

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
NÚCLEO DE NUTRIÇÃO

Natália Oliveira Spinelli

PERFIL ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE MULHERES EM IDADE
FÉRTIL USUÁRIAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE
DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO/PE
2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
NÚCLEO DE NUTRIÇÃO

PERFIL ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE MULHERES EM IDADE
FÉRTIL USUÁRIAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE
DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação
em Nutrição como requisito para
conclusão do Curso de Bacharel em
Nutrição

Estudante: Natália Oliveira Spinelli
Orientadora: Juliana Souza Oliveira

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO/PE
2011

“Dê a quem você ama: asas para voar,
raízes para voltar e motivos para ficar.”

Dalai Lama

Dedico este trabalho às mulheres de Vitória de Santo Antão por ter relatado seus hábitos alimentares e condições de vida em favor deste trabalho de graduação. Trabalho este que está voltado para aperfeiçoar o acesso ao alimento e melhorar a qualidade de vida de toda a comunidade.

Natália Oliveira Spinelli

Agradecimentos

Gostaria de agradecer, em especial, a Deus, pois confiante no poder dele sei que posso alcançar todos os meus sonhos.

Agradeço à minha família, por todo o apoio e dedicação que tiveram comigo durante todos os anos da minha vida. Serei eternamente grato a todos os sacrifícios enfrentados pelos meus pais (Francisca Oliveira e Fernando Spinelli), que sempre batalharam para que não faltasse nada para nenhum de seus filhos.

Agradeço às minhas avós, Adalva e Maria, e a meus avôs Fernando e Francisco dos quais tenho muito carinho, respeito e admiração. E também a minha irmã querida Manuela.

Agradeço, em especial, a Márcio Neves, meu namorado, que sempre esteve do meu lado agüentando todas as minhas chatices proporcionadas por meses de trabalho excessivo e outras nem tanto. Com certeza, essa pessoa faz minha vida muito mais feliz transformando simples momentos que passamos juntos em especiais.

A todos os meus amigos, tantos os mais antigos como Carol, Juliana, Rebeca, Raquel e também as amigas mais recentes como Aline, Cibele, Juliana, Sheylane e em especial a Macelly e a Samanta que desenvolveram esse projeto comigo.

Gostaria de agradecer a Professora Roberta Bento e a Professora Juliana Souza Oliveira, orientadoras de trabalhos de graduação, que sempre foram atenciosas comigo e com o nosso trabalho.

Resumo

O consumo alimentar da população brasileira é associado diretamente a características culturais, nutricionais, socioeconômicos e demográficos. O estudo teve como objetivo descrever o perfil de consumo alimentar em mulheres em idade reprodutiva usuárias da Estratégia Saúde da Família na cidade de Vitória de Santo Antão. Estudo de caráter transversal com 200 mulheres. Foi utilizado o questionário de frequência alimentar contendo uma lista previamente elaborada. A frequência do consumo de alimentos consumidos diariamente constituiu-se dos seguintes produtos: pães e cereais (97,1%), óleo (84,1%), açúcar e doces (84,1%), feijões (79,2%), margarina ou manteiga (59,4%), suco de frutas (47,5%), frutas (44,4%) e hortaliças (38,6%). Com relação aos alimentos consumidos frequentemente, destacaram-se: frango (83,7%), carne (75,4%), peixes (61,4%), refrigerantes (60,4%), ovos (56,6%), queijo (48,4%), vísceras (40,6%). Enquanto aos alimentos nunca ou raramente consumidos, foram: carne suína (95,7%), vísceras (57,0%) e leite (43,9%). O consumo alimentar mostrou-se em desacordo com as recomendações do guia alimentar, sobretudo em relação aos grupos do leite e derivados, frutas e hortaliças e pães e cereais. A escolaridade da mulher, índice de massa corporal, circunferência da cintura e a relação cintura quadril se associaram estaticamente com o consumo diário de margarina ou manteiga e leite; feijão; queijo e feijão e queijo, respectivamente. Em relação à rotulagem, verificou-se que em relação ao prazo de validade 75,4%, referiram que sempre liam essa informação, entretanto 55% não prestavam atenção no valor nutricional, 51% nos ingredientes e 42,5% no modo de conservação dos alimentos.

