas nas unidades básicas de saúde, escolas e ambiente de trabalho, campanhas publicitárias e eventos de mobilização. Como por

exemplo, o Plano Nacional para Promoção da Alimentação Adequada e Peso Saudável, que inclui mensagens de incentivo a hábitos de vida e alimentação saudável (BRASIL, 2006b).

Já as medidas de apoio são aquelas que tornam mais factível a adesão a práticas saudáveis por indivíduos e coletividades informados e motivados, como a rotulagem nutricional, programas de alimentação institucional, cantinas saudáveis nas escolas e ambiente de trabalho e espaços que favoreçam a amamentação no ambiente de trabalho. E as medidas de proteção são as ações de carácter regulatório, que impedem que coletividades e indivíduos fiquem expostos a fatores e situações que estimulem práticas não saudáveis, como a regulamentação da venda e propaganda de alimentos nas cantinas escolares; regulamentação de publicidade dirigida ao público infantil e a regulamentação da rotulagem de produtos dirigidos a lactentes (BRASIL, 2006b).

As políticas públicas se expressam em leis, decretos, regulamentações e normas que são adotadas pelo Estado para proteger as condições econômicas e sociais que têm impacto significativo na saúde. Faz-se necessária uma ação sustentável e articulada para possibilitar ações por parte do Estado que tornem o ambiente mais saudável, tornando as escolhas alimentares saudáveis mais factíveis à população, avançando em políticas de saúde e qualidade de vida. Destaca-se que tanto a PNPS como a PNAN apontam para a necessidade de coibir práticas que desestimulem uma alimentação saudável, em que cabem ao Estado ações de regulação, como a da publicidade de alimentos, principalmente a que é dirigida para crianças e adolescentes (BRASIL, 2006).

O Guia Alimentar para a População Brasileira é o primeiro documento oficial que define as diretrizes alimentares para orientar escolhas mais saudáveis de alimentos pela população brasileira a partir de dois anos de idade. A abordagem multifocal trabalhada no Guia favorece a definição de prioridades e a construção de uma agenda local que potencialize estas atividades, incentivando a integração entre as diversas áreas de atuação da saúde, o compromisso dos gestores e a mobilização da sociedade em

torno do mesmo objetivo, o de promover saúde e práticas alimentares saudáveis (BRASIL, 2006a).

3.9.1 Da Política Social em Anchieta

O município de Anchieta foi o primeiro município do Espírito Santo a realizar a linha de base para implantação da vigilância de fatores de risco e proteção para DANT, considerada parte da iniciativa CARMEN. Estes dados possibilitaram conhecer a distribuição, magnitude e tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais (YOKOTA et al., 2012).

A iniciativa CARMEN, proposta pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 1995, baseada em experiências bem sucedidas como a CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention), tem como objetivo principal melhorar a saúde da população reduzindo a prevalência dos fatores de risco para DCNT por meio de medidas de prevenção e promoção da saúde. Para isso, recomenda-se inicialmente implantar a vigilância dos fatores de risco e proteção para DCNT. Esta estratégia já foi implantada em alguns municípios brasileiros, como Goiânia (GO) e Pelotas (RS) (CARNELOSO et al., 2010; CAPILHEIRA et al., 2008).

Profissionais da área da saúde que atuam na atenção primária na vigilância em saúde do município, previamente capacitados por profissionais do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, realizaram toda a coleta de dados (medidas antropométricas, aferição da pressão arterial), medidas físicas e químicas (exames laboratoriais), avaliação de fatores socioeconômicos e dos hábitos alimentares, com a finalidade de obter uma linha de base para o monitoramento de fatores de risco e proteção para DANT em adultos no município de Anchieta (YOKOTA et al., 2012).

Após o conhecimento da saúde e das necessidades da população, recomenda-se o planejamento, execução e avaliação das estratégias de prevenção e controle das DANTs que devem ser implementados no município e fiscalizados por meio da realização de inquéritos periódicos a cada três a cinco anos, a fim de monitorar as condições de saúde da população (MINISTÉRIO..., 2010).

Diante dos objetivos desse modelo de política social aplicado em Anchieta, foi sugerido ao Ministério da Saúde, que a equipe do Estado e do município, responsável pelo Projeto, elaborasse uma planilha com as estratégias de intervenção para redução da prevalência dos fatores de risco para DANT no município, com ações, população alvo, objetivos, metas e parceiros internos e externos para cada fator de risco e proteção analisado. Sugestão que tem sido muito discutida, mas não colocada em prática de maneira eficaz para reduzir o excesso de peso da população, principalmente, dos moradores da área rural. Do ano da implantação da iniciativa CARMEN (2011) em Anchieta até os dias de hoje a população continua sem conhecer os dez passos para uma alimentação saudável (BRASIL, 2006).

3.9.2 Dos Dez Passos para uma Alimentação Saudável Elaborados pelo Ministério da Saúde

- a) Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições;
- b) Inclua diariamente seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/macaxeira/aipim nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural;
- c) Coma diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas

sobremesas e lanches;

- d) Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde;
- e) Consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis;
- f) Consuma, no máximo, uma porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atento aos rótulos dos alimentos e escolha aqueles com menores quantidades de gorduras “trans”;
- g) Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação;
- h) Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos;
- i) Beba pelo menos dois litros (seis a oito copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições;
- j) Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo. Mantenha o peso dentro de limites saudáveis.

Uma alimentação saudável é aquela que reúne os seguintes atributos: é acessível e não é cara, valoriza a variedade, as preparações alimentares usadas tradicionalmente, é harmônica em quantidade e qualidade, naturalmente colorida e segura sanitariamente, conforme apresentada na figura 1 (BRASIL, 2006).

Figura 1 - Alimentação saudável e suas diretrizes



Fonte: BRASIL, 2006.

4 MATERIAS E MÉTODOS

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), através da resolução 196/96, sob parecer 04353412100005065, no dia 01/08/2012.

4.1 SELEÇÃO AMOSTRAL

O cálculo amostral prévio realizado por consultor estatístico que utilizou o cálculo de populações finitas com erro de prevalência de 3 a 5%, estimou-se uma amostra de no mínimo 160 indivíduos, residentes na área rural de Anchieta, que foram selecionados no período de 14 a 30 de agosto de 2012, que consentiram em participar do estudo.

Os critérios utilizados para a escolha dos participantes foram:

a) Critérios de Inclusão:

- ambos os sexos
- moradores da área rural de Anchieta
- adultos (20 a 59 anos);

b) Critérios de Exclusão:

- limitações cognitivas
- dificuldade de escrita e comunicação
- não preenchimento total dos itens
- gestante (consulta do prontuário da Estratégia de Saúde da Família de Anchieta)

4.1.2 Local

O estudo quantitativo foi realizado nas Estratégias de Saúde da Família de Baixo Pongal e São Mateus, localizadas na área rural do município de Anchieta.

4.2 MÉTODO

À medida que os pacientes adultos chegavam para o atendimento da consulta nas Estratégias de Saúde da Família de Baixo Pongal e São Mateus, localizados na área rural de Anchieta, iam sendo recrutados para explicação prévia da pesquisa, onde puderam ter uma noção da importância do estudo, dos benefícios de uma alimentação saudável e dos malefícios do excesso de peso. Eles foram convidados a participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após o consentimento dos participantes, iniciou-se a coleta de dados para cumprimento dos objetivos. Os passos foram:

- a) assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - no primeiro momento o participante leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aceitando fazer parte do estudo (APÊNDICE A);
- b) avaliação antropométrica por meio do IMC, CC e CB - a avaliação antropométrica incluiu peso e estatura, para o cálculo do IMC, CC e circunferência do braço;
- c) aplicação dos questionários para rastreio - para investigar o consumo alimentar da população e os hábitos de vida foram aplicados dois questionários, o primeiro contendo três blocos e o segundo com perguntas elaboradas pelo Ministério da Saúde.

A avaliação antropométrica foi realizada pelo próprio pesquisador e a aplicação dos questionários por entrevistadores previamente treinados, que foram os próprios funcionários da Estratégia de Saúde da Família (enfermeira e técnico em enfermagem).

Na sequência segue a explicação dos instrumentos.

4.2.1 Instrumentos

Para obtenção do IMC o peso e a estatura foram aferidos utilizando as seguintes técnicas:

- a) técnica da aferição do peso - o peso foi aferido em balança digital portátil calibrada modelo Filizola®, com precisão de 100g e capacidade de 150 kg, com o voluntário descalço, com o mínimo de roupa (JELLIFFE, 1998);
- b) técnica da medição da estatura - a estatura foi medida em estadiômetro portátil modelo Sanny®, fixo a uma parede sem rodapé, com capacidade de medição de 115 cm a 210 cm. Os indivíduos foram orientados a permanecerem descalços de costas, com os pés paralelos, os tornozelos juntos, braços soltos ao longo do corpo, em posição ereta e com a cabeça posicionada de forma que a parte inferior da órbita ocular estivesse no mesmo plano do orifício externo do ouvido - Plano de Frankfort. Os tornozelos, as nádegas e os ombros deviam estar em contato com o plano vertical. Foi usado um esquadro para ajudar na medição (JELLIFFE, 1998).

O IMC foi calculado pela divisão entre o peso (em quilogramas) e o quadrado da altura (em metros):

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Estatura}^2 \text{ (m)}}$$

Para adultos (indivíduos com 20 anos ou mais e menores de 60 anos de idade) não são necessários cálculos adicionais para interpretação do indicador de IMC. Portanto, o estado nutricional será determinado a partir do IMC (OMS, 2004).

A classificação do estado nutricional de adultos é realizada a partir do valor bruto do IMC preconizadas pela OMS, 1995. Nesse caso são definidos pontos de corte para o indicador de IMC, permitindo a seguinte classificação (Tabela 1):

Tabela 1- Classificação do IMC para adultos

Classificação	IMC (Kg/m²)
Desnutrido	< 18,5
Peso adequado ou Eutrófico	18,5 - 24,99
Sobrepeso	25,0 - 29,99
Obesidade classe I	30,0 - 34,99
Obesidade classe II	35,0 - 34,99
Obesidade classe III	≥ 40,0

Fonte: World Health Organization (WHO), Geneva (1995)

Ao final, o estado nutricional dos participantes foi classificado conforme a tabela acima (ANEXO A)

4.2.2 Circunferência da Cintura

Para a análise da obesidade centralizada optou-se por medir a CC, utilizando-se das técnicas propostas por Callaway et al., 1991. O indivíduo esteve em pé, com abdômen relaxado, braços estendidos e peso igualmente distribuído entre as pernas, com os pés próximos e paralelos. A região da cintura deve estar desprovida de roupa. Para localizar e marcar o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, solicitar ao indivíduo que inspire e segure a respiração por alguns segundos. Depois, medir a distância entre os dois pontos e marcar o ponto médio. A fita inelástica e

flexível modelo Sanny (resolução de 150cm), foi colocada horizontalmente ao redor da cintura sobre o ponto médio, de forma ajustada, sem enrugar a pele, para obtenção do resultado, em centímetro.

Embora o IMC seja uma medida simples, conveniente e válida para o estudo da obesidade, medidas de obesidade central, principalmente CC, tem se mostrado mais relacionada com risco coronariano elevado e infarto agudo do miocárdio (VIEBIG, 2011).

O ponto de corte para risco de doenças cardiovasculares da medida da CC é ≥ 94 cm para homens e ≥ 80 cm para mulheres, e risco muito aumentado ≥ 102 cm para homens e ≥ 88 cm para mulheres conforme as diretrizes internacionais da OMS (WORLD..., 2000) (ANEXO B).

4.2.2.1 Circunferência do braço

A circunferência do braço (CB) é o parâmetro nutricional antropométrico recomendado pela OMS para a estimativa da proteína muscular esquelética total. A medida da CB fornece informação sobre o depósito de gordura e massa muscular local (VIEBIG, 2011).

Para a obtenção da circunferência o braço do participante estava flexionado em direção ao tórax, formando um ângulo de 90° . Em seguida, o ponto médio entre o acrômio e o olécrano foi marcado. Para marcação foi contornado o braço com fita no ponto marcado de forma ajustada evitando a compressão da pele ou folga. Por último, o resultado foi anotado (VIEBIG, 2011).

O resultado obtido deve ser comparado aos valores de referência do NHANES I (National Health and Nutrition Examination Survey), demonstrados em tabelas de percentis por Frisancho (1990 / ANEXO C). A adequação da CB pode ser determinada por meio da equação a seguir e o estado nutricional classificado de acordo com a tabela 2.

Fórmula de adequação da CB:

$$\text{Adequação da CB (\%)} = \frac{\text{CB obtida (cm)} \times 100}{\text{CB percentil 50}}$$

Fonte: Blackburn e Thornton (1979)

Tabela 2- Estado nutricional segundo circunferência do braço

Classificação	IMC (Kg/m²)
Desnutrição grave	< 70%
Desnutrição moderada	70 - 80%
Desnutrição leve	80 - 90%
Eutrofia	90 - 110%
Sobrepeso	110 - 120%
Obesidade	> 120%

Fonte: Blackburn e Thornton (1979)

Ao final, os pacientes foram classificados conforme a gordura localizada na região da cintura e na região do braço.

4.3 APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

Após a avaliação antropométrica realizou-se a aplicação de três questionários para rastreamento dos hábitos de vida e do consumo alimentar. O primeiro questionário (Questionário 1) foi subdividido em três blocos: dados socioeconômicos, prática de atividade física e consumo alimentar: (APÊNDICE B), o segundo questionário (Questionário 2) inclui perguntas elaboradas pelo Ministério da Saúde e o terceiro questionário (Questionário 3) trata-se de uma investigação do consumo alimentar.

4.3.1 Questionário 1

O Questionário 1 é composto por 35 perguntas subdividas em três blocos.

O primeiro bloco do questionário inclui 18 questões objetivas sobre os dados socioeconômicos do participante. Esse módulo foi adaptado de perguntas do VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), realizadas no Brasil em 2010, visa obter informações sobre acesso a TV, internet, automóvel, uso de eletrodomésticos, tipo de ocupação, se o indivíduo trabalha no campo ou na cidade e o acesso à educação na área rural.

O segundo bloco do questionário inclui 10 questões objetivas sobre a prática de atividade física dos participantes. Esse módulo adaptado de perguntas utilizadas na “Avaliação da Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil” pela Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde em 2011 e perguntas do VIGITEL, realizadas no Brasil em 2010, visa identificar o tipo de atividade exercida pelo participante; a existência de locais apropriados para a prática do exercício/infraestrutura/qualidade na área rural de Anchieta e a execução de políticas públicas com iniciativas no combate ao sedentarismo, como por exemplo: serviço de orientação do Exercício.

O terceiro bloco do questionário possui 7 questões objetivas, sobre as escolhas alimentares dos participantes, adaptadas do questionário utilizado na dissertação de mestrado - Escolha alimentar do comensal de um restaurante por peso - de Manuela Mika Jomori, submetida à Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), em 2006, para obtenção do grau de mestre em Nutrição e as perguntas do Teste de Alimentação, ação de Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que avalia o nível de qualidade de sua alimentação. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br>, que tem como objetivo investigar os critérios utilizados nas escolhas alimentares, o conhecimento da informação nutricional contida nos rótulos dos alimentos, a presença de serviços de

alimentação na área rural de Anchieta e o fornecimento de ações para prevenção da obesidade.

4.3.2 Questionário 2

O Questionário 2 é composto por 18 questões objetivas elaboradas pelo Ministério da Saúde juntamente com a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Com o objetivo de orientar a população brasileira a ter uma alimentação saudável e fazer escolhas alimentares mais adequadas, o Ministério da Saúde lança, em 2006, a versão de bolso do Guia Alimentar para a População Brasileira, no formato de “Dez Passos para uma Alimentação Saudável”. Este Guia de bolso traz também um teste sobre a sua alimentação, que pode ajudar a refletir e modificar seus hábitos alimentares. Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/teste_alimentacao.php. (APÊNDICE C)

A lista dos alimentos foi determinada a partir dos alimentos mais consumidos pela população brasileira com base Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF) realizado em 1974-1975 e adaptado para adultos, com inclusão de alimentos como hambúrguer, pizza, pipoca, balas e chocolate (FONSECA, SICHIERI e VEIGA, 1998).

4.3.3 Questionário 3

Foi utilizado o Questionário de Frequência Alimentar semiquantitativo para estimar o consumo de hortaliças, legumes e frutas; óleos, gorduras e açúcares; leite e produtos lácteos; pães, cereais e tubérculos; carne, ovo e embutidos; e bebidas, adaptado do questionário utilizado na tese de doutorado - Desenvolvimento de um questionário semiquantitativo de frequência alimentar para adolescentes - de Betzabeth Slater Villar, validado para adultos, submetida à Faculdade de Saúde Pública da

Universidade de São Paulo (SP) em 2001, para obtenção do grau de doutor (APÊNDICE D).

Após a obtenção dos dados relativos aos instrumentos IMC, CC, CB e questionários os dados foram planilhados em Excel e codificados de forma a serem submetidos à análise estatística.

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados quanto à estatística descritiva no que se refere às frequências dos grupos e subgrupos das variáveis analisadas.

As múltiplas correlações realizadas utilizaram a comparação não paramétrica de Spearman para obtenção de correlações positivas e negativas.

As análises utilizaram o pacote estatístico SPSS 17.0 com índice de confiança maior que 95% e o valor de P menor que 0,05.

5 RESULTADOS

Foram entrevistadas 184 pessoas daquelas que incluíram os critérios de inclusão e excluídas 24, todos por não contemplarem todas as informações necessárias ao abastecimento dos dados, conforme critérios metodológicos previstos.

Na sequência serão abordadas as características sociais demográficas, os hábitos de tabagismo, a prática de atividade física, hábitos alimentares, alimentos consumidos e prática de tabagismo.

5.1 DOS PERFIS ESTUDADOS

Os perfis estudados foram: medidas antropométricas, características sociodemográficos, prática de atividade física, hábitos alimentares e tabagismo.

5.1.1 Das medidas antropométricas

As medidas antropométricas, peso, estatura, para classificação do IMC, circunferência da cintura e circunferência do braço estão apresentados na tabela 3.

Tabela 3 – Medidas Antropométricas

Medidas Antropométricas	População Estudada	
	n=160	100%
	N	%
IMC		
Magreza Grau II	2	1,3
Magreza Grau III	2	1,3
Eutrofia	50	31,3
Sobrepeso/Pré Obeso	65	40,6
Obesidade	41	25,6
Circunferência da Cintura		
Risco aumentado (cardiovasculares)	76	47,5
Risco muito aumentado	54	33,8
Sem risco	30	18,8
Circunferência do Braço		
Desnutrição	3	1,9
Eutrofia	39	24,4
Sobrepeso	62	38,8
Obesidade	56	35

Fonte: Brena de Castro Costa

De acordo com a Tabela 3, pode-se destacar que 40,6% da população estudada encontra-se com excesso de peso e 25,6% já são classificados como obeso. Somente 31,3% estão com seu estado nutricional adequado.

No que se refere a medida a Circunferência da cintura, 47,5% apresenta risco aumentado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, 33,8% apresentam risco muito aumentado e somente 18,8% não apresentaram nenhum risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

A Circunferência do braço só veio a confirmar o excesso de peso da população rural de Anchieta, onde 38,8 foi classificado como sobrepeso e 35% como obesos, e apenas 24,4% da população estudada apresentaram-se como eutróficos.

5.1.2 Das características Sociais e Demográficas da Amostra

Os dados sociodemográficos das características relativas a gênero, estado civil, fototipo, acesso a Internet, acesso a TV, automóvel, escolaridade e renda mensal da família estão apresentados nas tabelas 4 e 5, que são denominadas de dados sociodemográficos 1 e dados sociodemográficos 2.

Tabela 4 - Dados sociodemográficos 1

Características	População Estudada
------------------------	---------------------------

	n=160	100%
	N	%
Sexo		
F	109	68,1
M	51	31,9
Estado civil		
Casado	123	76,9
Solteiro	18	11,3
Divorciado	15	9,4
Viúvo	4	2,5
Fototipo		
Branca	56	35,0
Negra	24	15,0
Parda ou Morena	80	50,0
Acesso a Internet		
1 a 3h	33	20,6
4 a 5h	11	6,9
Não acessa	106	66,3
Outros	10	6,3
Acesso a TV		
1 a 3h	76	47,5
4 a 5h	42	26,3
6 a 10h	22	13,8
Não assiste	16	10,0
Outros	4	2,5

Fonte: Brena de Castro Costa

Observando a tabela 4 (dados sociodemográficos 1), percebe-se que o perfil amostral social e ocupacional das variáveis mensuradas é

caracterizado, em sua maioria, por mulheres, 109 (68,1%) mulheres e em sua minoria 51 (31,9%) homens.

Quanto ao estado conjugal, a maioria é formada por indivíduos casados, 123 (76,9%) do total da amostra são casados, 18 (11,3%) deles são solteiros, 15 são divorciados, o que representa (9,4%) e somente quatro (2,5%) indivíduos são viúvos.

Em relação a característica fototipo, 56 (35%) dos indivíduos estudados são brancos, 24 (15%) são negros e 80 (50%) são pardos ou morenos, representando a grande maioria.

Quanto o acesso à internet no meio rural, 33 (20,6%) indivíduos acessam de uma a três horas por dia, 11 (6,9%) acessam de quatro a cinco horas por dia, em sua maioria 106 (66,3%) não acessam a internet e 10 (6,3%) dos participantes alegaram acessar por diferentes períodos. O que comprova a urbanização do meio rural de Anchieta é o fato de 44 dos entrevistados acessarem a internet diariamente.

Já em relação à TV, 76 pessoas afirmaram que passam pelo menos de uma a três horas sentados em frente a televisão, o que representa (47,5%) da amostra, 42 (26,3%) indivíduos ficam em frente a TV de quatro a cinco horas, 22 (13,8%) ficam de seis a 10 horas em frente a TV, somente 16 (10%) dos 160 entrevistados não assistem TV e quatro (2,5%) não assistem por diferentes períodos de tempo.

Tabela 5 - Dados sociodemográficos 2

Características	População Estudada	
	n=160	100%
	N	%
Automóvel		
Possuo	87	54,4
Não possuo	73	45,6
Escolaridade		
Ensino Superior	8	5,0
Ensino Superior Incompleto	9	5,6
Ensino Médio	13	8,1
Ensino Médio Incompleto	12	7,5
Até a 4ª série	30	18,8
Até a 8ª série	60	37,5
Outros	28	18,5
Renda mensal da família		
1 salário mínimo	8	5,0
1 a 3 salários mínimos	29	18,1
Mais de 3 salários mínimos	7	4,4
Outros	23	14,4
Não quis informar	93	58,1

Fonte: Brena de Castro Costa

No que tange a tabela 5, percebe-se que o perfil amostral social e ocupacional das variáveis mensuradas tem como característica a presença de automóveis nas famílias estudadas, no qual 87 (54,4%) indivíduos alegaram possuir automóvel em casa e 73 (45,6%) não possuem automóvel.

Quanto à escolaridade, destaca-se que 30 (18,8%) dos entrevistados estudaram somente até a 4ª série e 60 (37,5%) só estudaram até a 8ª série; 12 (7,5%) ainda não concluíram o ensino médio e 13 (8,1%) concluíram o ensino médio; nove (5,6%) ainda não concluíram o ensino superior e oito (5,0%) apresentam ensino superior completo; 28 (17,5%) dos entrevistados apresentam diferentes graus de escolaridades.

Em relação à renda mensal da família, vale ressaltar que 93 dos indivíduos entrevistados não quiseram informar a renda da família, o que representa mais da metade da amostra (58,1%), 23 (14,4%) deles relataram possuir diferentes rendas, oito (5,0%) afirmaram que a família possui renda de um salário mínimo por mês, 29 (18,1%) das famílias passam o mês com um a três salários mínimos e somente sete (4,4%) ganham mais de três salários mínimo por mês.

5.1.3 Das Características Relativas à Atividade Física da Amostra

As características relativas à atividade física foram avaliadas através da mensuração de prática de atividade física, local para prática de atividade perto de casa e qualidade das estruturas, que estão apresentados na tabela 6.

Tabela 6 - Características da atividade física

Características	População Estudada
------------------------	---------------------------

	n=160	100%
	N	%
Pratica de atividade física		
Não Pratica	152	95
Pratica	8	5
Local para prática perto de casa		
Praça	11	6,9
Quadra	73	45,6
Não Conhece	65	40,6
Pratica em Piúma ou Centro de Anchieta	11	6,9
Qualidade das Estruturas		
Boa	88	55
Ruim	9	5,6
Insuficiente	1	0,6
Outros	62	39,8

Fonte: Brena de Castro Costa

Observando a tabela 6, características da atividade física, percebe-se que o perfil amostral é caracterizado pelo sedentarismo, no qual 152 dos indivíduos entrevistados não praticam atividade física, totalizando quase 100% da amostra (95%), somente 5% praticam algum tipo de atividade.

Merece destaque o fato de 73 (45,6%) pessoas conhecerem a quadra na área rural, afirmarem que a qualidade é boa (55%), mas mesmo assim não praticarem a atividade física. Dos entrevistados, 65 (40,6%) deles alegam não conhecer nenhum local perto de casa para a pratica de atividade e 11 se deslocam até Piúma ou vão ao centro de Anchieta praticar atividade física.

Somente nove (5,6%) indivíduos estão insatisfeitos com a qualidade das estruturas dos locais para prática de atividade física na área rural, uma pessoa alega ser insuficiente e 62 (38,8%) deles não se identificaram com nenhuma das opções do questionário.

5.1.4 Das Características Relativas aos Hábitos Alimentares e Tipo de Alimentos Consumidos

Os dados dos hábitos alimentares relativos ao grupo das hortaliças, leguminosas e frutas; óleos, gorduras e açúcares; leite e produtos lácteos; pães, cereais e tubérculos; carne, ovo e embutidos e o grupo das bebidas estão apresentados nas tabelas 7 a 14, e os dados da prática de tabagismo da amostra estão apresentados na tabela 15.

5.1.4.1 Grupo das hortaliças, leguminosas e frutas

As características relativas aos hábitos alimentares foram avaliadas através da mensuração da ingestão de diversos alimentos: alface, acelga, repolho, agrião, rúcula, couve flor, beterraba, cenoura, espinafre, couve, ervilha, milho verde, pepino, tomate, feijão, abacate, abacaxi, laranja, banana, maçã, pera, melão, melancia, mamão e outros (kiwi, ameixa), que estão apresentados na tabela 7 e 8.

Tabela 7 - Dados dos hábitos alimentares (grupo das hortaliças, leguminosas e frutas)

Alimentos do QFA	População Estudada n=160 / 100%
-------------------------	--

	Nunca		Menos de 1 x por mês		1 a 3 x por mês	
	n	%	n	%	n	%
Alface	15	9,4	32	20	26	16,3
Acelga/repolho	50	31,3	40	25	47	29,4
Agrião/rúcula	67	41,9	31	19,4	36	22,5
Couve flor	21	13,1	52	32,5	54	33,8
Beterraba	36	22,5	18	11,3	33	20,6
Cenoura	32	20	22	13,8	17	10,6
Espinafre/couve	62	38,8	31	19,4	42	26,3
Ervilha	38	23,8	38	16,9	58	36,3
Milho verde	38	23,8	28	17,5	39	24,4
Pepino	25	15,6	12	7,5	31	19,4
Tomate	17	10,6	17	10,6	15	9,4
Feijão	12	7,5	4	2,5	0	0
Abacate/abacaxi	52	32,5	37	23,1	47	29,4
Laranja/banana	11	6,9	11	6,9	14	8,8
Maçã/pera	26	16,3	20	12,5	29	18,1
Melão/melancia/mamão	50	31,3	30	18,8	50	31,3
Outros - uva, ameixa, kiwi	101	63,1	37	23,1	19	11,9
Suco de fruta s/ açúcar	60	37,5	31	19,4	25	15,6
Suco de fruta c/ açúcar	20	12,5	9	5,6	8	5

QFA=questionário de frequência alimentar

Fonte: Brena de Castro Costa

Tabela 8 - Dados dos hábitos alimentares (grupo das hortaliças, leguminosas e frutas) (continuação)

Alimentos do QFA	População Estudada							
	n=160 / 100%							
	1 x por semana		2 a 4 x por semana		1x por dia		2 ou mais x por dia	
N	%	n	%	n	%	n	%	
Alface	25	15,6	46	28,8	11	6,9	5	3,1
Acelga/repolho	11	6,9	9	5,6	3	1,9	0	0
Agrião/rúcula	16	10	7	4,4	3	1,9	0	0
Couve flor	22	13,8	11	6,9	0	0	0	0
Beterraba	37	23,1	26	16,3	9	5,6	1	0,6
Cenoura	32	20	51	31,9	6	3,8	0	0
Espinafre/couve	19	11,9	4	2,5	2	1,3	0	0
Ervilha	20	12,5	14	8,8	3	1,9	0	0
Milho verde	27	16,9	25	15,6	3	1,9	0	0
Pepino	40	25	45	28,1	7	4,4	0	0
Tomate	31	19,4	61	38,1	12	7,5	7	4,4
Feijão	32	20	35	21,9	49	30,6	28	17,5
Abacate/abacaxi	18	11,3	3	1,9	3	1,9	0	0
Laranja/banana	31	19,4	54	33,8	27	16,9	12	7,5
Maçã/pera	34	21,3	43	26,9	7	4,4	1	0,6
Melão/melancia/mamão	15	9,4	11	6,9	4	2,5	0	0
Outros - uva, ameixa, kiwi	3	1,9	0	0	0	0	0	0
Suco de fruta s/ açúcar	16	10	21	13,1	5	3,1	2	1,3
Suco de fruta c/ açúcar	32	20	60	37,5	18	11,3	13	8,11

QFA=questionário de frequência alimentar

Fonte: Brena de Castro Costa

Vale destacar que os alimentos básicos da mesa do brasileiro, como alface e tomate são os mais consumidos. Entretanto, o percentual da ingestão desses alimentos é baixo, somente 11 (6,9%) indivíduos comem alface pelo menos uma vez ao dia e 12 (7%) deles consome tomate uma vez ao dia.

O que confirma a não ingestão de hortaliças é o percentual de participantes, 50 (31,3%) deles não consumirem acelga, repolho, 47 (29,4%) dos indivíduos só comem de uma a três vezes ao mês, o agrião e

rúcula nunca são consumidos por 67 (41,9%) pessoas, o espinafre e a couve nunca são consumidos por 62 (38,8%) participantes, o que representa.

Cumprir mencionar que o feijão aparece como destaque sendo consumido uma vez ao dia por 49 (30,6%) indivíduos e duas ou mais vezes por dia por 28 (17,5%) deles.

Em relação ao consumo de frutas, as que se destacam são laranja e banana que são ingeridas por 31 (19,4%) indivíduos uma vez por semana, uma vez ao dia por 27 (16,9%) pessoas e o percentual dos que nunca consomem é baixo (6,9%); 34 (21,3%) indivíduos consomem maçã e pera pelo menos uma vez por semana; melão, mamão e melancia não são bem aceito por eles, visto que 50 (31,3%) indivíduos nunca consomem esses alimentos; outras frutas como kiwi, ameixa, morango, que possuem o custo mais elevado, não são consumidas por 101 (63,1%) dos 160 entrevistados, o que era previsto devido a renda mensal da amostra. O suco com açúcar está presente na vida de 60 dos participantes, pelo menos de duas a quatro vezes na semana, representando 37,5% do total.

5.1.4.2 Grupo dos óleos, gorduras e açúcares

As características relativas aos hábitos alimentares foram avaliadas através da mensuração da ingestão de diversos alimentos (batata chips - salgadinho, sorvete, achocolatado em pó, pipoca, açúcar adicionado, sanduíche, cachorro quente, salgado frito, salada de maionese, farofa, pizza, maionese tradicional, manteiga-margarina, azeite de oliva), que estão apresentados na tabela 9 e 10.

Tabela 9 - Dados dos hábitos alimentares (grupo dos óleos, gorduras e açúcares)

Alimentos do QFA	População Estudada					
	n=160 / 100%					
	Nunca		Menos de 1 x por mês		1 a 3 x por mês	
	n	%	n	%	n	%
Batata chips-salgadinho	35	21,9	31	19,4	41	25,6
Sorvete	49	30,6	55	34,4	39	24,4
Achocolatado em pó	33	20,6	11	6,9	25	15,6
Pipoca	54	33,8	43	26,9	36	22,5
Açúcar adicionado	16	10	3	1,9	1	0,6
Sanduíche/Cachorro quente	16	10	30	18,8	38	23,8
Salgado frito	15	9,4	29	18,1	28	17,5
Salada de maionese	14	8,8	37	23,1	54	33,8
Farofa	22	13,8	10	6,3	6	3,8
Pizza	53	33,1	58	36,3	35	21,9
Maionese tradicional	26	16,3	43	26,9	34	21,3
Manteiga /Margarina	21	13,1	7	4,4	3	1,9
Azeite de oliva	107	66,9	24	15	4	2,5

QFA=questionário de frequência alimentar

Fonte: Brena de Castro Costa

Tabela 10 - Dados dos hábitos alimentares (grupo das óleos, gorduras e açúcares) (continuação)

Alimentos do QFA	População Estudada							
	n=160 / 100%							
	1 x por semana		2 a 4 x por semana		1x por dia		2 ou mais x por dia	
N	%	n	%	n	%	n	%	
Batata chips-salgadinho	29	18,1	15	9,4	4	2,5	5	3,1
Sorvete	14	8,8	1	0,6	2	1,3	0	0
Achocolatado em pó	26	16,3	37	23,1	13	8,1	15	9,4
Pipoca	17	10,6	8	5	0	0	2	1,3
Açúcar adicionado	26	16,3	43	26,9	39	24,4	32	20
Sanduíche/Cachorro quente	48	30	27	16,9	1	0,6	0	0
Salgado frito	26	16,3	44	27,5	14	8,8	4	2,5
Salada de maionese	43	26,9	10	6,3	2	1,3	0	0
Farofa	36	22,5	54	33,8	24	15	8	5
Pizza	12	7,5	2	1,3	0	0	0	0
Maionese tradicional	29	18,1	11	6,9	7	4,4	10	6,3
Manteiga /Margarina	18	11,3	39	24,4	43	26,9	29	18,1
Azeite de oliva	3	1,9	6	3,8	8	5	8	5

QFA=questionário de frequência alimentar

Fonte: Brena de Castro Costa

No grupo dos óleos, gorduras e açúcares, o açúcar adicionado as preparações está presente uma vez por dia na rotina de 39 (24,4%) participantes e na vida de 32 (20%) deles duas ou mais vezes ao dia. O achocolatado em pó é consumido por 37 (23,1%) indivíduos duas a quatro vezes por semana.

O sorvete, a pipoca, a pizza não são muito consumidos porque não são encontrados na região rural, representando, respectivamente, os percentuais 30,6%, 33,8% e 33,1%, da opção nunca consomem.

Já a fritura (salgado frito) é consumida com frequência, 44 (27,5%) indivíduos consomem de duas a quatro vezes por semana, 26 (16,3%) uma vez por semana e 14 (8,8) pelo menos uma vez por dia.

Como destaque, as frequências observam o consumo de farofa, no qual 54 (33,8%) participantes da amostra consomem de duas a quatro vezes por semana, 36 (22,5%) pessoas uma vez por semana e 24 (15%) deles uma vez por dia, somente 22 (13,8%) nunca consomem e a ingestão de manteiga e margarina, no qual 29 (18,1%) dos indivíduos consomem duas ou mais vezes por dia, 43 (26,9%) deles uma vez ao dia, 39 (24,4%) das pessoas consomem de duas a quatro vezes na semana e somente 21 (13,1%) indivíduos nunca consomem.

5.1.4.3 Grupo do leite e produtos lácteos

As características relativas aos hábitos alimentares foram avaliadas através da mensuração da ingestão de diversos alimentos (leite integral, leite desnatado, leite fermentado, derivados do leite - queijo, requeijão), que estão apresentados na tabela 11.

Tabela 11 - Dados dos hábitos alimentares (grupo do leite e produtos lácteos)

Alimentos do QFA	População estudada													
	n=160 / 100%													
	Nunca		Menos 1 x por mês		1 a 3 x por mês		1 x por semana		2 a 4 x por semana		1 x por dia		2 ou mais x por dia	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Leite integral	48	30	21	13,1	14	8,8	21	13,1	31	19,4	12	7,5	13	8,1
Leite desnatado	66	41,3	33	20,6	30	18,8	13	8,1	7	4,4	10	6,3	1	0,6
Leite fermentado	69	43,1	31	19,4	49	30,6	9	5,6	1	0,6	1	0,6	0	0
Outros - queijo, requeijão	32	20	24	15	37	23,1	32	20	25	15,6	8	5	2	1,3

QFA= questionário de frequência alimentar

Fonte: Brena de Castro Costa

No que se refere ao consumo de leite e derivados é apontado como um resultado inesperado, uma vez que, muitos trabalhadores rurais tem acesso direto ao leite da vaca.

Dos 160 participantes, 30% nunca ingerem o leite integral, 41,3% nunca consomem o leite desnatado e ainda maior, 43,1% nunca tomam o leite fermentado. Somente 12 (7,5%) dos participantes ingerem leite integral uma vez ao dia.

Em relação ao leite desnatado, 30 (18,8%) indivíduos consomem o leite uma a três vezes ao mês e 49 (30,6%) deles ingerem o leite fermentado na mesma frequência.

Em relação aos produtos lácteos, como queijo, requeijão, 32 (20%) indivíduos consomem uma vez por semana, em contrapartida o mesmo percentual nunca consome; 37 (23,1%) pessoas alegaram comer com pouca frequência, somente de uma a três vezes ao mês.

5.1.4.4 Grupo dos pães, cereais e tubérculos

As características relativas aos hábitos alimentares foram avaliadas através da mensuração da ingestão de diversos alimentos (arroz cozido, macarrão, pão francês, pão caseiro), que estão apresentados na tabela 12.