Palavras-chaves: Consumo alimentar, guia alimentar, mulheres em idade fértil.

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1. MARCO TEÓRICO	10
1.2. CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA	12
1.2.1. MULHER NO CONTEXTO ATUAL	12
1.2.2. CONSUMO ALIMENTAR E FATORES RELACIONADOS.....	12
1.2.3. RECOMENDAÇÕES NACIONAIS	14
1.2.4. ROTULAGEM NUTRICIONAL	15
1.2.5. EDUCAÇÃO NUTRICIONAL COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	15
1.3. CONTEXTO DO ESTUDO	16
2. OBJETIVOS.....	18
2.1. OBJETIVO GERAL.....	18
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3. HIPÓTESE	19
4. METODOLOGIA	20
5. RESULTADOS	23
6. DISCUSSÃO.....	28
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
8. REFERÊNCIAS.....	36
APÊNDICE A.....	40
APÊNDICE B.....	41
ANEXO 01	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da frequência do consumo alimentar segundo grupo de alimentos em mulheres em idade fértil. Vitória de Santo Antão - PE, 2011.....23

Tabela 2 - Distribuição da frequência dos aspectos relacionados à rotulagem de alimentos em mulheres em idade fértil. Vitória de Santo Antão - PE, 2011.....24

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição percentual do consumo de alimentos, segundo escolaridade (anos de estudo) em mulheres em idade fértil. Vitória de Santo Antão - PE, 2011.....25

Figura 2- Distribuição percentual do consumo de alimentos, segundo o índice de massa corporal das mulheres em idade fértil. Vitória de Santo Antão - PE, 2011.25

Figura 3 - Distribuição percentual do consumo de alimentos, segundo a circunferência da cintura de mulheres em idade fértil. Vitória de Santo Antão - PE, 2011.....26

Figura 4 - Distribuição percentual do consumo de alimentos, segundo a relação cintura quadril das mulheres. Vitória de Santo Antão - PE, 2011.27

1. INTRODUÇÃO

1.1. Marco teórico

No Brasil, não são frequentes os estudos que avaliem e acompanhem o consumo alimentar da população. No entanto, apesar de não haver periodicidade definida, eles têm possibilitado a visualização dos hábitos alimentares dos brasileiros, como também do estado de saúde e nutrição da população. Essas pesquisas servem de base para a criação de programas de saúde pública, pois permite conhecer os fatores que podem interferir no consumo da população (MONTEIRO 1995; LEAL & BITTENCOURT 1997; BATISTA FILHO & RISSIN, 2003).

O primeiro e mais extenso inquérito nacional que apresentou a situação alimentar e nutricional da população, utilizando uma metodologia de pesagem direta do país foi o Estudo Nacional de Despesa Familiar (Endef, 1974/75), foi uma pesquisa domiciliar, porém não abrangeu as áreas rurais do Norte e do Centro-Oeste. Esse estudo foi realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com o objetivo de coletar dados relevantes sobre orçamentos familiares e consumo de alimentos. Seu principal foco era a análise da situação nutricional tendo por base um quadro de orçamentos familiares (IBGE, 1977).

A partir dessa experiência, verificou-se ainda o estado de nutrição das pessoas, onde a desnutrição infantil apresentou maiores proporções nas regiões Nordeste (27%) e Norte (24,5%). A deficiência protéica foi muito baixa e a dieta pobre em energia foi o fator de mais forte associação com a prevalência de desnutrição. Para a população feminina adulta, segundo o índice de massa corporal (IMC), a prevalência foi de 26,4% de baixo peso, 48% de eutrofia, 18,7% de sobrepeso e 6,9% de obesidade das mulheres (IBGE, 1977).

O trabalho nacional mais recente que avaliou o consumo alimentar da população brasileira foi a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF, 2008/09), realizado pelo IBGE, em parceria com o Ministério da Saúde. Esse estudo traça o perfil das condições de vida da população brasileira, a partir da análise do orçamento doméstico das famílias, investigando os hábitos de consumo, o destino de gastos e a distribuição dos rendimentos (IBGE, 2010).