Tabela 12 - Dados dos hábitos alimentares (grupo dos pães, cereais e tubérculos)

Alimentos do QFA	População estudada n=160 / 100%													
	Nunca		Menos 1 x por mês		1 a 3 x por mês		1 x por semana		2 a 4 x por semana		1 x por dia		2 ou mais x por dia	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Arroz cozido	0	0	3	1,9	3	1,9	30	18,8	49	29	38	22,5	37	21,9
Macarrão	3	1,9	3	1,9	11	6,9	47	29,4	70	43,8	21	13,1	5	3,1
Pão francês /caseiro	8	5	8	5	12	7,5	36	22,5	59	36,9	28	17,5	9	5,6

Fonte: Brena de Castro Costa

Na tabela 12 é exposto que o grupo dos pães, cereais e tubérculos faz parte do dia a dia da amostra. Somente três (1,9%) dos participantes nunca consomem macarrão e 5% nunca comem pão francês e caseiro. Todos os participantes (100%) alegaram consumir arroz.

Dos 160 participantes, 49 (30,6%) consomem arroz pelo menos uma vez por semana, 38 (23,8%) de duas a quatro vezes por semana e 37 (23,1%) consomem o carboidrato duas ou mais vezes por dia.

O macarrão se destaca devido a 70 (43,8%) indivíduos consumi-lo de duas a quatro vezes por semana e 47 (29,4%) pelo menos uma vez por semana.

O pão (francês e caseiro) também merece destaque: 59 (36,9%) indivíduos consomem esse carboidrato de duas a quatro vezes por semana e 36 (22,5%) consomem pelo menos uma vez por semana.

5.1.4.5 Grupo da carne, ovos e embutidos

As características relativas aos hábitos alimentares foram avaliadas através da mensuração da ingestão de diversos alimentos (carne cozida, carne frita, ovo frito, embutidos), que estão apresentados na tabela 13.

Tabela 13 - Dados dos hábitos alimentares (grupo das carnes, ovos e embutidos)

Alimentos do QFA	População estudada n=160 / 100%													
	Nunca		Menos 1 x por mês		1 a 3 x por mês		1 x por semana		2 a 4 x por semana		1 x por dia		2 ou mais x por dia	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Carne cozida	5	3,1	20	12,5	23	14,4	35	21,9	41	25,6	32	20	4	2,5
Carne frita	1	0,6	5	3,1	6	3,8	31	19,4	81	50,6	30	18,8	6	3,8
Ovo frito	0	0	3	1,9	7	4,4	16	10	65	40,6	41	25,6	28	17,5
Embutidos	21	13,1	40	25	50	31,3	35	21,9	14	8,8	0	0	0	0

Fonte: Brena de Castro Costa

No que diz respeito ao consumo de proteína, destaca-se a ingestão de fritura. A carne frita é consumida com maior frequência pelos participantes: 81 (50,6%) consomem de duas a quatro vezes por semana e 30 (18,8%) pelo menos uma vez por dia. Dos 160 entrevistados, 65 (40,6%) consomem ovo frito duas a quatro vezes por semana.

O ovo frito está presente no prato de 41 (25,6%) indivíduos uma vez por dia. Trata-se de uma opção barata e prática de preparar. Além disso, 28 (17,5%) dos participantes ingerem ovo duas ou mais vezes por dia.

A carne cozida também aparece na mesa dos participantes, sendo que 32 (20%) deles ingerem esse tipo de carne pelo menos uma vez por dia e 41 (25,6%) pelo menos duas a quatro vezes por semana.

Somente 3,7% dos indivíduos alegaram nunca consumir carne e 21 (13,1%) indivíduos nunca consumiu embutidos, como salsicha, linguiça, salame, presunto, mortadela, entre outros.

5.1.4.6 Grupo das bebidas

As características relativas aos hábitos alimentares foram avaliadas através da mensuração da ingestão de diversos alimentos: refrigerante, suco artificial, chá e café. (Tabela 14)

Tabela 14 - Dados dos hábitos alimentares (grupo das bebidas)

Alimentos do QFA	População estudada n=160 / 100%													
	Nunca		Menos 1 x por mês		1 a 3 x por mês		1 x por semana		2 a 4 x por semana		1 x por dia		2 ou mais x por dia	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Refrigerante	7	4,4	2	1,3	15	9,4	38	23,8	56	35	30	18,8	12	7,5
Suco artificial	27	16,9	16	10	26	16,3	42	26,3	29	18,1	17	10,6	3	1,9
Chá / Café	15	9,4	4	4	0	0	26	16,3	40	25	35	21,9	40	25

Fonte: Brena de Castro Costa

Na tabela 14, as frequências observam que 56 indivíduos, o que representa (35%) da amostra, bebem refrigerante duas a quatro vezes por semana, 38 (23,8%) ingerem esse líquido pelo menos uma vez por semana, 30 (18,8%) participantes bebem refrigerante uma vez por dia e 12 (7,5%) deles bebem duas ou mais vezes ao dia. Fator que chama atenção, principalmente por ser tratar de uma população rural.

Já o suco artificial é consumido em menos frequência, destacando que 27 (16,9%) pessoas nunca consomem esse produto.

Em relação ao consumo de café e chá, o percentual da ingestão desses produtos merece destaque: 40 (25%) participantes ingerem essa bebida duas ou mais vezes por dia, 35 (21,9%) tomam uma vez por dia, 40 dos 160 da amostra ingerem duas a quatro vezes por semana, representando 25% do total e 26 (16,3%) deles consomem, pelo menos, uma vez por semana.

5.1.5 Das Características Relativas aos Hábitos de Tabagismo da Amostra

As características relativas à prática do tabagismo foram avaliadas através da mensuração do uso do cigarro, que estão apresentados na tabela 15.

Tabela 15 - Dados da prática do tabagismo

Prática do tabagismo	População estudada n=160 / 100%	
	n	%
Fumante	26	16,3
Não fumante	134	83,8

Fonte: Brena de Castro Costa

A tabela 15 mostra que 26 dos participantes são fumantes, o que representa 16,3% da amostra e 134 (83,8%) não são fumantes.

Alguns relataram ser ex-fumantes e outros fumantes passivos, o que não foi avaliado no presente estudo.

5.2 DAS CORRELAÇÕES MÚLTIPLAS REALIZADAS

Foram realizadas correlações entre as variáveis analisadas. No entanto, para cumprimento dos objetivos, serão apontadas as que merecem destaque (IMC, CC, fumo, prática de atividade física e hábitos alimentares).

5.2.1 Das Correlações do IMC e CC com os Dados Sociodemográficos

Nas tabelas 16, 17 e 18, as múltiplas correlações realizadas utilizaram a comparação não paramétrica de Spearman para obtenção de correlações positivas e negativas, utilizando o pacote estatístico SPSS 17.0 com índice de significância maior que 95% e o valor de P menor que 0,05. Os achados relativos a essas tabelas serão descritos na sequência.

As características relativas às correlações dos dados nutricionais (IMC e CC) e dados sociodemográficos estão apresentadas na tabela 15.

Tabela 16 - Correlações dos dados nutricionais por meio de medidas antropométricas relativas a dados sociodemográficos

Medidas antropométricas	População Estudada n=160 / 100%				
	Renda	Escolaridade	Acesso TV	Acesso Internet	Automóvel
IMC	NS	NS	NS	NS	NS
CC	NS	NS	* - 0,033	NS	NS

NS= não significante; * correlação significante < 0,05; ** correlação muito significante < 0,01; (-) correlação negativa; (+) correlação positiva.

Fonte: Brena de Castro Costa

Na tabela 16, a CC teve correlação negativa com o acesso a TV. Isso significa que há uma correlação inversamente proporcional entre ambos,

ou seja, quanto maior a CC menor é o acesso a TV e quanto maior é o acesso a TV menor é a circunferência abdominal.

5.2.2 Das Correlações do IMC e CC com à Prática de Atividade Física

As características relativas às correlações dos dados nutricionais (IMC e CC) e prática de prática de atividade física estão apresentadas na tabela 16.

Tabela 17 - Correlações dos dados nutricionais por meio de medidas antropométricas relativas à prática de atividade física

Medidas antropométricas	População Estudada n=160 / 100%		
	Prática de atividade física	Local perto de casa	Qualidade das estruturas
IMC	NS	NS	NS
CC	NS	NS	NS

NS= não significante; * correlação significante < 0,05; ** correlação muito significante < 0,05

Fonte: Brena de Castro Costa

Os dados da tabela 17 mostram que não houve correlação das medidas antropométricas IMC e CC com a prática de atividade física, com o local para a prática e com a qualidade das estruturas desses locais na área rural de Anchieta.

5.2.3 Das Correlações do IMC e CC com à Prática do Tabagismo e Hábitos Alimentares

As características relativas às correlações dos dados nutricionais (IMC e CC), prática de tabagismo e hábitos alimentares estão apresentadas na tabela 18.

Tabela 18 - Correlações dos dados nutricionais por meio de medidas antropométricas relativas à prática do tabagismo e hábitos alimentares

Medidas antropométricas	População Estudada N=160 / 100%				
	Tabaco	Consumo de Legumes	Consumo de Peixe	Consumo de Frutas	Consumo de Doce
IMC	*+0,018	NS	NS	NS	NS
CC	NS	*+0,028	*+0,048	NS	NS

IMC=índice de massa corporal; CC=circunferência da cintura;
NS= não significante; * correlação significativa < 0,05; (+) correlação positiva
Fonte: Brena de Castro Costa

Na tabela 18 o IMC teve correlação positiva com o tabaco. Isto é, quanto a maior o IMC maior a prática de tabagismo ou quanto menor o IMC menor é a prática de tabagismo, sendo uma relação diretamente proporcional.

O mesmo se repete na correlação da CC do presente estudo com o consumo de legumes. É uma correlação positiva, diretamente proporcional. De acordo com os achados, quanto maior a CC maior o consumo de legumes ou quanto menor a CC menor é o consumo de legumes.

Em se tratando da correlação da CC com o consumo de peixe, encontramos também uma correlação positiva, diretamente proporcional. Portanto, quanto maior a CC maior é o consumo de peixe e quanto menor a CC menor é consumo de peixe.

5.3 DAS AÇÕES PROPOSTAS COM BASE NOS PRINCIPAIS RESULTADOS

- a) Excesso de peso e obesidade
- b) Excesso de gordura localizada nas regiões da cintura e do braço
- c) Inatividade física
- d) Nível baixo de escolaridade
- e) Baixa renda da família
- f) Déficit de informações sobre alimentação saudável
- g) Consumo de carne com gordura visível
- h) Ingestão excessiva de refrigerante
- i) Não consumo de legumes e hortaliças
- j) Alimentação não balanceada: maior consumo de arroz, macarrão e pão do que os outros alimentos.

A partir desses resultados, serão propostas políticas sociais voltadas para o desenvolvimento da população rural de Anchieta que serão abordadas na discussão do item 6.6.

6 DISCUSSÃO

É necessário texto

6.1 DAS CARACTERÍSTICAS SOCIAIS DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD - 1998/2003) e da Pesquisa Mundial em Saúde (2003) corroboram precariedades socioeconômicas relacionadas ao estado de saúde da população. Relação evidenciada no presente estudo, onde 106 indivíduos apresentam excesso de peso e obesidade (DACHS e SANTOS, 2002; SANTOS et al., 2006).

Do total de indivíduos do presente estudo, 93 não quiseram informar a renda mensal, por se sentirem envergonhados, alegando que é muito baixa, 37 afirmaram que suas famílias tem renda mensal em torno de um a três salários mínimos por mês. Dos 160 estudados, 123 são casados, chefes de família, que precisam garantir o sustento em suas casas.

Os resultados do estudo de Santos (2011), sobre o excesso de peso e autoavaliação do estado de saúde, em 17 capitais brasileiras e no distrito federal no período de 2002/2003, apontam uma relação entre autoavaliação do estado de saúde segundo variáveis sociodemográficas na população brasileira, o que vem a corroborar com os dados encontrados pela PNAD em 1998/2003 e evidenciar a relação das características sociodemográficas com o estado de saúde da população rural de Anchieta.

Pela falta de oportunidade e pela situação econômica, a área rural de Anchieta é marcada pela antiga tradição das mulheres serem donas de casa. A amostra estudada é caracterizada, em sua maioria, pelo sexo feminino: 109 (68,1%) são mulheres e 79 (49,9%) delas são donas de casa. A partir dessas características surgem os questionamentos: quais estratégias essas mulheres utilizam para lidar com a situação de pobreza na qual se encontram (um a três salários mínimos por mês para a família)? Quais seriam suas expectativas de vida frente ao futuro? Como essas pessoas terão um estado de saúde e nutricional adequados se não

possuem o mínimo adequado para a sua sobrevivência? (COUTINHO, 2005).

Szwarcwald et al. (2004), utilizando dados da Pesquisa Mundial de Saúde, realizada no Brasil em 2003, confirmam o aumento de evidência sobre a relação entre saúde e nível socioeconômico usando características individuais, como escolaridade, renda, os quais têm promovido o acompanhamento de desigualdades socioeconômicas, tornando-se um importante componente da avaliação do estado de saúde. Os achados em Anchieta vêm a corroborar a relação entre o nível sociodemográfico e escolaridade, por exemplo.

Foi observado na comunidade rural de Anchieta que 37,5% dos participantes estudaram até a 8ª série, 8,1% possuem o ensino médio e 30 deles, o que representa 18,8%, estudaram somente até a 4ª série do primário, e sem perspectiva para irem adiante. Muitos relataram que não possuem escolas que atendam suas necessidades na área rural tendo que se deslocar para o centro da cidade.

O que vem a comprovar essa relação são aos achados de Morimoto et al. (2008), no estudo sobre a qualidade da dieta de adultos residentes na região metropolitana de São Paulo, que indivíduos com escolaridade mais elevada tendiam a apresentar maior conhecimento para aquisição de alimentos, aumentando a variedade da dieta através do consumo de, principalmente, frutas e hortaliças.

Em se tratando da renda, Brasil (2006) afirma que o apoio e o fomento aos agricultores familiares e às cooperativas para a produção e a comercialização de produtos saudáveis, como leguminosas e grãos, são importantes alternativas, não somente para a melhoria da qualidade da alimentação, mas também para estimular geração de renda em pequenas comunidades, como é o caso da área rural de Anchieta. São essenciais na manutenção da qualidade de vida da população, além de sinalizar para a integração com as políticas de produção de alimentos. Afirmações que evidenciam a seguinte dúvida: Será que os agricultores familiares de

Anchieta estão sendo apoiados para a produção de produtos saudáveis e para geração de renda na região?

O estudo de Perkkaniemi (1995), sobre os padrões alimentares do mundo, leva à reflexão sobre alguns aspectos importantes que interferem nos padrões de consumo dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, como as condições climáticas, costumes religiosos e educação alimentar. Assim como Brasil (2006), que deixa claro que a melhoria econômica é fator preponderante na mudança de padrões de consumo. Diante das evidências, surgem mais alguns questionamentos: Como reverter a situação econômica local para melhoria do estado de saúde da população rural de Anchieta? As políticas públicas em benefício da educação alimentar estão sendo colocadas em prática na comunidade?

Outros autores partem do mesmo princípio de que os fatores sociodemográficos são determinados pelas condições naturais do clima e solo, história, mídia, cultura, políticas e práticas econômicas e comerciais presentes no local. Para alguns autores, esses hábitos fazem parte da cultura e do poder econômico de um povo, além de serem de suma importância para a análise do comportamento alimentar de determinado grupo populacional. Em se tratando de poder econômico, como anda a situação econômica de Anchieta? E quais investimentos têm sido feitos na área rural do município? (BOURGUERS, 1998; PHILIPPI et al., 1999).

Além da baixa renda e do nível de escolaridade, o crescimento demográfico, a industrialização e a urbanização do meio rural, mudam o estilo de vida, favorecendo o sedentarismo, a restrição da necessidade de gasto de energia para as atividades diárias e para o trabalho, além de facilitar o consumo de alimentos prontos e de alta densidade energética, aumentando os problemas de saúde como a obesidade, a hipertensão e alguns tipos de câncer (Comissão Nacional dos Estados Unidos, 1992). (BOURGUERS, 1998; PHILIPPI et al., 1999).

Tal fato evidencia as seguintes dúvidas: O meio rural de Anchieta está preparado para receber tantas modificações de um processo acelerado

como a urbanização e industrialização? Políticas públicas estão sendo implementadas nessas comunidades para fortalecer o comércio local? Como acompanhar tal desenvolvimento com a renda mensal existente? (BOURGUERS, 1998; PHILIPPI et al., 1999).

O Estado, por intermédio de suas políticas públicas, tem a responsabilidade de estimular mudanças socioambientais, em nível coletivo, para favorecer as escolhas saudáveis. A responsabilidade dividida entre sociedade, setor produtivo privado e setor público é o caminho para a construção de modos de vida que tenham como objetivo principal a promoção da saúde e a prevenção das doenças. Assim, é objetivo da PAS ampliar e fomentar a autonomia decisória dos indivíduos e grupos, por meio do acesso à informação para a escolha e adoção de práticas alimentares saudáveis. E essas são justamente as necessidades da população do presente estudo, promoção da saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2005).

Diante das responsabilidades do Estado evidenciadas pelo Ministério da Saúde, surge a seguinte pergunta: Onde estão sendo aplicadas essas Políticas Públicas na área rural do município de Anchieta? Trata-se de uma comunidade carente de informações sobre a prática de alimentação saudável, onde mais de 50% alegam não ter acesso a orientações sobre o tipo de alimento que deve ser consumido, os horários corretos das refeições, quais alimentos são mais calóricos, entre outros. A data de validade do alimento nem sequer é olhada por 44 dos entrevistados e 116 olham às vezes, quando estão com tempo. Os mesmos não tem conhecimento dos perigos desencadeados por um alimento fora do prazo de consumo, olham somente os preços. Será que não faltam investimentos financeiros em prol da qualidade de vida dessa população? (BRASIL, 2005).

O que se pode perceber é que o conjunto sociodemográfico (renda, escolaridade, clima, acesso a tecnologia) são determinantes primordiais na qualidade de vida da população. Essas características individuais somadas ao meio encontrado na área rural de Anchieta chama a atenção no sentido

de medidas preventivas e curativas. É notório que a população está esquecida, necessitando de investimentos na educação, nos comércios geradores de renda para a região, na educação alimentar e no desenvolvimento econômico em geral (WIMMER e FIGUEIREDO, 2006).

6.2 DAS CARACTERÍSTICAS RELATIVAS À ATIVIDADE FÍSICA DA AMOSTRA

A inatividade física é considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública do século XXI. Além de atuar na prevenção de DCNT, a atividade física representa um componente importante para um estilo de vida saudável e para promoção da saúde (WORLD..., 2010). Fator alarmante nos achados do presente estudo, onde 152, quase 100% da amostra, não praticam atividade física de forma nenhuma, nem mesmo uma caminhada.

A estratégia global da OMS recomenda que os indivíduos adotem níveis adequados de atividade física durante toda a vida. A atividade física pode ser definida como qualquer movimento realizado pelo sistema esquelético com gasto de energia, o que não se confunde com o exercício físico, que é uma categoria da atividade física definida como um conjunto de movimentos físicos repetitivos planejados e estruturados para melhorar o desempenho físico (WORLD..., 2004). A realização de pelo menos 30 minutos de atividade física (podendo ser formal ou de lazer), realizada pelo menos três vezes na semana, em que haja um dispêndio total de 700 a 1.000kcal (quilocalorias) por semana, tem sido proposta para a manutenção da saúde e prevenção de uma grande variedade de doenças crônicas. Tal fato revela a importância do incentivo à prática de atividade na comunidade rural de Anchieta (PATE et al., 1995).