As regiões metropolitanas selecionadas como amostras foram às mesmas das edições anteriores, desde a POF 1987-1988: Belém, Fortaleza, Recife, Salvador,

Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre. Salientando que foram analisados os indivíduos da zona rural e urbana (IBGE, 2010).

A análise dos dados antropométricos da POF 2008-2009 aponta para a desnutrição, nos primeiros anos de vida, e o excesso de peso e a obesidade, em todas as idades, sendo considerados problemas de grande relevância para a saúde pública no Brasil. Em adultos, o excesso de peso vem aumentando nas últimas décadas e, atualmente, é encontrado em cerca de metade dos brasileiros. Nos últimos seis anos, desde a última POF 2002-2003, a frequência de pessoas com excesso de peso aumentou em mais de um ponto percentual ao ano, o que indica que, em cerca de dez anos, o excesso de peso poderia alcançar dois terços da população adulta do Brasil, situação encontrada atualmente na população dos Estados Unidos (IBGE, 2010).

Visto que, o Brasil passa por uma fase de transição alimentar na qual a diferença no estilo de vida e nas escolhas pelos alimentos mudaram, o país foi um dos 191 países que em maio de 2004, na 57ª Assembléia Mundial de Saúde da OMS, aprovou a Estratégia Global para Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (EG). Suas recomendações foram legitimadas por um Relatório Técnico elaborado por um grupo de 30 especialistas independentes que trabalhou para rever as evidências científicas disponíveis sobre dieta alimentar e os seus efeitos nas Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). (WHO, 2004).

A Estratégia Global consiste, basicamente, num conjunto de orientações, recomendações e indicações que devem ser adaptadas frente às diferentes realidades dos países e integradas às políticas nacionais, regionais e locais, com vistas a garantir que os indivíduos possam fazer escolhas saudáveis relacionadas à alimentação e à atividade física, prevendo ações de caráter regulatório, fiscal e legislativo sobre o ambiente que visam tornar essas escolhas factíveis. (WHO, 2004).

Discorre ainda, que o solucionamento dos problemas relacionados à alimentação pelos governos nacionais demanda políticas públicas e ações educativas que vão além de informar os indivíduos. Essas políticas devem oferecer um ambiente que estimule, apóie e proteja padrões saudáveis de alimentação e de atividade física. Como por exemplo, medidas fiscais que tornem os alimentos saudáveis mais acessíveis, de normas que limitem a publicidade de alimentos não

saudáveis e de intervenções no planejamento urbano que facilitem a prática cotidiana de atividade física, como: pista de corrida, praças, entre outros. (WHO, 2004).

1.2. Caracterização do problema

1.2.1. Mulher no contexto atual

A mulher tem desenvolvido papéis importantes na família atualmente, chegando muitas vezes a assumir o papel de chefe da família, coisa que em pouco tempo não acontecia. Ela precisa, agora, desenvolver habilidades profissionais, ser capaz também de aprender a gerir salários, a cuidar dos filhos, da casa e de seu marido, o que interfere de forma direta na alimentação. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - PNDS/2006 mostrou que 54,2% das mulheres em idade reprodutiva declararam estar trabalhando no ano da pesquisa (BRASIL, 2009).

Em relação à inclusão socioeconômica da mulher, a PNDS 2006 revelou que as mulheres menos escolarizadas foram as que, em maior proporção, nunca trabalharam ou não trabalharam no ano de referência, esta realidade tem bastante influência na prática alimentar (BRASIL, 2009). Essa influência deve-se ao fato da associação entre baixa escolaridade e baixa renda e também ao menor acesso a informações nutricionais e o baixo poder aquisitivo. De acordo com IBGE (2003), o custo com alimentação representa 26,66% da renda familiar na região Nordeste, ocupando o primeiro lugar nas despesas da família.

A PNDS confirmou a tendência declinante da fecundidade, que atingiu seu nível mais baixo dos últimos anos. A média de filhos nascidos vivos para o total do País, entre as mulheres de 15 a 49 anos, foi de 1,5, sendo a média, no grupo etário 45-49 anos, de 2,6. Pelo efeito da mortalidade, este grupo de mulheres acaba tendo um número médio de filhos sobreviventes de 2,4, porém essa queda não é muito significativa nas classes mais pobres (BRASIL, 2009).