Relacionando a recomendação da OMS dos níveis de atividade física para a vida toda e da recomendação de pelo menos 30 minutos física proposta por Pate et al. (1995), pode-se destacar que o grupo estudado não cumpre essa regra. Diante da faixa etária do grupo estudado (20 a 59 anos) surge

uma curiosidade: o que leva esse grande percentual (95%) da população rural de Anchieta a não praticar atividade física? A situação econômica relatada no capítulo anterior influencia diretamente na inatividade física dessa população? (PATE et al., 1995).

Segundo a população entrevistada, 65 (40,6%) indivíduos não conhecem os locais que possam ser utilizados para a prática do exercício, 73 (45,6%) utilizam a quadra local para realizar caminhada, jogar futebol, entre outros e 11 (6,9%) se deslocam até Piúma ou ao Centro de Anchieta. A afirmação de que a qualidade das estruturas de locais, como a quadra, é boa, foi relatada por 88 (55%) dos participantes. A maior insatisfação é a falta de Serviços de Orientação a Educação (SOE) na região. Esse serviço oferece aulas gratuitas de alongamento, ioga, hidroginástica, ginástica localizada, caminhada e dança. As aulas são ministradas por professores e estagiários de educação física em módulos instalados em parques, praças e outros espaços públicos (MINISTÉRIO..., 2009).

Diante dessa insatisfação e dos dados já apresentados pelo Projeto CARMEN, realizado em Anchieta, em 2011, pela Organização Pan-Americana de Saúde, onde somente 13% da população rural praticava atividade física, surge à pergunta: Há políticas públicas agindo no incentivo da prática de atividade física na área rural de Anchieta? (MINISTÉRIO..., 2010)

A relação da ascensão da obesidade com redução do nível de atividade física refere-se às mudanças nas ocupações do dia a dia e nos processos de trabalho com redução do esforço físico. As atividades de lazer, que passaram de atividades de alto gasto energético, como práticas esportivas, para longos períodos diante da televisão ou computador; o uso dos equipamentos domésticos, como a máquina de lavar roupa e o uso de automóvel; veículo para o deslocamento. Características que se refletem no presente estudo onde 76 (47,5%) pessoas afirmaram ficar em frente à TV por uma a três horas do seu dia e 42 (26,3%) delas passam de quatro a cinco horas do seu dia em frente à televisão (MENDONÇA e ANJOS, 2004).

Dados da II Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição, realizada em 1997, com amostra representativa do estado de Pernambuco, destacou a relação da prática de atividade física com prevalência de excesso de peso no sexo masculino e feminino de 34,2% e 43%, respectivamente. Em Recife, dados provenientes do estudo realizado por inquérito telefônico, em 2006, revelam que o excesso de peso esteve presente em 43,3% da população (MOURA et al., 2008).

Dados que coincidem com os achados do presente estudo, onde a obesidade e o sobrepeso aparecem em destaque no presente estudo, cujo 65 dos 160 participantes, o que representa 40,6% da amostra estão com excesso de peso (pré-obesos) e 41 (25,6%) já são classificados como obesos. Em relação à CC a gordura excessiva também é bastante preocupante, 76 (47,5%) deles apresentaram risco elevado para as doenças cardiovasculares e 54 (33,8%) já desenvolveram um risco muito elevado (WORLD..., 1998) e a não prática de atividade física é representada por quase 100% da amostra.

Outros achados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por Costa et al. (2003) que investigaram o nível de atividade física dos funcionários técnico administrativos de uma universidade localizada no Estado do Rio de Janeiro, detectando que a inatividade física foi altamente prevalente, tanto homens quanto em mulheres.

Os achados de Mello, Fernandes e Tufik (2000), sobre o levantamento epidemiológico da prática de atividade física na cidade de São Paulo (SP), também vem a corroborar com os achados anteriores. Segundo os autores, a baixa porcentagem das pessoas que se exercitam regularmente e que constam com a supervisão de um profissional capacitado é uma fonte de preocupação. Para eles, um dos motivos relacionados a não prática de atividade física é a situação econômica do indivíduo. O que vem a comprovar a relação da baixa renda da população rural de Anchieta com o percentual de sedentários (95%).

A OMS (2007) estima que o sedentarismo seja responsável, anualmente, no mundo, por 1,9 milhões de mortes. Assim, programas de incentivo para o aumento da prática de atividade física, particularmente entre os segmentos populacionais com maiores prevalências de sedentarismo, como é o caso de Anchieta, representa hoje uma das principais políticas de saúde pública. Os vários achados mencionados só vêm a evidenciar essa necessidade (ORGANIZAÇÃO..., 2007).

6.3 DAS CARACTERÍSTICAS RELATIVAS AOS HÁBITOS ALIMENTARES E ALIMENTOS CONSUMIDOS DA AMOSTRA

Das características subdividas nos seguintes grupos: grupo das hortaliças, leguminosas e frutas; grupo dos óleos, gorduras e açúcares; grupo do leite e produtos lácteos; grupo dos pães, cereais e tubérculos; grupo da carne, ovo e embutidos e o grupo das bebidas.

6.3.1 Grupo das Hortaliças, Leguminosas e Frutas

Com base nas informações coletadas na Pesquisa Mundial de Saúde, realizada pela OMS em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, Jaime e Monteiro (2005) estimaram a frequência e a distribuição do consumo de frutas, legumes e verduras entre a população brasileira, verificando que menos da metade (41%) dos indivíduos adultos consome frutas diariamente e menos de um terço da população (30%) relata o consumo diário de hortaliças. O consumo de frutas e hortaliças é maior nas áreas urbanas do que nas áreas rurais e aumenta com a escolaridade do indivíduo.

Dados que se assemelham aos achados do presente estudo, onde somente 11% dos indivíduos relataram consumir alface e tomate uma vez por dia, as outras hortaliças como acelga, couve, couve flor, agrião, raramente são consumidas, o espinafre e a couve não são consumidos por

62 participantes, o que representa 38,8% da amostra. Em relação ao consumo de frutas o resultado também é semelhante. As frutas que são mais consumidas são laranja e banana, que são ingeridas uma vez ao dia por 27 participantes. As outras frutas, como melão, mamão não são bem aceitas. Kiwi, ameixa, morango nunca são consumidos, pelo custo elevado.

Dados que se assemelham também aos achados do Projeto CARMEN, realizado em Anchieta com apoio da Organização Pan-Americana de Saúde, nos anos 2010 e 2011, que revelou mais da metade da população, sendo o predomínio na área rural, além da falta de atividade física, o baixo consumo de frutas e hortaliças, somente 14% da população revelou consumir frutas e hortaliças regularmente (MINISTÉRIO..., 2010).

Mais um estudo que coincide com o presente estudo e com os resultados do Projeto CARMEN, são os achados de Federmann (1994) que investigou o consumo de fibras em indivíduos diabéticos e verificou que 92% deles apresentaram ingestões abaixo das recomendações. Além disso, outros estudos utilizando os dados do ENDEF (1994) registraram que a dieta da população de três capitais, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, apresentaram baixo consumo de fibras alimentares (IBGE, 1994).

O estudo de Caroba (2007), sobre a disponibilidade de energia e nutrientes e participação dos grupos de alimentos no valor energético total (VET), nos domicílios rurais e urbanos das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, encontrou resultado semelhante relacionado à ingestão de vitaminas e minerais. Famílias pesquisadas na Região Sudeste do Brasil não apresentam o hábito de incluir frutas, legumes e verduras diariamente na alimentação. Segundo o autor esses alimentos são abundantes no Brasil, mas estão deixando de serem consumidos pelo fato da mudança de hábitos de vida que só aumenta com o passar dos dias. Característica presente no município de Anchieta, especialmente na área rural. O avanço tecnológico, a urbanização e industrialização trouxeram novos hábitos e costumes para população (SILVA e NAVES, 2001).

Diante desses achados que evidenciam a baixa ingestão de frutas e hortaliças, surge o seguinte questionamento: Será que o Estado, mediante políticas públicas, está agindo para que essa deficiência não se dissemine ainda mais? A não ingestão desses alimentos pode acarretar deficiência de vitaminas, minerais e fibras no organismo. Dentre elas, a vitamina C, uma vez que 90% dessa vitamina é proveniente das frutas e vegetais, como couve, brócolis. Entre as frutas com elevado teor de vitamina C, destacam-se, além das frutas cítricas (laranja, limão e tangerina), acerola e goiaba (CARDOSO, 2006).

Além disso, o baixo consumo de vegetais verdes folhosos (como brócolis e espinafre), alimentos considerados boas fontes de ácido fólico, também pode comprometer a disponibilidade de vitamina A na dieta (SILVA e NAVES, 2001). E a presença de fibras em quantidades insuficientes na alimentação, por um período longo de tempo, pode contribuir para o aparecimento de doenças crônicas, como: constipação intestinal (prisão de ventre), doenças cardiovasculares e câncer de intestino. A recomendação diária de fibras deve ser de 25 a 30 gramas por dia para um adulto saudável (ou cerca de 6g/1000 cal), com um máximo de 35g, porém se ingeridas em excesso, podem vir a interferir na absorção de outros nutrientes como cálcio e zinco, principalmente em crianças e idosos (MATTOS e MARTINS, 2000).

Dado positivo encontrado no presente estudo é o consumo de feijão pela grande maioria, somente 12 deles (7,5%) alegaram não consumir a leguminosa, 49 consomem pelo menos uma vez por dia e 28 alegaram consumir duas ou mais vezes por dia. No Brasil, se a dieta tradicional como feijão, que é uma das principais fontes de ácido fólico, fosse à base da alimentação e considerando-se que o conteúdo de ácido fólico do feijão preto cozido é de 25mg, seria possível atingir as recomendações diárias só com a dieta (SICHIERI et al., 2000).

Dados semelhantes ao consumo de feijão encontrado na área rural de Anchieta são os achados de Mattos e Martins (2000), que avaliaram o consumo alimentar de 559 adultos residentes no município de Cotia (SP), e

observaram que o feijão foi o único alimento com alto teor de fibras na dieta habitual, presente no almoço e no jantar.

No estudo de Silva e Pinto (2008), foi constatado que o feijão supria o total de fibras em 57,5% no total da refeição. Resultado semelhante foi encontrado por Marinho, Hamann e Lima (2007), onde o feijão obteve um alto consumo (71,2%) entre a população estudada, o que corrobora com os achados do presente estudo.

De acordo com informações do Guia Alimentar para a População Brasileira, a alimentação diária deve conter três porções provenientes do grupo de verduras e legumes, o que equivale a cerca de 45 kcal, quando se considera uma dieta de 2000 Kcal (2,25% de contribuição para o VET). Para as leguminosas essa recomendação é uma porção diária (55 Kcal ou 2,75% de contribuição no VET) e três porções provenientes do grupo das frutas, o que equivale a cerca de 210 kcal, quando se considera uma dieta de 2.000 Kcal (11% de contribuição para o VET) (MINISTÉRIO..., 2006).

Em se tratando dos achados encontrados na área rural de Anchieta, os participantes não atingem as recomendações informadas pelo Ministério da Saúde. As verduras e os legumes só são consumidos uma vez por dia, por 11 participantes. O feijão é que o mais se enquadra nas recomendações, sendo consumido diariamente por 77 participantes. E em se tratando do consumo de frutas, somente 12 participantes alegaram consumir laranja ou banana duas ou mais vezes por dia (BRASIL, 2006a).

6.3.2 Grupo dos Óleos, Gorduras e Açúcares

As gorduras são importantes fontes de energia para o corpo, além de ter papel fundamental no crescimento e restauração das células e para o transporte e absorção de algumas vitaminas. Mas vale destacar que temos que optar pelo tipo saudável de gordura, as chamadas insaturadas e consumir somente o recomendado. Os dados do estudo da área rural de Anchieta revelam que os participantes não possuem o hábito de consumir

alimentos como chips, sorvete, sanduíche, cachorro quente, entre outros. O consumo está entre uma vez por semana e de uma a três vezes por mês (MAHAN e ESCOTT-STUMP, 2002).

Em compensação, as frituras aparecem com frequência, onde 44 dos participantes consomem salgado frito de duas a quatro vezes por semana e 26 deles uma vez por semana. Sendo que 63 participantes, o que representa 43,1% da amostra, prepara o alimento utilizando manteiga ou banha animal.

O consumo excessivo de alimentos com alto teor de gordura está associado ao crescimento e ao risco de incidência de várias doenças. Devido à densidade energética da gordura, quando as dietas de populações sedentárias contêm mais de 25% de gordura, as pessoas tendem a ter excesso de peso ou obesidade (WORLD..., 2000). Característica verificada na população estudada: população sedentária associada à ingestão de alimentos com alto teor de gordura e excesso de peso e obesidade na grande maioria.

De acordo com o estudo realizado por Caroba (2007), também de base populacional realizado nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, é possível verificar que no meio rural e nos municípios do interior de Minas Gerais há o hábito de consumir alimentos altamente calóricos, como a prática de não retirar a gordura da carne, o que se assemelha aos dados encontrados na área rural de Anchieta, onde 141 (88,1%) dos 160 participantes relataram não retirar a gordura.

Uma tendência crescente que chegou a comunidade rural de Anchieta é o consumo de alimentos de maior concentração calórica, promovida pela indústria de alimentos por meio da produção de alimentos saborosos, de alta densidade energética e de custo relativamente baixo, os famosos *fast foods* (CAROBA, 2007).

Em se tratando do açúcar adicionado, ele está presente uma vez ao dia na rotina de 39 participantes e duas ou mais vezes por dia nas refeições de 32 indivíduos. O achocolatado em pó é consumido por 37 pessoas, duas a

quatro vezes por semana, sendo o açúcar de mesa adicionado a ele. O que comprova os exageros da população são as recomendações da OMS para a prevenção das DCNT, onde o consumo de açúcares livres deve ser inferior a 10% do valor calórico total da dieta. O termo açúcares livres se refere a todos os monossacarídeos e dissacarídeos presentes em produtos industrializados, ao açúcar adicionado pelo consumidor a produtos e alimentos, além do açúcar naturalmente presente no mel, em xaropes e em sucos de frutas (WORLD..., 2003).

Fato preocupante não só na população rural de Anchieta. No Brasil, utilizando-se como fontes de dados às pesquisas sobre orçamentos familiares (POF) da Fundação IBGE, realizadas entre 1995 e 1996 (16.014 domicílios), tendo ambas como universo de estudo as áreas metropolitanas do Brasil, observou-se que a participação relativa de açúcar refinado e de refrigerantes cresceu em todas as regiões do país. Nota-se que é elevado o consumo de sacarose, que em 1996 correspondia a aproximadamente 24% do total de carboidratos consumidos pela população brasileira (MONTEIRO, MONDINI e COSTA, 2000).

De acordo com informações do Guia Alimentar para a População Brasileira, a alimentação diária deve conter uma porção proveniente do grupo dos gorduras e óleos, o que equivale a cerca de 73 kcal, quando se considera uma dieta de 2000 Kcal (3,7% de contribuição para o VET). Para o grupo de açúcares e doces, recomenda-se o consumo de no máximo uma porção diária (110 Kcal), equivalente a, aproximadamente, 6% do VET. O que difere das características do presente estudo, uma vez que a fritura e o açúcar adicionado estão presentes na rotina dos participantes, sendo consumidos mais de uma vez por dia (BRASIL, 2006a).

6.3.3 Grupo do Leite e Produtos Lácteos

Considerando que aproximadamente 70% da adequação diária do cálcio provêm do consumo de leite e derivados e que esse mineral é indispensável para a formação e manutenção dos ossos, surge uma preocupação diante dos achados do presente estudo: somente 25 participantes ingerem leite integral uma ou mais vezes por dia, 30 consomem o leite desnatado de uma a três vezes por mês, 30% da amostra não ingerem o leite integral e 41,3% não consomem o leite desnatado. Sem mesmo saber a diferença do leite integral para o desnatado, os participantes do estudo alegaram comprar o mais barato (MARQUES, 1999).

O leite integral possui um conteúdo de gordura igual ou superior a 3,2%, o leite desnatado tem o conteúdo de gordura inferior a 0,3%, já o semidesnatado apresenta um conteúdo de gordura entre 1,5% e 1,8%. Além da grande maioria do grupo estudado não consumir o leite diariamente, os que ingerem bebem o que tem o maior teor de gordura, o integral (FRANCHIN, 2011).

Este resultado está de acordo com a tendência encontrada pelo estudo da VIGITEL (2009), cuja prevalência do consumo de leite integral foi elevada variando de 48,1% em Porto Alegre (RS) a 66,0% em Manaus (AM) (IBGE, 2009).

Os dados do estudo de base populacional de Muniz (2012), sobre o consumo de leite e derivados entre adultos e idosos no Sul do Brasil, corroborou com os achados do presente estudo e com os achados da VIGITEL, onde a maioria dos entrevistados (75,5%) relatou consumir leite integral.

Dados que também se assemelham aos achados, em relação ao consumo de leite integral, são os do Projeto CARMEN, realizado em Anchieta com apoio da Organização Pan-Americana de Saúde, nos anos 2010 e 2011,

revelando que mais da metade da população de Anchieta, ingeri o leite integral mais que o desnatado.

As estimativas do presente estudo são semelhantes com estudos da POF (2008-2009) que mostraram consumo insuficiente de leite e/ou derivados pela população adulta brasileira. Os resultados do POF, cujos dados permitiram conhecer além da disponibilidade média de alimentos no domicílio, o consumo individual de alimentos, indicaram que o consumo de leite e derivados está aquém da recomendação (IBGE, 2010c).

Outros achados que se assemelham com os resultados do estudo realizado na área rural de Anchieta, é o estudo transversal, realizado em Ribeirão Preto (SP), com adultos jovens (23-25 anos de idade), utilizando questionário de frequência alimentar, identificando que o consumo diário de leite e derivados era inferior ao recomendado (1,7 porções/dia) (MUNIZ, 2012).

Possivelmente, devido ao desconhecimento de que o consumo de leite é nutricionalmente importante para todas as faixas etárias, o mesmo é considerado um alimento que deve ser consumido preferencialmente por crianças e adolescentes. Isso, em parte, pode explicar a tendência de menor consumo de leite conforme aumenta a idade. O que corrobora os achados do presente estudo. Muitos participantes não sabem a importância do leite nas diferentes faixas etárias, achando que só é importante para crianças e adolescentes (MATTOS e MARTINS, 2000).

No estudo de Caroba (2007), também de base populacional, sobre a disponibilidade de energia e nutrientes nas regiões Sudeste e Nordeste, o resultado encontrado relacionado à ingestão de cálcio destaca que a maior ingestão desse mineral é verificada nas famílias residentes nas áreas rurais do Sudeste, o que difere do presente estudo.

Já o estudo sobre o consumo alimentar da população também adulta residente na área rural de Ibatiba, no Espírito Santo, realizado por Carvalho e Rocha (2011), se assemelha ao presente estudo, onde somente

30% da amostra consomem esse alimento frequentemente. Dado ainda maior que o encontrado no presente estudo (15,6%).

De acordo com informações do Guia Alimentar para a População Brasileira, a alimentação diária deve conter três porções provenientes do grupo de leite e derivados, o que equivale a 360 kcal, quando se considera uma dieta de 2.000 Kcal (18% de contribuição desse grupo para o VET) (BRASIL, 2006). O que não acontece no presente estudo, onde poucos ingerem o leite e a ingestão de derivados é de uma ou mais vezes por dia.

6.3.4 Grupo dos Pães, Cereais e Tubérculos

A tradição do consumo do arroz com feijão representa ainda hoje uma importante fonte energética da dieta habitual da população de todas as regiões do país (CARDOSO, 2006). Essa tradição também se faz presente no dia a dia da população rural de Anchieta. Todos os participantes da amostra relataram consumir o arroz, sendo que 75 consomem o carboidrato uma ou mais vezes por dia. O macarrão é consumido por 70 pessoas de duas a quatro vezes por semana.

No estudo realizado por Freitas, Phillipi e Ribeiro (2011), que analisou as listas de alimentos relacionadas ao consumo alimentar de um grupo de idosos no estado de São Paulo, os resultados se assemelham aos achados do presente estudo, onde houve um consumo elevado de alimentos com fonte de carboidratos complexos (pão, arroz, macarrão batata), porém com baixo teor de fibras.

O pão é consumido por grande maioria da população rural de Anchieta. Somente oito pessoas alegaram não consumir esse alimento, 95 relataram consumir esse carboidrato semanalmente, de uma a quatro vezes por semana e 37 consomem uma ou mais vezes por dia. A tradição do pão caseiro é presente na comunidade estudada. Muitas donas de casa fazem um pão por dia. Dados que se assemelham ao estudo de Levy Costa et al. (2005) sobre a ingestão de carboidratos de população brasileira, onde

detectaram que a contribuição desse macronutriente para a dieta dos brasileiros foi de 55,9%, com o agravante de que cerca de 12% eram provenientes do açúcar.

Em contrapartida, se a ingestão de alimentos ricos em carboidratos é maior do que o recomendado e há pouca variedade nos tipos de alimentos consumidos, os nutrientes fornecidos por essa alimentação não são suficientes para garantir a nutrição e a saúde adequada, podendo acarretar em algum tipo de distúrbio nutricional. Tal fato faz com que surja uma preocupação e indagação referente à população rural estudada. Será que se a população tivesse sendo acompanhada por profissionais da área a dieta seria mais diversificada? (BRASIL, 2006)

Além disso, observou-se nos últimos anos uma redução da quantidade de energia proveniente desse macronutriente e uma alteração da qualidade dos carboidratos consumidos, com a substituição de alimentos ricos em carboidratos complexos, como os cereais, por refrigerantes e carboidratos refinados (produtos a base de farinha de trigo), sendo um dos causadores do aparecimento de DCNT. Característica perceptível entre a população rural estudada, no qual a alimentação da maioria é composta por basicamente arroz, macarrão, pão, tornando-a exposta ao risco de deficiência de proteína e de micronutrientes (CARDOSO, 2006).

Enes e Silva (2006) analisaram a disponibilidade de energia e nutrientes nos domicílios brasileiros, com base nos dados da POF (INSTITUTO..., 2004) e consideraram o carboidrato como o macronutriente que revelou a maior participação na alimentação das famílias. As principais fontes de alimentação do brasileiro são arroz, trigo, milho, tubérculos, como as batatas, raízes, principalmente a mandioca (BRASIL, 2006a). O que se assemelha aos achados do presente estudo. A alimentação diária da população rural de Anchieta está baseada em arroz, macarrão, pão.

Caroba (2007), em seu estudo realizado sobre a disponibilidade de energia nas regiões Nordeste e Sudeste, detectou que apenas as famílias moradoras nas áreas urbanas de Alagoas, Pernambuco, Rio Grande do

Norte e Sergipe não atingem o valor superior (65%) da recomendação da ingestão de carboidrato. Nos demais estados, a participação desse macronutriente excede o valor máximo recomendado para a totalidade da família. Segundo a autora, o custo baixo é um dos principais fatores que explicam esse consumo exagerado. O presente estudo não avaliou a quantidade exata do alimento ingerido, mas pelo relato de cada um, tanto homem quanto mulher, pode-se perceber que são várias colheres de arroz, macarrão e pedaços grandes de pão caseiro, especialmente por serem alimentos de custo mais baixo e por renderem grandes porções, o que vem a corroborar com os achados da autora.

De acordo com informações do Guia Alimentar para a População Brasileira, a alimentação diária deve conter seis porções provenientes dos pães, cereais e tubérculos o que equivale a 900 kcal, quando se considera uma dieta de 2.000 Kcal (45% de contribuição desse grupo para o VET). Em se tratando de variedade os indivíduos da comunidade estudada não estão de acordo com essa recomendação. Pelo que se pode perceber, eles concentram esses alimentos em uma ou duas refeições exageradas. As porções não são fracionadas. Alguns relataram consumir em torno de 1kg de macarrão no almoço (BRASIL, 2006a).

6.3.5 Grupo da Carne, Ovos e Embutidos

As proteínas são consideradas nutrientes essenciais em todos os processos fisiológicos e bioquímicos do organismo, para todos os estágios de vida. Elas são destinadas a síntese proteica, como reparação e manutenção dos tecidos e ao processo de crescimento e desenvolvimento. Tal fato, relacionado aos achados do presente estudo, é preocupante, pois este macronutriente não está muito presente na refeição diária dos participantes. O consumo aparece mais na frequência semanal, 76 indivíduos alegaram consumir a carne cozida de uma a quatro vezes por semana, já a frita aparece com frequência maior, 112 consomem a carne frita com a mesma frequência (TIRAPÉGUI et al., 2005).

No Estado do Rio Grande do Norte é tradicional o consumo de carne bovina, carne de sol e carne de carneiro frita com a manteiga de garrafa. Assim como nos achados do presente estudo, a gordura utilizada para o cozimento dos alimentos, em 43,1% dos participantes é a banha animal ou a manteiga. Tais alimentos, de elevado teor energético, contribuem para maior disponibilidade de colesterol na dieta dessas famílias (FIESBERG, WHEBA e COZZOLINO, 2002).

Sobre o consumo de carnes pela população adulta de Pelotas (RS), Schneider (2010) identificou que 99,1% da população avaliada consumiu algum tipo de carne em 2009, o que difere do presente estudo. Segundo Ramos (2007), o consumo de carnes está intimamente relacionado à disponibilidade do alimento, ao preço, a tradição, a economia, a influências religiosas e até mesmo à geografia do local. Tal fato faz com que apareça o seguinte questionamento: Será que além da baixa renda evidenciada pelos participantes, a falta de conhecimento sobre a importância do consumo desse alimento tem contribuição direta na alimentação diária da população rural de Anchieta?

Considera-se que os alimentos de origem animal, como carnes, aves, peixes, leite, queijo e ovos, possuem proteínas consideradas de boa qualidade, suficientes para torná-los as melhores fontes de aminoácidos essenciais para o organismo humano. O que se associa positivamente ao consumo de ovo da população estudada. Esse alimento aparece em destaque, onde 69 pessoas afirmaram consumir o alimento uma ou mais vezes por dia.

Os ovos são fonte de proteínas, vitaminas A, D e vitaminas do complexo B. A gema é composta, em média, por 34% de gordura, 16% de proteína e 50% de água. Cerca de 5% da gordura é colesterol, por isso recomenda-se o consumo de dois a três ovos por semana (PHILIPPI, 2003).

A ingestão de ovos da população estudada se assemelha aos achados de Enes (2005), sobre a ingestão proteica da população brasileira, onde foi constatado que a renda familiar influencia diretamente na disponibilidade

proteica no âmbito domiciliar das famílias residentes nas Regiões Norte e Sul do Brasil. Característica preponderante na população estudada.

Já Levy Costa et al. (2005), contrários aos achados de Enes (2005) e aos achados do presente estudo, afirmam que, com relação aos dados sobre aquisição de alimentos pelas famílias brasileiras referentes à última POF (INSTITUTO..., 2004), foi verificada em todas as regiões do País e em diferentes de classes de rendimento a adequação do teor proteico das dietas, como também o elevado conteúdo de proteínas de alto valor biológico, as de origem animal.

No Estado do Rio Grande do Norte é tradicional o consumo de carne bovina, carne de sol, carne de carneiro e manteiga de garrafa (FIESBERG, WHEBA e COZZOLINO, 2002). Bem como no presente estudo, a carne está presente no dia a dia, principalmente as fritas, e a gordura utilizada para o cozimento dos alimentos, em 43,1% dos participantes é a banha animal ou a manteiga. Tais alimentos, de elevado teor energético, contribuem para maior disponibilidade de colesterol na dieta dessas famílias.

De acordo com informações do Guia Alimentar para a População Brasileira, a alimentação diária deve conter três porções provenientes do grupo das carnes, ovos e peixes, o que equivale a 190 kcal, quando se considera uma dieta de 2.000 Kcal (9,5% de contribuição desse grupo para o VET (BRASIL, 2006a). Diante dessa recomendação surgem as seguintes dúvidas: Quais os motivos que levam a população rural de Anchieta a não se encaixarem nessas recomendações? Essa população está sendo assistida para reverter essa carência? As políticas públicas relacionadas à alimentação estão agindo em prol do suprimento das necessidades de macronutrientes e micronutrientes da comunidade rural de Anchieta?

6.3.6 Grupo das Bebidas

Atualmente, metade dos americanos e a maioria dos adolescentes consomem refrigerantes diariamente. Dados do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA) mostraram um aumento de 500% no consumo de refrigerantes nos últimos 50 anos, que constituem a maior fonte de açúcar adicionado na dieta. Tal fato se relaciona ao consumo de refrigerante pela população rural de Anchieta, onde 42 entrevistados relataram ingerir a bebida mais de uma vez por dia e 94 participantes da amostra afirmaram consumir o refrigerante mais de uma vez por semana. (LUDWIG, PETERSON e GORTMAKER, 2001).

Dados que se assemelham aos achados do presente estudo são os resultados encontrados por Enes (2005), em seu estudo realizado sobre o consumo alimentar nas regiões do Brasil, onde detectou uma disponibilidade excessiva de refrigerantes entre as famílias das Regiões Norte e Sul do Brasil, principalmente nos domicílios rurais da Região Norte. Para Enes (2005), a praticidade é uma dos principais fatores para justificar tamanha ingestão.

Corroborando com Enes (2005), muitos dos participantes alegaram ingerir a bebida pela praticidade e por gostarem da Coca-Cola, sem saber que além de possuir muitas substâncias artificiais em sua composição, o refrigerante contém valor nutricional quase nulo. As variações “cola”, em especial, contam com uma grande quantidade de fosfatos que, em excesso, provocam o enfraquecimento dos ossos através da liberação do cálcio.

No Brasil, o sistema Coca-Cola responde pela terceira maior operação de empresa em todo mundo, superada apenas pelos Estados Unidos e pelo México. Líder no mercado brasileiro de refrigerantes, sua produção total, em 2002, foi de seis bilhões de litros, entre refrigerantes, água, sucos e energéticos (COCA-COLA, 2007).

Outra bebida que faz parte da vida da população rural estudada é o café. Dos participantes da amostra, 75 alegaram consumir o café mais de uma vez por dia. Segundo o IBGE (2003), através de um mapeamento dos hábitos alimentares dos brasileiros com o estudo da análise do consumo alimentar pessoal no Brasil, o café é o alimento mais consumido entre os brasileiros.

Característica positiva do grupo estudado, uma vez que, estudos realizados para avaliar a ingestão de café pela Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA), 2012, mostraram que o café pode atuar na prevenção do câncer de cólon e reto, doença de Parkinson e de Alzheimer, apatia, depressão, obesidade infantil, diabetes tipo II, entre outros, além de aumentar o estado de vigília do cérebro e diminuir a sonolência.

O que vem a comprovar esses benefícios para a saúde humana são os estudos realizados pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), como a dissertação de mestrado defendida por Torres e Farah (2010), onde o café apresentou a maior capacidade antioxidante dentre diversos alimentos avaliados, seguido pelo chá-mate, vinho tinto e açaí. Assim, o café foi destacado como o mais importante contribuinte de antioxidantes na dieta do brasileiro, independente da classe de renda e da grande região do Brasil (TORRES e FARAHA, 2010).

Fácil preparo, sensação de alerta e aroma agradável, o café faz parte do dia a dia das pessoas. Tanto na área rural quanto na urbana, o café é consumido em massa. É a segunda bebida mais consumida no Brasil, só perdendo para a água, segundo levantamento realizado pelo Instituto Ivani Rossi Consultoria em Pesquisa para a Associação Brasileira da Indústria do Café (Abic). Tal fato se assemelha a aceitabilidade do café na área rural de Anchieta, onde as pessoas associaram a bebida ao fácil preparo, à sensação de alerta, ao aroma e ao costume da região (EMBRAPA, 2012).

Levy Costa et al. (2005), em estudo sobre disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil, verificaram que o café foi o alimento com maior

frequência de consumo, dado que coincide também com a POF (INSTITUTO..., 2004) e com os achados do presente estudo, onde aproximadamente 50% da população consome o café diária e semanalmente.

Em relação ao consumo de bebida alcoólica, os achados de nosso estudo revelam que 40 (25%) dos participantes, consomem a bebida diariamente. O que se torna preocupante quando se comparado aos achados do Projeto CARMEN, realizado em Anchieta pela Organização Pan-Americana de Saúde, nos anos 2010 e 2011, que verificou que 23% da população rural de Anchieta fazia o consumo de álcool. Além disso, foi detectado que cerca de um quarto da população referiu ter consumido bebida alcoólica de forma abusiva nos 30 dias anteriores à entrevista, sendo a prevalência de consumo abusivo de álcool entre os homens três vezes maior do que a das mulheres (MINISTÉRIO..., 2010).

O que se pode perceber é que está havendo um aumento do percentual da ingestão da bebida alcoólica pela população rural de Anchieta que, em pouco tempo, subiu em 2%. Tal fato evidenciam duas perguntas: Será que os órgãos competentes estão agindo para que esse número não aumente com o passar do tempo? Medidas socioeducativas estão sendo colocadas em prática para diminuir ou cessar o vício?

6.4 DAS CARACTERÍSTICAS RELATIVAS AOS HÁBITOS DE TABAGISMO DA AMOSTRA

A prática de tabagismo foi encontrada em percentual pequeno (16,3%) nos achados deste estudo. Dos 160 entrevistados, somente 26 relataram fazer uso do cigarro. Característica positiva marcante da amostra estudada, uma vez que o consumo do cigarro ou outros produtos derivados do tabaco, além de ser prejudicial à saúde, mata cerca de cinco milhões de pessoas por ano no mundo, sendo 200 mil somente no Brasil (WORLD..., 2003).

Dados que se assemelham ao presente estudo foi o dado do Projeto CARMEN, realizado em Anchieta pela Organização Pan-Americana de Saúde, nos anos 2010 e 2011, onde 17% da população rural fazia uso do cigarro. O Projeto CARMEN mostrou que, na população rural de Anchieta, 24% são ex-fumantes e 34% são fumantes passivos, isto é, que convivem com fumante.

Responsável por cinco milhões de mortes anuais no planeta, o tabagismo é um problema de saúde pública global. Medidas socioeducativas contra esse problema global devem ser incentivadas na comunidade rural de Anchieta com objetivo de diminuir o número de fumantes e prevenir os novos casos. Em nível nacional e local, campanhas devem ser inseridas com o propósito de alertar a população sobre os malefícios dessa droga e tratar os casos já existentes evitando mortes prematuras (INCA, 2006).

Por se tratar de milhões de mortes anuais, surge a seguinte pergunta: Será que essas medidas socioeducativas citadas pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) estão sendo colocadas em prática a ponto de diminuir e prevenir os novos casos? No caso da comunidade rural de Anchieta, que o percentual ainda é baixo, as políticas públicas estão sendo aplicadas para que esse número não aumente? (INCA, 2006).

Medidas como a Aliança Por Um Mundo Sem Tabaco, instituída em 2002, com o apoio do INCA, estão sendo implementadas nas comunidades rurais, nos grandes centros urbanos, nas capitais, nos polos industriais e nas regiões que mais necessitam dessa política pública? (INCA, 2002).

6.5 DAS CORRELAÇÕES DO IMC E DO CC

É necessário texto

6.5.1 Das Correlações com os Dados Sociodemográficos

Sabemos que a obesidade e o sobrepeso aparecem em destaque no presente estudo, onde 65 (40,6%) dos 160 participantes estão sobrepeso (pré-obesos) e 41 (25,6%) já são classificados como obesos. Em relação à

CC, a gordura excessiva também é bastante preocupante, 76 (47,5%) apresentaram risco elevado para as doenças cardiovasculares e 54 (33,8%) já desenvolveram um risco muito elevado, além disso, no que se refere à gordura localizada no braço, 33,1% foi classificado como obeso e 36,7% sobrepeso (ABESO, 2009).

Correlacionando a CC ao acesso a TV, principalmente entre as mulheres, onde 79 são donas de casa e mais de 50% delas relataram assistir televisão de uma a três horas por dia e ainda muitas vezes comendo algum alimento, pode-se fazer as seguintes atribuições: primeiramente, a influência da mídia sobre os hábitos alimentares, onde o marketing usufrui de propagandas para atingir públicos de todas as faixas etárias. O visual causa impactos na mudança de escolhas, de modo positivo ou negativo. Em detrimento disso, surge o questionamento: Por que a quantidade de propagandas de cerveja e refrigerantes é muito maior que a de alimentos saudáveis, como por exemplo, frutas e hortaliças? E até que ponto essas propagandas tem influencia sobre a alimentação da população rural de Anchieta? (EWALD, 2007).

Outro fato associado é o sedentarismo. Mas não necessariamente a pessoa que assiste muito TV não faz atividade física. Mas em se tratando dos achados do presente estudo, esse também pode ser um agravante para obesidade da população, onde quase 100%, 95% não pratica nenhum tipo de atividade física (ABESO, 2009).

6.5.2 Das Correlações com a Prática de Atividade Física

Os resultados do presente estudo mostram que não houve correlação entre medidas antropométricas IMC e CC e a prática de atividade física, o local para a prática e a qualidade das estruturas dos locais para a prática na área rural de Anchieta.

6.5.3 Correlações com a Prática de Tabagismo e Hábitos Alimentares

A maioria das orientações sobre alimentos, nutrição e saúde aborda, concomitantemente, o uso do tabaco. Tal fato está relacionado aos achados das correlações do presente estudo, onde o uso de cigarro está correlacionado positivamente com o IMC. Mesmo o percentual de fumantes da área rural de Anchieta sendo baixo, ele está relacionado de maneira diretamente proporcional com o IMC (BRASIL, 2003).

Existem evidências de que o cigarro pode atenuar o ganho de peso e de que a cessação do tabagismo pode resultar em significativo aumento do IMC. Os mecanismos dessa relação são complexos e podem envolver uma série de fatores incluindo mudanças no consumo calórico e na prática de atividade física. Tal fato serve de alerta para o população rural de Anchieta, já que há uma correlação positiva do tabagismo com o IMC (ORGANIZAÇÃO..., 2007).