1.2.2. Consumo alimentar e fatores relacionados

No Brasil os hábitos alimentares sofreram alterações, estas modificações obedeceram a um padrão semelhante nas várias regiões, relacionando-se ao seu

desenvolvimento econômico, cultural e demográfico (PEDRAZA, 2004). As transformações na geração de renda e estilo de vida puderam ser observadas na estrutura de ocupações de empregos, que passou de um mercado de trabalho formado pelo setor primário (agropecuária e extrativismo) para uma demanda de mão-de-obra concentrada no setor secundário (indústria) e, sobretudo, no setor terciário (comércio) da economia (BATISTA FILHO & RISSIN, 2003). Essas mudanças interferiram de sobremaneira no perfil de consumo alimentar.

O perfil alimentar da população está diretamente associado a fatores culturais, nutricionais, socioeconômicos e demográficos, sendo necessário um melhor entendimento desses aspectos e seus mecanismos no entendimento das mudanças de comportamento alimentar e suas consequências, para que seja obtida a segurança alimentar (CARVALHO, 2011).

Fatores como a prática de atividade física e o consumo alimentar influenciam diretamente o estado nutricional. As crescentes taxas de prevalência de sobrepeso e obesidade têm caracterizado esta situação como um grave problema de saúde pública. Além de causar diversas doenças, o excesso de peso também traz a limitação da prática de atividades físicas depreciando ainda mais a qualidade de vida do indivíduo (CORREIA, 2011).

A seleção de alimentos, assim como a prática da alimentação saudável, é muito complexa e influenciada por vários fatores, no qual os mais relevantes são o acesso aos alimentos e o conhecimento sobre nutrição. Através da educação nutricional, a qual é apontada e utilizada como estratégia de ação para a promoção da saúde, os profissionais de saúde têm a oportunidade de traduzir a ciência da Nutrição, o que permite à população refletir acerca do seu comportamento alimentar e resgatar os hábitos alimentares saudáveis.

Visto que a alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população (CONSEA, 2006).

1.2.3.Recomendações Nacionais

O Ministério da Saúde elaborou o Guia Alimentar para orientar a População Brasileira com o objetivo de promover a saúde por meio da alimentação saudável, esse instrumento oficial contém as primeiras diretrizes alimentares para a nossa população, isto porque, há evidências de cunho científico que mostra de forma contundente o impacto da alimentação saudável na prevenção das mortes prematuras, causadas por doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2005).

O guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável é dividido em três partes. A primeira parte apresenta o referencial teórico que fundamentou a sua elaboração e o situa em relação aos propósitos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), integrante da Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2003) e se estabiliza como elemento concreto para a prática das recomendações preconizadas pela Organização Mundial de Saúde, no âmbito da Estratégia Global de Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (WHO, 2004). A segunda parte aborda as diretrizes de uma alimentação saudável; a terceira parte mostra o perfil epidemiológico brasileiro e traz os dados de consumo alimentar disponíveis no Brasil (BRASIL, 2005).

O guia é estruturado ainda em recomendações voltadas para diferentes públicos: família, população em geral, indústria e profissionais de saúde. Além do que tem como objetivos informar a população, modificar práticas alimentares e com isso prevenir o excesso de peso considerando o princípio da quantificação, onde as diretrizes são expressas como porcentagens ou proporções do consumo de energia necessária para manutenção da saúde. As informações do guia são para população como um todo, adotando como parâmetro um brasileiro saudável com uma ingestão média diária de 2000 Kcal. Especificamente, as diretrizes fornecem a base para a promoção de sistemas alimentares saudáveis e de consumo de alimentos saudáveis, com o objetivo de reduzir a ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis. São elas: 1- Os alimentos saudáveis e as refeições; 2 - Cereais, tubérculos e raízes; 3- Frutas, legumes e verduras; 4 - Feijões e outros alimentos vegetais ricos em proteínas; 5- Leite e derivados, carnes e ovos; 6- Gorduras, açúcares e sal; 7- Água; Diretriz Especial 1- Atividade física e Diretriz Especial 2 - Qualidade sanitária dos alimentos (BRASIL, 2005).