O fumante, na maioria das vezes, tem dificuldade em praticar atividade física, estando sempre cansado, uma vez que a inalação da fumaça dificulta o processo respiratório, favorecendo o ganho de peso. O que vem a corroborar com os achados do presente estudo, pois, além de estarem com peso elevado, à maioria (95%) dos indivíduos entrevistados não praticam atividade física, evidenciando o sedentarismo como um dos responsáveis da correlação, IMC e tabagismo (BRASIL, 2003).

Em se tratando do consumo alimentar, a nicotina presente nos cigarros compete com os nutrientes contidos nos alimentos na hora da absorção celular. Como resultado, os nutrientes não são totalmente aproveitados pelo organismo. Conseqüentemente, o fumante apresenta uma carência maior de vitaminas e minerais. Situação preocupante, pois além da correlação do IMC com a prática de tabagismo, a ingestão de hortaliças e frutas pelo grupo estudado é baixa (BRASIL, 2003).

Além da correlação entre o IMC e a prática de tabagismo, a CC esteve correlacionada positivamente com consumo de peixe e hortaliças. De

acordo com os achados deste estudo, o consumo de peixe é baixo, onde 24,4% consomem o alimento de duas a quatro vezes por semana e, conforme demonstrado na tabela 6, às hortaliças e frutas são pouco consumidas pela população estudada, o que vai contra as recomendações sobre a dieta do Ministério da Saúde (2006), que é manter o equilíbrio energético e o peso saudável aumentando o consumo de frutas, legumes e verduras, cereais integrais e leguminosas e diminuindo a ingestão de gorduras e carboidratos complexos, como arroz e macarrão (BRASIL, 2006).

Vale ressaltar que a dieta da população engloba um conjunto de fatores como qualidade do alimento, quantidade da porção e fracionamento das refeições, que são determinantes na classificação do estado nutricional do indivíduo. O conjunto alimentação não balanceada associada à inatividade física refletem diretamente nos achados referente à CC da população rural de Anchieta, onde 76 (47,5%) dos avaliados apresentaram risco elevado para as doenças cardiovasculares e 54 (33,8%) já desenvolveram um risco muito elevado (BRASIL, 2006a).

O contato com os alimentos in natura é um fator muito positivo para a mudança da alimentação da população rural de Anchieta. A disponibilidade desses alimentos associada às orientações nutricionais e as medidas socioeducativas levarão a mudanças nos hábitos de vida dessa comunidade, associando ao fato de que muitos dos indivíduos entrevistados trabalham diretamente com a agricultura e, grande parte, extrai o alimento de plantações do próprio quintal (BRASIL, 2006a).

6.6 DAS POLÍTICAS SOCIAIS E AÇÕES PROPOSTAS COM BASE NOS RESULTADOS DO PRESENTE ESTUDO

No campo das ações socioeducativas e seus respectivos programas de execução, cabe observar com precisão o que se pretende atingir com o objetivo de prevenir e tratar os casos existentes. Tratar de medidas

socioeducativas implica discutir política social e, mais do que isso, aprofundar-se acerca de um conjunto de ações dirigidas à população, com todas as demandas e especificidades que a região possui (BOBBIO, 1992).

Em função dos resultados apresentados neste estudo, observa-se uma necessidade da implementação de um conjunto de ações e políticas sociais para melhoria do estado de saúde da população de Anchieta, tais como: palestras socioeducativas sobre alimentação saudável com uma linguagem motivacional e de fácil entendimento, acompanhamento em supermercados e mercearias identificando produtos menos calóricos e saudáveis com preço acessível, cartilhas contendo os Dez Passos da Alimentação Saudável estipulados pelo Ministério da Saúde, acompanhamento individual dos casos que necessitam de uma atenção maior, aulas práticas sobre o preparo do alimento, gincanas que estimule o participante a perder peso por meio de competição, atendimentos por um nutricionista na própria estratégia de saúde da família, sem ter que se deslocar ao centro urbano do município, e mostrar para todos da população rural que as frutas, legumes e verduras são ricos em vitaminas, minerais e fibras e devem estar presentes diariamente nas refeições, pois contribuem para a proteção à saúde e diminuição do risco de ocorrência de várias doenças (BRASIL, 2006; MINISTÉRIO..., 2006).

Em se tratando do consumo de frutas e verduras, que é um fator preocupante entre a população do município de Anchieta, sugere-se como papel do Governo, Estado e órgãos internos (MINISTÉRIO..., 2010):

- a) valorizar e promover a produção e o processamento, com preservação do valor nutritivo de frutas, legumes e verduras, principalmente os de origem local, na perspectiva do desenvolvimento sustentável;
- a) fomentar mecanismos de redução dos custos de produção e comercialização desses alimentos;

- b) Criar estratégias que viabilizem a instalação de rede local de comercialização, facilitando o acesso regular da população a esses alimentos, a preços acessíveis;
- c) monitorar o uso de agentes químicos (agrotóxicos) potencialmente prejudiciais à saúde;
- d) viabilizar campanhas e outras iniciativas de comunicação social e de educação que valorizem e incentivem o consumo desses alimentos;
- e) assegurar a presença desses alimentos nos programas públicos e/ou institucionais de alimentação e nutrição (como o Programa de Alimentação do Trabalhador, o Programa de Alimentação Escolar e outros) e nas refeições das populações.

De todo modo, se propõe incentivar a orientação alimentar como atividade de rotina nos serviços de saúde, contemplando a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, com a introdução da alimentação saudável a todo tempo, respeitando a identidade cultural e alimentar da comunidade rural de Anchieta (MINISTÉRIO..., 2010b).

7 DOS RISCOS PARA A POPULAÇÃO RURAL DE ANCHIETA

Os achados do presente estudo, vem comprovar as tendências da obesidade na população adulta de Anchieta e a magnitude que essa doença crônica assumiu no país, contribuindo para o avanço das maiores causas de morbidade e mortalidade, que são as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus tipo 2 (BRASIL, 2006a; ABASSE et al., 2007).

O crescimento da incidência das DCNTs observado na área rural de Anchieta está relacionado, em grande parte, com o ganho excessivo de peso, resultante do sedentarismo e da alimentação não balanceada (BRASIL, 2006a).

Estima-se que, para cada 5% de aumento de peso acima daquele apresentado aos 20 anos de idade, ocorra um aumento de 200% no risco de desenvolver a síndrome metabólica da meia idade, que está associada ao desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica e doenças cardiovasculares (ABASSE et al., 2007). Estimativas da OMS apontam que as DCNTs são responsáveis por 58,5% de todas as mortes e por 45,9% pelo desencadeamento de doenças (ORGANIZAÇÃO..., 2007).

8 CONCLUSÕES

Diante dos resultados apresentados em nosso estudo, conclui-se que a população rural de Anchieta é caracterizada pela baixa renda, baixo nível de escolaridade, sedentarismo, alimentação não balanceada e ingestão insuficiente de frutas e hortaliças. Trata-se de uma população que não recebe assistência necessária para melhoria do seu estado de saúde, a começar pela falta de orientação nutricional.

Os dados sociodemográficos da região, o tabagismo e o consumo alimentar estão diretamente relacionados com o excesso de peso e com a obesidade da população rural de Anchieta, no entanto, não confirmados pelas correlações realizadas, provavelmente pela reduzida amostra e por ser uma população homogênea. Portanto, é de suma importância o apoio da Secretaria Municipal e de outros órgãos competentes, por meio de ações e de profissionais da saúde capacitados na manutenção preventiva e corretiva da população.

É importante adotar estratégias, por meio de políticas sociais, para redução do consumo de carne com gordura visível, o consumo regular de refrigerante e de bebida alcoólica, o tabagismo e o excesso de peso, assim como o incentivo do aumento da ingestão de frutas e hortaliças e da prática de atividade física, para prevenção dos novos casos de obesidade e de outras DCNT.

REFERÊNCIAS

- ABASSE, M.L.F, et al. **Doenças e agravos não transmissíveis**: história, ações e projetos. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte, n. 4, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/estatisticaeinformacoesensaude.com.br>>. Acesso em 02 out. 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Obesidade como problema de saúde pública**. 2009. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br>>. Acesso em: 07 mar. 2013.
- ABRAMOVAY, R. et al. Juventude e agricultura familiar: desafios dos novos padrões sucessórios. **UNESCO**, Brasília, 1998. Disponível em: <<http://www.unesco.org>>. Acesso em: 10 de out. 2011.
- ALBANO, R.D.; SOUZA, S.B. Estado nutricional de adolescentes: “risco de sobrepeso” e “sobrepeso” em uma escola pública do Município de São Paulo. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.941-947, 2001.
- ALBERTI, K. G; ZIMMET, P.; SHAW, J. Metabolic syndrome - a new word wid definition. A consensus statement from de International Diabetes Federation. **Diabetes**,Local, v.23, n.5, p.469-480, 2006.
- ALMEIDA, J. **Pesquisa agrícola, agricultura familiar e sustentabilidade**. A modernização e a agricultura familiar: breve contextualização, Rio Grande do Sul, 28 abril. 1997. Disponível em:<<http://www.ufrgs.br>>. Acesso em: 21 dez. 2011.
- ANCHIETA (ES). **Anchieta**: passos para o futuro. Agenda 21 local. Anchieta: PMA, 2006.
- _____. **Desafios do progresso**. Revista TV Gazeta Sul. Ed: Grafband, 2008. p.20.
- ANDRADE, M.C. **Agricultura & capitalismo**. São Paulo: Ciências Humanas, 1979.
- ANJOS, L. A.; SILVA, D. O.; SERRÃO, S.A. Vigilância nutricional em adultos: experiência de uma unidade atendendo população favelada. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 50-56, 1992.
- ARDEN, C.I. et al. Development of health-related waist circumference thresholds within BMI categories. **Obes Res**, local, v.12, n. xx, p.1094-1103, 2004.
- ARMANI, D. et al. **Agricultura e pobreza**: construindo os elos da sustentabilidade no nordeste do Brasil. Porto Alegre: Tomo Editorial, 1998.
- BALSAN, R. Impactos decorrentes da modernização da agricultura

brasileira, economia e sociologia rural. **Rev Geog Agrária**, local, v.1, n.2, p. xx, 2006. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br>>. Acesso em: 20 de jan. de 2012.

BARBOSA, J. B. **Síndrome metabólica em ambulatório de cardiologia em São Luiz, Maranhão**. 2008. 65 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Universidade do Maranhão, São Luiz, 2008.

BARBOSA, J. C. **Pescadores artesanais e políticas públicas: o Pronaf em Anchieta-ES**. 2009. 128 f. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) - Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, 2009.

BATTESTIN, S. **Ser jovem e ser agricultor: a agricultura familiar como perspectiva e projeto de vida para filhas e filhos de agricultores do município de Anchieta-ES**. 2009. 206 f. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) - Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, 2009.

BLACKBURN, G. L.; THORNTON, P. A. Nutritional assessment of the hospitalized patients. **Med Clin. North Am**, local, v.63, n. xx, p.1103-1115, 1979.

BLEIL, S.I. O Padrão Alimentar Ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação - NEPA / UNICAMP, **Cad Debate**, Campinas, v.6, n. xx, p.1-25, 1998.

BOBBIO, N. **Dicionário de política**. 4. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1992.

BOLTON-SMITH, C. et al. The estimated prevalence of obesity from self-reported height and weight in an adult Scottish population. **J Epidemiol Commun Health**, local, v.54, n. xx, p.143-8, 2000.

BOOTH, M.L. et al. The relationship between body mass index and waist circumference: implications for estimates of the population prevalence of overweight. **Int J Obes**, Rio de Janeiro, v.24, n. xx, p.1058-61, 2000.

BOURGUERS, H. Costumbres, praticas y habitos alimentarios deseables y indeseables. **Arch Latinoamer Nutr**, São Paulo, v.38, n.3, p.767-79, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estudo de caso Brasil: a integração das ações de alimentação e nutrição nos planos de desenvolvimento nacional para o alcance das metas do milênio no contexto do direito humano à alimentação adequada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. _____. **Guia alimentar para a população a brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, DF, MS, 2006.

_____. _____. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo alimentação saudável**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. _____. VIGITEL Brasil. **Vigilância de fatores de risco e**

proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. _____. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar,** Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2006a.

_____. _____. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

BUAINAIN, A.; DI, A. **Novíssimo retrato da agricultura familiar.** O Estado de São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.incra.gov.br>>. Acesso em: 19 dez. 2011.

BUAINAIN, A.; ROMEIRO, A.; GUANZIROLI, C. Agricultura familiar e o novo mundo rural. **Sociologias**, Porto Alegre, v. xx, n. 10, p.1-13, 2003.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n. 1, p.163-77, 2000.

CALLAWAY, C.W. et al. Circumferences. In: LOHMAN, T.G. et al. **Anthropometric standardization reference manual.** Human kinetics p.39-54, 1991. Local: Editora, 1991. P. 39-54.

CALLE, E. E. et al. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. **Eng J Med**, Rio de Janeiro, v.341, n. xx, p.1097-105, 1999.

CAPILHEIRA, M. et al. Risk factors for chronic diseases and the CARMEN initiative: a population-based study in the South of Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n. 12, p.2767-74, 2008.

CARDOSO, M. A. **Nutrição humana.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CARMO, R. B. A. **A questão agrária e o perfil da agricultura brasileira,** 1999. Disponível em: http://www.seagri.ba.gov.br/RevBaAgr/rev_112000/questaoagraria.htm. Acesso em: 10 dez. 2011.

CARNELOSO, M. et al. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia (GO). **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, Maringá, v.15, n. xx, p.1073-80, 2010.

CAROBA, D. C. R. **Disponibilidade de energia e nutrientes e participação dos grupos de alimentos no Valor Energético Total, nos domicílios rurais e urbanos das Regiões Nordeste e Sudeste do Brasil.** 2007. 177 f. Tese (Doutorado em Nutrição Humana Aplicada) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

CARVALHO, E. O.; ROCHA, E. F. Consumo alimentar da população adulta residente em área rural da cidade de Ibatiba (ES, Brasil). **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p.179-85, 2011.

CASTRO, C. M.; PELIANO, A. M. Novos alimentos velhos e o espaço para

ações educativas. In: CASTRO, C.M.; COIMBRA, M. (Ed). **O problema alimentar do Brasil**. São Paulo: Almed; 1985. p.195-213.

CHOR, D. Saúde pública e mudanças no comportamento: uma questão contemporânea. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p.423-5, 1999.

COLA-COLA. **A grande potência do mundo**. Notícias do Brasil- Imprensa Nacional, 2007. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/brasil>>. Acesso em: 04 jan. 2013.

COSTA, S. et al. Gênero e prática de atividade física de lazer. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, Sup.2, p.S325-S333, 2003.

COUTINHO, C. M. G. F. P. **Percursos da investigação em tecnologia educativa em Portugal**: uma abordagem temática e metodológica a publicações científicas (1985-2000). Braga, Universidade do Minho. 2005.

CUPPARI, L. Nutrição clínica no adulto. São Paulo: Manole, 2002.

DACHS, J. N. W.; SANTOS, A. P. R. Autoavaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p.887-94, 2002.

DEVER, A.G.E. **A epidemiologia na administração dos Serviços de Saúde**. São Paulo: Pioneira, 1988.

DIEZ-GARCIA, R. W. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Local, v. 3, n. xx, p. 455-67, 1997.

DUTRA, O. J. E.; CUNHA, S. F. C.; MARCHINI, J. S. **A desnutrição dos pobres e dos ricos**: dados sobre a alimentação no Brasil. São Paulo: Sarvier; 1996.

EMPRESA BRASILEIRA DE PESQUISA AGROPECUÁRIA. ABIC Instituto Ivani Rossi Consultoria em Pesquisa para Associação Brasileira da Indústria do Café. A aceitabilidade do café, 2012. Disponível em: <http://www.embrapa.br>>. Acesso em: 04 mar. 2013.

ENES, C. C. **Disponibilidade de energia e nutrientes nos domicílios**: o contraste entre Regiões Norte e Sul do Brasil. 2005. 119 p. Dissertação (Mestrado em Ciência e Tecnologia de Alimentos) - Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz da Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2005.

ENGSTROM, E. M. **SISVAN**: instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais em serviços de saúde: o diagnóstico nutricional. Rio de Janeiro:

Fiocruz; 2002.

ESTIMA, C. C. P. **Consumo de refeições, ingestão alimentar e estado nutricional de adolescentes residentes em Duque de Caxias, Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Nutrição Josué de Castro, Rio de Janeiro, 2007.

EWALD, A. G. **Alimentos e a mídia**, 2007. Disponível em: <<http://www.anutricionista.com>>. Acesso em: 09 dez. 2012.

FALEIRO, J. G. V. **Obesidade, atividade física e estado socioeconômico**. 2006. 88p. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Portugal, 2006.

FEDERMANN, M. **Conhecimentos e práticas alimentares de indivíduos diabéticos não insulino dependentes**. 1994. 162p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1994.

FERRO-LUZZI, A. Individual food intake survey methods. In: **Proceedings of International Scientific Symposium on Measurement and Assessment of Food Deprivation and Undernutrition**. Rome, Italy: Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2002.

FIESBERG, M.; WHEBA, J.; COZZOLINO, S. M. F. **Um, dois, feijão com arroz**: a alimentação no Brasil de norte a sul. São Paulo: Atheneu, 2002.

FISCHLER, C. A. MC Donaldização dos Costumes. In: FLANDRIN, J. L.; MONTANARI, M. **História da alimentação**. São Paulo: Estação Liberdade, 1998. p.841-69,

FONSECA, M. J. M. et al. Validade de peso e estatura informados e índice de massa corporal: estudo pró-saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.3, p.392-8, 2004.

FONSECA, V. M.; SICHIERI, R.; VEIGA, G. V. Fatores associados à obesidade em adolescentes. **Rev de Saúde Pública**, São Paulo, v.32, p.541-9, 1998.

FRANCHIN, M. **Nutrição**: profissional esclarece a diferença entre leite integral, semidesnatado e desnatado. Local: Jornal Cidade, 2011.

FRANKFURT, S. H. **Implicações da formação profissional na escola**. USP, São Paulo, fev. 2009. Disponível em:< <http://www.revsitausp.sibi.usp.br/>>. Acesso em: 29 maio 2011.

FREEDMAN, D. S. et al. The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: The Bogalusa Heart Study. **Pediatrics**, v.103, n. xx, p.1175-82, 1999.

FREITAS, A. M. P.; PHILLIPI, S. T.; RIBEIRO, S. M. L. Listas de alimentos relacionadas ao consumo alimentar de um grupo de idosos: análises e

perspectivas. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v.14, n. 1, p.161-77, 2011.

FRISANCHO, A. R. **Anthropometric Standards for the assessment of growth and nutritional status**. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1990.

GARCIA, N. R. **PRORURAL**: a criação da previdência social rural no governo Médici. Anais eletrônicos, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2008. CD-ROM.

GARCIA, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Rev Nutr**, Campinas, v.6, n.14, p.483-92, 2003.

GRAZIANO DA SILVA, J. Progresso técnico e relações de trabalho na agricultura. **Rev Econ Planej**, São Paulo, v. xx, n. xx, p.210, 1981.