1.2.4. Rotulagem nutricional

O rótulo é o meio utilizado para conhecer a composição do alimento, a segurança quanto à ingestão de nutrientes e energia, bem como informações importantes para a promoção da saúde. Isso tudo para contribuir com a melhoria da sua saúde e qualidade de vida dos consumidores. Assim a rotulagem nutricional de alimentos é um apoio valioso para os consumidores, principalmente as mulheres, que costumam fazer as compras. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA é o órgão responsável pela regulação da rotulagem de alimentos que estabelece as informações que um rótulo deve conter, visando à garantia de qualidade do produto e à saúde do consumidor (BRASIL, 2003).

Dados recentes levantados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) demonstram que a maioria das pessoas consulta os rótulos dos alimentos no momento da compra, no entanto, mais da metade não compreende adequadamente o significado das informações. Por isso a população precisa ser informada para saber analisar os rótulos e escolher o produto que mais se adéqua as suas necessidades.

1.2.5. Educação nutricional como estratégia de promoção da saúde

Face ao cenário apresentado, torna-se urgente e imprescindível o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, capazes de prevenir e evitar agravos ocasionados pela transição nutricional. Assim, torna-se imperativo a formação de recursos humanos adequadamente preparados, comprometidos e com conhecimento técnico e científico pautado na realidade epidemiológica que o cerca, considerando a multicausalidade da situação alimentar e nutricional vigente.

Nesse sentido a educação nutricional tem um papel fundamental em relação à promoção de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, idade em que se formam os hábitos, mas também nos adultos. Cerqueira (1985) considera a educação nutricional como medida de alcance coletivo com o fim primordial de *"proporcionar os conhecimentos necessários e a motivação coletiva para formar atitudes e hábitos de uma alimentação sadia, completa, adequada e variada"*. E, ainda permite desenvolver estratégias de resgate de hábitos e práticas alimentares regionais relacionadas ao consumo de alimentos saudáveis, reflexão sobre a

alimentação cotidiana da população e troca de saberes relativos à culinária, a cultura, saúde e ainda, da qualidade do alimento, tanto do ponto de vista sanitário quanto nutricional. Josué de Castro, sempre foi um defensor do planejamento econômico e da reestruturação agrícola para resolver o problema da fome, porém não rejeitava o papel da educação (CASTRO, 2001).

1.3. Contexto do Estudo

Vitória foi povoada a partir de 1626, quando o português Diogo Braga, homem dedicado à criação de gado e proprietário de várias fazendas, resolveu construir uma pequena capela em devoção a Santo Antônio, que além de ser padroeiro de sua terra natal era também considerado o patrono contra o furto de gado (PERNAMBUCO, 2011).

O nome Vitória foi dado em homenagem à vitória dos pernambucanos sobre os holandeses, no Monte das Tabocas. Através da Lei Orgânica nº 52, de 3 de agosto de 1892, tornou-se município autônomo e pelo Decreto Estadual nº 952, de 31 de dezembro de 1943, passou o município a denominar-se Vitória de Santo Antônio (PERNAMBUCO, 2011).

A cidade de Vitória de Santo Antônio possui, aproximadamente, 126 mil habitantes, distando 45 km de Recife, capital do Estado de Pernambuco. Os empreendimentos de pequeno porte são maioria no município, representados pela agroindústria, fruto da atividade canieira (PERNAMBUCO, 2011).

O comércio de Vitória destaca-se no ramo automobilístico, com vendas de peças de motos, carros e fabricação de trios elétricos para todo o país. O comércio possui um leque em oportunidades e sortimentos para a população, tornando-se praticamente independente da capital pernambucana e significativo para a cidade. Vitória de Santo Antônio é uma das maiores produtoras de aguardente, exportando a cachaça para diversos continentes, sendo a indústria de maior porte do município. Na agropecuária o destaque do município é a criação de gado Nelore (PERNAMBUCO, 2011).