GRYSPAN, M. Da barbárie e terra prometida: o campo e as lutas sociais na história da república. In: AUTOR. **A República do Brasil**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.

HARISSON, G. G. Methodological considerations in descriptive food-consumption surveys in developing countries. **Food Nutr Bull**, v.24, n. 4, p.415-9, 2004.

INCRA/FAO. **Novo retrato da agricultura familiar**: o Brasil redescoberto. Brasília: INCRA/FAO, 2007.

_____. **Sucessão da Agricultura Familiar**. Brasília: INCRA/FAO, 1995/1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE, 1994). **Consumo alimentar**: antropometria $\frac{3}{4}$ dados preliminares. Rio de Janeiro; 1994. Pt 1. Região I, Pt 3. Região II. (Estudo Nacional da Despesa Familiar).

_____. **Fontes de dados das pesquisas sobre orçamentos familiares (POF) no Brasil: 1995/1996**. Brasília, DF: IBGE, 1995 e 1996.

_____. **Produção agrícola municipal: 2005**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 1 dez 2012.

_____. **Pesquisa do IBGE do orçamento familiar confirma que obesidade é epidemia no Brasil: 2009**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 28 mar 2012.

_____. (IBGE, 2010a), BRASIL. **Dados do Ministério das Cidades**. Perfil Municipal. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=420080#>>. Acesso em: 07 jan. 2012.

_____. (IBGE, 2006). **Censo Agropecuário Banco de Dados**, Anchieta.

Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 02 abr. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. (IBGE, 2010b).

Histórico do município de Anchieta-ES. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 06 mar. 2012.

_____. (IBGE, 2010c). **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: antropometria e estado nutricional de crianças e adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. Título. 2007. Disponível em:

<http://www.ijsn.es.gov.br/Sitio/>. Acesso em: 15 out. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE COMBATE AO CANCER. **Aliança por um mundo sem tabaco**, 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>.

Acesso em: 17 mar. 2013.

_____. **Tabagismo como problema global**, 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em: 17 mar. 2013.

JAIME, P. C.; MONTEIRO, C. A. Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003. **Cad Saúde Pública**, Sao Paulo, v.21, n. xx, p.19-24, 2005.

JELLIFFE, D. B. **The assessment of the nutritional status of the community**. Geneva: WHO, 1998.

KUCZMARSKI, M. F. et al. Effects of age on validity of self-reported height, weight, and body mass index: findings from The Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. **J Am Diet Assoc**, v.101, n. xx, p.28-34, 2001.

LA CHANCE, A. **Espiritualidade verde**: doze lições sobre espiritualidade ecológica: uma terapia individual, cultural e planetária. Gaia, São Paulo, 1996.

LAMOUNIER, J. A; PARIZZI, M. R. Obesidade e saúde pública. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p. xx-xx, 2007.

LAURENTI, R. Transição demográfica e transição epidemiológica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1. 1990, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Abrasco, 1990. p.143-165.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec, 1998.

LEVY COSTA, R. B. et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n. 4, p.530-40, 2005.

LOPES, A. C. S. et al. Ingestão alimentar em estudos epidemiológicos. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 6, n. 3, p.209-18, 2003.

LUDWIG, D. S.; PETERSON, K. E.; GORTMAKER, S. L. Relation between consumption of sugar sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. **Lancet**, local, v.357, n. xx, p.505-8, 2001.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause's food e nutrition therapy**. 12. ed. Local: Saunders e Elsevie, 2002.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v.15, n. 3, p.79-86, 2006.

MARINHO, M. C. S.; HAMANN, E. M.; LIMA, A. C. C. F. Práticas e mudanças no comportamento alimentar na população de Brasília, Distrito Federal, Brasil. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, Recife, v.7, n. 3, p.153-64, 2007.

MARQUES, A.; DIAS, C. M. Milk intake is inversely related to obesity in men and in young women: data from the Portuguese Health Interview Survey 1998-1999. **Int J Obes**, London, v.30, n. 1, p.88-93, 2006.

MARQUES, M. I. M. O conceito de espaço rural em questão. **Rev Terra Livre**, São Paulo, v.18, n.19, p.95-112, 1999.

MARX, K.; ENGELS, F. **Teses contra Feuerbach**: a ideologia alemã.. Lisboa: Presença, Martins Fontes, 1976. v. 2

MATTOS, L. L.; MARTINS, I. S. Consumo de fibras alimentares em população adulta. **J Public Health**, local, v.34, n. xx, p.50-5, 2000. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/rsp>>. Acesso em: 14 nov. 2012.

MCPHERSON, R. S. et al. Dietary assessment methods among school-age children: validity and reliability. **Prev Med**, Local, v.31, n. xx, p.11-33, 2000.

MELLO, M. T.; FERNANDEZ, A. C.; TUFIK, S. Levantamento epidemiológico da prática de atividade física na cidade de São Paulo. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo, v.6, n. 4, p.119-24, 2000.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável**: guia alimentar, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2004. SISVAN. **Estado nutricional dos usuários da atenção básica**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi->

win/SISVAN/CNV/notas_sisvan.html. Acesso em: 10 jun. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **A política Nacional de Alimentação e Nutrição e as Iniciativas para aumentar o consumo de frutas e hortaliças no Brasil**, 2010a.

_____. **Implantação da vigilância de fatores de risco e proteção para doenças e agravos não transmissíveis em município de pequeno porte** - Projeto CARMEN, Anchieta-ES, 2010b.

_____. **Obesidade e desnutrição**, 2009. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 28 de mar. de 2012.

MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO - **Secretaria de Agricultura Familiar**, 2008 . Disponível em: <<http://www.mda.gov.br/saf/index.php?sccid=812>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

MONTEIRO, C. A. **Velhos e novos males da saúde pública no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: Hucitec; 2001.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. **Arq Bras Endocrinol Metabol**, São Paulo, v.43, n. 3, p.186-94, 1999.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; COSTA, R. B. L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n. 3, p.251-8, 2000.

MOREIRA, R. A. D. **Aplicação do módulo transteórico para consumo de óleos e gorduras e sua relação com o consumo e alimentação e estado nutricional em serviço de promoção a saúde**. 2010. 190f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2010.

MORIMOTO, J. M. et al. Fatores associados à qualidade da dieta de adultos residentes na região metropolitana de São Paulo, Brasil, 2002. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n. 1, p.169-78, 2008.

MOURA, E. C. et al. Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v.11, n. xx, p.20-37, 2008.

MUNIZ, L.C. Consumo de leite e derivados entre adultos e idosos no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.27, n. xx, p.2441-551, 2012.

NIH. National Institutes of Health. **Clinical guidelines on the identification, evolution and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report**. NHLBI, 1998.

OLIVEIRA, T. C. A evolução histórica da Previdência social rural no Brasil, **Rev Bras Saúde Ocup**, Brasília, v.16, n. 4, p.26-32, 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. 2007. **Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006**. Local: Editora, ano.

PATE, R. R. et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**, v.273, n. xx, p.402-7, 1995.

PEDROSO, M. T. M. **Agricultura familiar: conceitos, experiências e lições**. 2000. 111 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Sustentável) - Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2000.

PERKKANIVEW, M. World food consumption patterns. In: RECHAIGL Jr., M. **Man, food and nutrition**. Ohio, Ed. CRC Press, 1995.

PHILIPPI, S.T. et al. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. **Rev Nutr**. v.12, n. xx, p.65-80, 1999.

_____. **Nutrição e dietética**. Barueri: Manole, 2003.

PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. Campinas. **Rev Nutr**, Campinas, v.17, n. 4, p.523-33, 2004.

PONTE, K. F. Pensando o conceito do rural. **Nera**. São Paulo, ano 7, n. 4, p.20-27, 2004.

PONTES, A. G. V. **Os perímetros irrigados com a estratégia geopolítica para o “desenvolvimento” do semiárido e suas implicações à saúde, ao trabalho e ao ambiente**. 2012. Ciência & Saúde Coletiva para a Sociedade. Rio Grande do Norte. Disponível em: <<http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos>>. Acesso em: 14 de maio 2012.

POPKIN, B. M. The nutrition transition and its health implications in lower income countries. **Public Health Nutrition**, local, v.1, n. xx, p.5-21, 1998.

_____. The Obesity Epidemic Is a Worldwide Phenomenon. **Nutr Rev**, São Paulo, v.56, n.4, p.106-14, 2001.

ANCHIETA. **Anchieta: passos para o futuro**. Agenda 21 local. Anchieta: PMA, 2006.

_____. **História de Anchieta**, 2010. Disponível em: <<http://www.anchieta.es.gov>>. Acesso em: 06 mar. 2012.

RAMOS, M. O. A. A. **"Comida da roça" ontem e hoje: um estudo demográfico dos saberes e praticas alimentares de agricultores de Maquiné (RS)**. 2007. Xx f. Dissertação (Mestrado em xxxx) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Faculdade de Ciências Econômicas. Porto Alegre.

2007.

RAMOS, M. H. R. Desenvolvimento sustentável numa perspectiva crítica. Vitória, ES: EMESCAM, 2010.

RAMPAZZO, S. E. A questão ambiental no contexto do desenvolvimento econômico. In: BECKER, D. F. (org.). **Desenvolvimento sustentável: necessidade e/ou possibilidade?** Santa Cruz do Sul: Editora, 1997. p.157-88.

RIBAS, D. L. B. et al. Saúde e estado nutricional infantil de uma população da região Centro-Oeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**, Local, v.33, n. 4, p.358-65, 1999.

RIBEIRO, F. F. et al. Visceral fat and metabolic syndrome: more than a simple association. **Arq Bras Endocrinol Metabol**, São Paulo, v.50, n.2, p.230-8, 2007.

RINALDI, A. E. M. et al. Contribuições das práticas alimentares e inatividade física para o excesso de peso infantil. **Rev Paulista Pediatr**, v.26, n. 3, p.271-277, 2008.

SAMPAIO, M. F. A. **Agricultura e segurança alimentar**: análise da produção e da disponibilidade de alimentos na América Latina. 2005. 115 f. Tese (Doutorado em Engenharia Agrícola) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2005.

SANTOS, J. S. et al. Perfil antropométrico e consumo alimentar de adolescentes de Teixeira de Freitas. **Rev Nutr**, Bahia, v.18, n. xx, p.23-632, 2006.

SANTOS, S. S. **Excesso de peso e autoavaliação do estado de saúde em 17 capitais brasileiras e no Distrito Federal**. 2011. Xx f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

SCHMIDT, M. I. et al. Validity of self report weight: a study of urban Brazilian adults. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.27, n. xx, p.271-6, 1993.

SCHNEIDER, S.; CAZELLA, A. A.; MATTEI, L. Histórico, caracterização e dinâmica recente do Pronaf - Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar. In: SCHNEIDER, S.; SILVA, M. K.; MARQUES, P. E. **Políticas públicas e participação social no Brasil rural**. Porto Alegre: UFRGS, 2004. p.21-51.

SEAP. Secretaria especial de aquicultura e pesca. **Diagnóstico sócio cultural econômico da população pesqueira do litoral capixaba**. Censo da Pesca Artesanal em Anchieta. Vitória. 2005.

SICHIERI, R. et al. High temporal, geographic and income variation in body

mass index among adults in Brasil. **Am Journal Public Health**, Washington DC, v.84, n.5, p.793-8, 1994.

_____. Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. **Arq Bras Endocrinol Metab**. São Paulo, v.44, n. xx, p.227-232, 2000.

SIGULEM, D. M.; VEIGA, G. P. Obesidade em adolescentes de baixa renda. In: FIESBERG, M. (Ed.) **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Fundação BYK; 2000. p.80-93.

SILVA, F. C. R.; PINTO, A. M. S. Análise da oferta de fibras alimentares em uma unidade de alimentação e nutrição. **Rev Nutr Pauta**, São Paulo, v.2, n. xx, p.31-4, 2008.

SILVA, M.S. **A história das nossas raízes**: itinerário das lutas por trabalhadores (as) rurais no Brasil e o surgimento do sindicalismo rural. I Módulo do Curso de Formação Política da Escola Nacional de Formação da CONTAG, Campina Grande, p.1-18, 2006.

SILVA, S. E.; NAVES, R. **Antropologia e nutrição**: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Norma técnica da vigilância alimentar e nutricional**, 2004. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi-win/SISVAN/CNV/notas_sisvan.html>. Acesso em: 30 jan. 2012.

SMITH, L.C. Nutritional assessment and indications for nutritional support. **Surg Clin North Am**, local, v.71, n.3, p.449-57, 2000.

SZWARCWALD, C. L. et al. Pesquisa mundial de saúde 2003: o Brasil em números. **RADIS**, Rio de Janeiro, n.23, p.14-33, 2004.

TARDIO, A. N.; FALCÃO, M. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Nutr Clín**, São Paulo, v.2, n.21 p.24, 2006.

TIRAPEGUI, J. et al. **Nutrição e metabolismo e suplementação na atividade física**. São Paulo, Atheneu, 2005.

TONNEAU, J. P.; SABOURIN, E. **Agricultura familiar**: interação entre políticas públicas e dinâmicas locais. Rio Grande do Sul: UFRGS, 2007.

TORRES, T.; FARAH, A. **Distribuição nos grãos, importância na qualidade e biodisponibilidade dos ácidos clorogênicos do café**. 2010. 130 f. Dissertação (Mestrado em Ciência e Tecnologia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

VARELLA, F. Cardápio renovado. **Veja**, São Paulo, p.48, abr. 1997.

VEIGA, J. E. et al. **O Brasil rural precisa de uma estratégia de desenvolvimento**. Brasília: Convênio FIPE-IICA (MDA/CNDRS/NEAD),

2001.

VIEBIG, R. F. Avaliação Antropométrica de Adultos. In: MARCIA, N. **Avaliação antropométrica no ciclo da vida**: uma visão prática. 2. ed. São Paulo: Metha, 2011.

WANDERLEY, M. N. B. A agricultura familiar no Brasil: um espaço em construção. **Reforma Agrária**, Campinas, v.25, n. 2/3, p.37-47, 1995.

WESZ JUNIOR, V. J. Política pública de agroindustrialização na agricultura familiar: uma análise do PRONAF - agroindústria. **Rev Econ Sociol Rural**, Brasília, v.48, n. 4, p. xx-xx, 2010.

WIENPAAL, J.; RAGLAND, D. R.; SIDNEY, S. Body mass index and 15-year mortality in a cohort of black men and women. **J Clin Epidemiol**, local, v.43, n. xx, p.949-60, 1990.

WIMMER, G.; FIGUEIREDO, G. O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinariedade e instersetorialidade. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v.11, n. 1, p.145-54, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Committee on physical activity for health. Exercise for health. **Bull World Health Organ**, v.73, n. 2, p.1-17, 1995.

_____. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. [WHO Technical Report Series 916]. Geneva: World Health Organization, 2004.

_____. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: World Health Organization, 2010.

_____. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organization, 1998.

_____. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization; 2000.

YOKOTA, R. et al. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças e agravos não transmissíveis em município de pequeno porte, Brasil, 2010. **Epidemiol Serv Saúde**, local, v.21, n. 1, p. xx, 2012.

ZHU, S. et al. Associations of body mass index and anthropometric indicators of fat mass and fat free mass with all-cause mortality among women in the first and second National Health and Nutrition Examination Surveys follow-up studies. **Ann Epidemiol**, local, v.13, n. xx, p.286-93, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A escolha de Anchieta para realização do estudo se baseou nos resultados do Projeto CARMEN, 2011 (Conjunto de Ações para Redução Multifatorial das Enfermidades Não Transmissíveis), realizado pelo Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil no município de Anchieta. Os resultados do Projeto CARMEN mostram que mais da metade da população de Anchieta, sendo a prevalência nos homens e nos residentes da área rural, estão com excesso de peso e que os hábitos alimentares da população estão prejudicados.

O objetivo é estudar características sociais demográficas, prática de atividade física, hábitos alimentares, tipos de alimentos consumidos e tabagismo em uma população rural de Anchieta, buscando correlacionar dados sociodemográficos, atividade física, hábitos alimentares e medidas antropométricas.

Inicialmente, na primeira etapa, realizarei a avaliação antropométrica dos participantes, na própria Estratégia de Saúde da Família. Em seguida, serão aplicados questionários contendo questões sobre a situação socioeconômica, prática de atividade física, escolha alimentar, e estilo de vida.

Os dados serão confidenciais, não havendo nenhum comprometimento para os participantes. O nome do participante só será revelado com a autorização do mesmo.

Os benefícios da pesquisa são para melhoria do estilo de vida da população. A importância de hábitos alimentares saudáveis e da prática de atividade física será apresentada à população rural de Anchieta.

O voluntário tem o direito de não participar ou de se retirar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo para o seu atendimento dentro da instituição aonde a pesquisa for executada.

Consentimento do Indivíduo

Eu, aceito participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DO PERFIL NUTRICIONAL, HÁBITOS DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS DA POPULAÇÃO RURAL DE ANCHIETA(ES): CONTRIBUIÇÕES PARA ELABORAÇÃO DE AÇÕES SOCIAIS E DE SAÚDE”, estando ciente de todas as informações contidas no termo.

Dados do participante:

Endereço:

Identidade:

Contato:

Assinatura do participante:

Local, data, ano:, / /

Pesquisador Responsável: Brena de Castro Costa. Portadora do CPF 12036208703, ID 1771886, residente na Av. Mario Corteletti, n.115, Mata da Praia, Vitória-ES. Contato: (27) 97788148. Comitê de Ética em Pesquisa (27) 33343558.

Assinatura do pesquisador (a):

APÊNDICE B - Questionário Sobre os Dados Socioeconômicos, a Prática de Atividade Física e os Hábitos Alimentares

DENTIFICAÇÃO E CONTROLE

Nome:
 Endereço:
 Cep: Bairro-Comunidade:
 Telefone fixo:; Celular:
 Número de moradores no domicílio:
 Local de trabalho:
 Tel. do trabalho:

Bloco 1- Dados Socioeconômicos

1. QUAL A SUA IDADE anos **2. Data nascimento:** ____/____/____

3. SEXO: 1 () masculino 2 () feminino

4. QUAL SEU ESTADO CIVIL ATUAL?

1 () solteiro

2 () casado/ união estável há mais de 6 meses

3 () viúvo

4 () separado/divorciado

5. O(A) SR(A) CARACTERIZA A COR DA SUA PELE COMO:

1 () branca

2 () negra

3 () parda ou morena

4 () amarela (apenas ascendência oriental)

5 () vermelha (confirmar ascendência indígena)

6 () não sabe

7 () não quis informar

6. O(A) SR(A) TEM TELEFONE FIXO EM CASA?

1 () sim

2 () não

3 () não quis informar

7. O(A) SR(A) TEM CELULAR? 1 () sim 2 () não 3 () não quis informar

8. O SR(A) PASSA QUANTOS HORAS POR NA INTERNET?

1 () 1 a 3 horas

2 () 4 a 5 horas

3 () 6 a 10 horas

4 () não possui internet

9. QUANTAS HORAS POR DIA PASSA EM FRENTE A TV?

1 () 1 a 3 horas

2 () 4 a 5 horas

3 () 6 a 10 horas

4 () 10 a 15 horas

5 () não tenho ou não assisto TV

10. O(A) SR(A) POSSUI AUTOMÓVEL?

1 () sim 2 () não

11. O(A) SR(A) POSSUI ELETRODOMÉSTICOS EM CASA, COMO: MÁQUINA DE LAVAR, AR CONDICIONADO, MICRO-ONDAS, ASPIRADOR DE PÓ? (Se possuir apenas uma desses pode marcar SIM).

1 () Sim 2 () Não

12. ATUALMENTE O(A) SR(A) TEM UM TRABALHO OU ATIVIDADE REMUNERADA?

1 () sim 2 () não

13. O TRABALHO DO(A) SR(A) É NO CAMPO OU NA CIDADE?

1 () campo 2 () cidade

14. QUAL A SUA OCUPAÇÃO?

1 () Aposentado

2 () Estudante

3 () Dona de casa

4 () Outros. Qual?

15. QUAL É A RENDA DA SUA FAMÍLIA POR MÊS?

TOTAL POR MÊS R\$ () Não Sabe/Recusa

16. O (A) SR (A) FREQUENTOU A ESCOLA?

1 () sim 2 () não

17. SE SIM, ATÉ QUE SÉRIE E GRAU O SR (A) ESTUDOU?

18. O(A) SR(A) OU FILHO(A) OU NETO(A), PRECISA SE DESLOCAR ATÉ O CENTRO DA CIDADE PARA ESTUDAR?

1 () sim 2 () não

Bloco 2 - Prática de Atividade Física

19. O(A) SR(A) PRATICA ATIVIDADE FÍSICA REGULARMENTE, ISTO É, PELO MENOS,

30 MINUTOS POR DIA, TODOS OS DIAS DA SEMANA?

1 () sim

2 () não

20. QUE TIPO DE EXERCÍCIO OU ESPORTE PRATICA?

1 () caminhada 2 () musculação 3 () natação 4 () futebol 5 () nenhum

6 () caminhada/bicicleta somente pra ir e voltar do trabalho

21. EXISTE PERTO DE SUA CASA ALGUM LUGAR PARA FAZER CAMINHADA, REALIZAR EXERCÍCIO OU PRATICAR ESPORTE?

1 () sim 2 () não

22. ESTE LUGAR É: (ANOTAR O MAIS ACESSÍVEL)

1 () um clube 2 () uma academia 3 () uma praça ou um calçadão ou um parque

4 () uma escola 5 () não conhece

23. A QUALIDADE DAS ESTRUTURAS, OS PROFISSIONAIS QUE TE ATENDEM, OS APARELHOS FORNECIDOS SÃO?

1 () bons 2 () ruins 3 () insuficientes para a quantidade de aluno

24. EXISTE ALGUM MÓDULO DO SOE (SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO PARA O EXERCÍCIO) PRÓXIMO DE SUA RESIDÊNCIA?

1 () sim 2 () não

25. ONDE O(A) SR(A) UTILIZA OS SERVIÇOS DO SOE?

1 () Academia Popular 2 () Unidade Básica de Saúde 3 () Centros de Referência

4 () Módulos fixos localizados em parques, praças ou calçadões

26. QUANTOS DIAS POR SEMANA?

1 () 1 a 2 dias 2 () 3 dias na semana 3 () 3 a 5 dias na semana

27. O(A) SR(A) FUMA?

1 () sim 2 () não

28. O(A) SR(A) SE SENTE CANSADO, SENTE FALTA DE AR QUANDO ESTÁ PRATICANDO ALGUM EXERCÍCIO?

1 () sim 2 () não

Bloco 3 - Hábitos Alimentares

29. QUANDO VAI AO SUPERMERCADO, QUAL CRITÉRIO QUE O(A) SR(A) CONSIDERA MAIS IMPORTANTE NA HORA DA COMPRA DO ALIMENTO ?

- 1() marca que confio/conhecida 2() ser um alimento de qualidade
3() ser mais nutritivo/enriquecido com vitaminas 4() ser gostoso/saboroso
5() ser barato (compro somente o básico, arroz, feijão e ovo) 6() não tem perto da minha casa
7() aquele alimento que lhe chamou a atenção em uma propaganda (TV, internet, jornal)

30. AO SR(A) É OFERTADO PALESTRAS, DINÂMICAS SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL?

- 1() sim 2() não

31. COM QUE FREQUÊNCIA O(A) SR (A) FREQUENTA LANCHONETE, TRAILER, BAR, RESTAURANTE?

- 1() 1 a 2 dias por semana 2() 3 a 4 dias por semana 3() todos os dias (inclusive sábado e domingo) 4() nunca

32. O QUE O(A) SR(A) LEVA EM CONSIDERAÇÃO NA ESCOLHA DO ALIMENTO?

- 1() aparência (ex: cor, combinação da preparação, montagem e arrumação local, higiene, presença de gordura ou não) 2() sabor/odor 3() forma de preparo (ex: assado, cozido, cru, grelhada) 4() valor nutricional e calórico (ex: alimentos que considera saudável) 5() preço

33. PRINCIPAL FERRAMENTA PARA OBTER INFORMAÇÕES SOBRE ALIMENTOS E PRODUTOS:

- 1() Internet 2() Jornais e revistas 3() Familiares 4() Televisão 5() Nutricionistas, médicos

34. QUAL A INFORMAÇÃO APRESENTADA NOS RÓTULOS DOS ALIMENTOS QUE MAIS LHE INTERESSA?

- 1() Nenhuma 2() Sobre calorias 3() Gordura trans 4() Colesterol 5() Açúcar 6() Sódio / sal

35. O(A) SR(A) MUDOU SUA ALIMENTAÇÃO NO ÚLTIMO MÊS OU ESTÁ FAZENDO ALGUM TIPO DE DIETA (emagrecer ou outro motivo)?

- 1() não
2() sim, para reduzir peso- sem orientação médica
3() sim, para reduzir peso- com orientação médica
4() sim, para dieta vegetariana ou redução da consumo de carne
5() sim, para redução de sal
6() sim, para redução do colesterol
7() sim, para ganho de peso

APÊNDICE C - Como Está a Sua Alimentação?

Escolha só UMA resposta. Vamos começar.

1 – Qual é, em média, a quantidade de frutas (unidade/ fatia/pedaço/copo de suco natural) que você come por dia?

- a. Não como frutas, nem tomo suco de frutas natural
- b. 3 ou mais unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural
- c. 2 unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural
- d. 1 unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural

2 – Qual é, em média, a quantidade de legumes e verduras que você come por dia? Atenção! Não considere nesse grupo os tubérculos e as raízes (veja pergunta 4).

- a. Não como legumes, nem verduras todos os dias
- b. 3 ou menos colheres de sopa
- c. 4 a 5 colheres de sopa
- d. 6 a 7 colheres de sopa
- e. 8 ou mais colheres de sopa

3 – Qual é, em média, a quantidade que você come dos seguintes alimentos: feijão de qualquer tipo ou cor, lentilha, ervilha, grão-de-bico, soja, fava, sementes ou castanhas?

- a. Não consumo
- b. 2 ou mais colheres de sopa por dia
- c. Consumo menos de 5 vezes por semana
- d. 1 colher de sopa ou menos por dia

4 – Qual a quantidade, em média, que você consome por dia dos alimentos listados abaixo?

- a. Arroz, milho e outros cereais (inclusive os matinais); mandioca/macaxeira/aipim, cará ou inhame; macarrão e outras massas; batata-inglesa, batata-doce, batata-baroa ou mandioquinha:colheres de sopa
- b. Pães: unidades/fatias
- c. Bolos sem cobertura e/ou recheio: fatias
- d. Biscoito ou bolacha sem recheio: unidades

5 – Qual é, em média, a quantidade de carnes (gado, porco, aves, peixes e outras) ou ovos que você come por dia?

- a. Não consumo nenhum tipo de carne
- b. 1 pedaço/fatia/colher de sopa ou 1 ovo
- c. 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou 2 ovos
- d. Mais de 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou mais de 2 ovos

6 – Você costuma tirar a gordura aparente das carnes, a pele do frango ou outro tipo de ave?

- a. Sim
- b. Não
- c. Não como carne vermelha ou frango

7 – Você costuma comer peixes com qual frequência?

- a. Não consumo
- b. Somente algumas vezes no ano
- c. 2 ou mais vezes por semana
- d. De 1 a 4 vezes por mês

8 – Qual é, em média, a quantidade de leite e seus derivados (iogurtes, bebidas lácteas, coalhada, requeijão, queijos e outros) que você come por dia? Pense na quantidade usual que você consome: pedaço, fatia ou porções em colheres de sopa ou copo grande (tamanho do copo de requeijão) ou xícara grande, quando for o caso.

- a. Não consumo leite, nem derivados (vá para a questão 10)
- b. 3 ou mais copos de leite ou pedaços/fatias/porções
- c. 2 copos de leite ou pedaços/fatias/porções
- d. 1 ou menos copos de leite ou pedaços/fatias/porções

9 – Que tipo de leite e seus derivados você habitualmente consome?

- a. Integral
- b. Com baixo teor de gorduras (semidesnatado, desnatado ou light)

10 – Pense nos seguintes alimentos: frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres, presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, linguiça e outros). Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?

- a. Raramente ou nunca
- b. Todos os dias
- c. De 2 a 3 vezes por semana
- d. De 4 a 5 vezes por semana
- e. Menos que 2 vezes por semana

11 – Pense nos seguintes alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados. Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?

- a. Raramente ou nunca
- b. Menos que 2 vezes por semana
- c. De 2 a 3 vezes por semana
- d. De 4 a 5 vezes por semana
- e. Todos os dias

12 – Qual tipo de gordura é mais usado na sua casa para cozinhar os alimentos?

- a. Banha animal ou manteiga
- b. Óleo vegetal como: soja, girassol, milho, algodão ou canola
- c. Margarina ou gordura vegetal

13 – Você costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?

- a. Sim

b. Não

14 – Pense na sua rotina semanal: quais as refeições você costuma fazer habitualmente no dia? Assinale no quadro abaixo as suas opções. Cada item vale um ponto, a pontuação final será a soma deles.

	Não(0)	Sim(1)
Café da manhã		
Lanche da manhã		
Almoço		
Lanche ou café da tarde		
Jantar ou café da noite		
Lanche antes de dormir		
Pontuação Final	Preenchida pelo pesquisador	

15 – Quantos copos de água você bebe por dia? Inclua no seu cálculo sucos de frutas naturais ou chás (exceto café, chá preto e chá mate).

- a. Menos de 4 copos
 b. 8 copos ou mais
 c. 4 a 5 copos
 d. 6 a 8 copos

16 – Você costuma consumir bebidas alcoólicas (uísque, cachaça, vinho, cerveja, conhaque etc.) com qual frequência?

- a. Diariamente
 b. 1 a 6 vezes na semana
 c. Eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês)
 d. Não consumo

17 – Você faz atividade física REGULAR, isto é, pelo menos 30 minutos por dia, todos os dias da semana, durante o seu tempo livre?

Considere aqui as atividades da sua rotina diária como o deslocamento a pé ou de bicicleta para o trabalho, subir escadas, atividades domésticas, atividades de lazer ativo e atividades praticadas em academias e clubes. Os 30 minutos podem ser divididos em 3 etapas de 10 minutos.

- a. Não
 b. Sim
 c. 2 a 4 vezes por semana

18 – Você costuma ler a informação nutricional que está presente no rótulo de alimentos industrializados antes de comprá-los?

- a. Nunca
 b. Quase nunca
 c. Algumas vezes, para alguns produtos
 d. Sempre ou quase sempre, para todos os produtos

APÊNDICE D - Questionário de Frequência Alimentar

Grupo das Hortaliças, Legumes e Frutas								
Alimento	Quantidade	Nunca	Menos de 1x mês	1 a 3x por mês	1 x por semana	2 a 4x por semana	1 x ao dia	2 ou mais x ao dia
Alface	1 porção/6 folhas médias							
Acelga/repolho	2 colher de servir							
Agrião/rúcula	3 ramos/6 folhas médias							
Couve flor	2 ramos médios							
Beterraba	1 colher de servir							
Cenoura	1 colher de servir							
Espinafre/couve	1 colher de servir							
Ervilha	2 colher de sopa							
Milho verde	1 colher de sopa							
Pepino	6 fatias médias							
Tomate	3 fatias médias							
Feijão	1 ½ concha média							
Abacate/abacaxi	½ unidade							
Laranja/banana	1 unidade média							
Maçã/pera	1 unidade média							
Melão/melancia/mamão	1 fatia média							
Outros- kiwi, ameixa, uva	½ xícara de chá							
Suco de fruta sem açúcar	1 copo de requeijão							
Suco de fruta com açúcar	1 copo de requeijão							

Grupo dos Óleos, Gorduras e Açúcares								
Alimento	Quantidade	Nunca	Menos 1x mês	1 a 3x mês	1 x por semana	2 a 4x por semana	1x ao dia	2 ou mais x ao dia
Batata chips ou salgadinho	½ pacote grande							
Sorvete	2 bolas/1 unidade							
Achocolatado em pó	2 colher de sopa rasas							
Pipoca	1 saco médio de pipoqueiro							
Açúcar adicionado em chá, café, leite etc.	2 colher de sobremesa							
Salgado frito	1 unidade média							
Salada de maionese	1 colher de servir							
Farofa	1 colher de servir							
Pizza	1 fatia média							
Maionese tradicional	1 colher de servir							
Manteiga/Margarina	1 ponta de faca							
Azeite de oliva	1 colher de café							

Grupo do Leite e Produtos Lácteos								
Alimento	Quantidade	Nunca	Menos 1x mês	1 a 3x mês	1 x por semana	2 a 4x por semana	1x ao dia	2 ou mais x ao dia
Leite integral	1 copo de requeijão cheio							
Leite desnatado	1 copo de requeijão cheio							
Leite fermentado	1 garrafinha							
Outros- queijo, requeijão	1 fatia média/1 ponta de faca							

Grupo dos Pães, Cereais e Tubérculos								
Alimento	Quantidade	Nunca	Menos 1x mês	1 a 3x mês	1 x por semana	2 a 4x por semana	1x ao dia	2 ou mais x ao dia
Arroz cozido	4 colheres de sopa/1 ½ colher de servir/1 escumadeira grande							
Macarrão	3 colheres de servir/pegador							
Pão Frances/caseiro	1 ½ unidade/3 fatias							

Grupo da Carne, Ovo e Embutidos								
Alimento	Quantidade	Nunca	Menos 1x mês	1 a 3x mês	1 x por semana	2 a 4x por semana	1x ao dia	2 ou mais x ao dia
Carne cozida	1 fatia média/ 1 colher de servir/ 1 unidade média							
Carne frita	1 pedaço médio/1 unidade média							
Ovo frito	1 unidade média/1 pedaço médio							
Embutidos- salsicha, presunto	2 fatias médias							

Grupo das Bebidas								
Alimento	Quantidade	Nunca	Menos 1x mês	1 a 3x mês	1 x por semana	2 a 4x por semana	1x ao dia	2 ou mais x ao dia
Refrigerante	1 ½ copo de requeijão/ 1 lata							
Suco artificial	1 copo de requeijão							
Café/chá	1 xícara de chá pequena							

ANEXOS

ANEXO A - Avaliação Antropométrica

Peso:

Altura:

Circunferência da Cintura:

Circunferência do Braço:

IMC:

**ANEXO B - Classificação da circunferência da cintura de acordo com o sexo
para adultos e idosos caucasianos**

Complicações associadas a obesidade Homem e Mulher	Homem	Mulher
Sem Risco	< 94,0 cm	< 80,0 cm
Risco Elevado	≥ 94,0 a < 102,0 cm	cm ≥ 80,0 a < 88,0 cm
Risco Muito Elevado	≥ 102,0 cm	≥ 88,0 cm

Fonte: WHO, 1998

ANEXO C - Tabela de Percentis da Circunferência do Braço

QUADRO D1 Percentis de circunferência do braço (cm) de acordo com idade para homens.

Idade	Percentis								
	5	10	15	25	50	75	85	90	95
1,0 – 1,9	14,2	14,7	14,9	15,2	16,0	16,9	17,4	17,7	18,2
2,0 – 2,9	14,3	14,8	15,1	15,5	16,3	17,1	17,6	17,9	18,6
3,0 – 3,9	15,0	15,3	15,5	16,0	16,8	17,6	18,1	18,4	19,0
4,0 – 4,9	15,1	15,5	15,8	16,2	17,1	18,0	18,5	18,7	19,3
5,0 – 5,9	15,5	16,0	16,1	16,6	17,5	18,5	19,1	19,5	20,5
6,0 – 6,9	15,8	16,1	16,5	17,0	18,0	19,1	19,8	20,7	22,8
7,0 – 7,9	16,1	16,8	17,0	17,6	18,7	20,0	21,0	21,8	22,9
8,0 – 8,9	16,5	17,2	17,5	18,1	19,2	20,5	21,6	22,6	24,0
9,0 – 9,9	17,5	18,0	18,4	19,0	20,1	21,8	23,2	24,5	26,0
10,0 – 10,9	18,1	18,6	19,1	19,7	21,1	23,1	24,8	26,0	27,9
11,0 – 11,9	18,5	19,3	19,8	20,6	22,1	24,5	26,1	27,6	29,4
12,0 – 12,9	19,3	20,1	20,7	21,5	23,1	25,4	27,1	28,5	30,3
13,0 – 13,9	20,0	20,8	21,6	22,5	24,5	26,6	28,2	29,0	30,8
14,0 – 14,9	21,6	22,5	23,2	23,8	25,7	28,1	29,1	30,0	32,3
15,0 – 15,9	22,5	23,4	24,0	25,1	27,2	29,0	30,3	31,2	32,7
16,0 – 16,9	24,1	25,0	25,7	26,7	28,3	30,6	32,1	32,7	34,7
17,0 – 17,9	24,3	25,1	25,9	26,8	28,6	30,8	32,2	33,3	34,7
18,0 – 24,9	26,0	27,1	27,7	28,7	30,7	33,0	34,4	35,4	37,2
25,0 – 29,9	27,0	28,0	28,7	29,8	31,8	34,2	35,5	36,6	38,3
30,0 – 34,9	27,7	28,7	29,3	30,5	32,5	34,9	35,9	36,7	38,2
35,0 – 39,9	27,4	28,6	29,5	30,7	32,9	35,1	36,2	36,9	38,2
40,0 – 44,9	27,8	28,9	29,7	31,0	32,8	34,9	36,1	36,9	38,1
45,0 – 49,9	27,2	28,6	29,4	30,6	32,6	34,9	36,1	36,9	38,2
50,0 – 54,9	27,1	28,3	29,1	30,2	32,3	34,5	35,8	36,8	38,3
55,0 – 59,9	26,8	28,1	29,2	30,4	32,3	34,3	35,5	36,6	37,8
60,0 – 64,9	26,6	27,8	28,6	29,7	32,0	34,0	35,1	36,0	37,5
65,0 – 69,9	25,4	26,7	27,7	29,0	31,1	33,2	34,5	35,3	36,6
70,0 – 74,9	25,1	26,2	27,1	28,5	30,7	32,6	33,7	34,8	36,0

Fonte: Frisancho (1990).