A feira livre funciona de segunda a sábado, com maior demanda neste último dia da semana. A feira se caracteriza pela diversificação de mercadorias tais como: artigos de confecção, produtos agrícolas, matérias e utensílios domésticos e

artesanato, comercializadas por profissionais autônomos, vindos inclusive de outros municípios circunvizinhos: Gloria do Goitá, Escada, Pombos, tornando-se importante ponto comercial da cidade ((PERNAMBUCO, 2011).

A cidade está localizada na Zona da Mata, a qual é caracterizada por uma população de baixa renda, com alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias, ao lado da crescente participação de morbidades próprias de áreas mais desenvolvidas, como as doenças crônicas não transmissíveis (PERNAMBUCO, 2011).

A Mata Pernambucana apresenta hoje um quadro socioambiental que evidencia a pobreza e a falta de oportunidades que comprometem a vida das pessoas, ampliado pelo uso predatório dos recursos naturais, um crescimento urbano desordenado e o pouco investimento em políticas públicas com o objetivo de promover o desenvolvimento humano (PERNAMBUCO, 2011).

O índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é usado para distinguir se o país é desenvolvido, em desenvolvimento ou subdesenvolvido, e para medir igualmente o impacto de políticas econômicas na qualidade de vida. De acordo com a PNUD/IPEA/Fundação João Pinheiro, Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2000) Vitória de Santo Antão apresentou o IDH de 0,663, classificado como IDH médio (PNUD, 2000).

O aumento do investimento na atenção básica à saúde nas últimas décadas possibilitou uma tendência mais acentuada à redução de doenças infecciosas e elevação das DCNT na região Nordeste, nos últimos anos, perfil encontrado também na Cidade de Vitória de Santo Antão. (Malta, 2006).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar o perfil alimentar e nutricional de mulheres em idade reprodutiva usuárias da Estratégia Saúde da Família na cidade de Vitória de Santo Antão.

2.2. Objetivos Específicos

- Analisar a frequência do consumo de alimentos;
- Relacionar o consumo alimentar com alguns fatores associados;
- Descrever alguns aspectos relacionados à rotulagem de alimentos;

3. Hipótese

As mulheres em idade fértil usuárias da Estratégia Saúde da Família residentes da cidade de Vitória de Santo Antão apresentam um consumo alimentar inadequado segundo o recomendado pelo Guia Alimentar para a População Brasileira: promovendo a alimentação saudável do Ministério da Saúde.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo transversal, sendo a coleta de dados realizada entre agosto e dezembro de 2010, numa amostra de 207 mulheres em idade fértil (11 a 49 anos) no município de Vitória de Santo Antão, na Zona da Mata Norte de Pernambuco, identificadas por meio do Cadastro Local de Famílias, encontrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pela busca ativa nos domicílios.

Para o dimensionamento amostral, utilizou-se a prevalência de obesidade da Região Nordeste, das mulheres entre 15 e 49 anos, de 14,7% segundo o IMC, obtida na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS, 2006 (BRASIL, 2009). Para o cálculo, considerou-se um erro amostral máximo em torno de 5% no valor previsto de 14,7% de prevalência de obesidade, com um nível de confiança de 95%. Para isso seria necessário um mínimo de 193 mulheres, o que garantiria a estimativa de prevalência esperada no intervalo de 13,5% a 16,0%. Para o cálculo utilizou-se o programa *Statcalc* do Epi-Info, versão 6.04 (DEAN et al, 1994).

Fez-se um estudo piloto com 10 mulheres, objetivando-se, além de testar o instrumento de coleta, experimentar e ajustar a logística do trabalho de campo. O acesso às mulheres foi realizado após concordância da mesma, a qual assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE - Apêndice A), incluindo o consentimento dos pais ou responsável para as mulheres menores de idade.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário pré-codificado (Apêndice B). O questionário continha pergunta sobre a frequência alimentar, sendo os alimentos classificados em grupos, e as respostas como: (1) carnes e ovos, (2) leites e derivados, (3) óleos e gorduras, (4) leguminosas, (5) frutas e hortaliças, (6) pães e cereais, (7) diversos, no qual incluem refrigerantes e doces. Sobre condições socioeconômicas, dados antropométricos, e ainda sobre as práticas referentes à rotulagem de alimentos.

No que se referem aos dados antropométricos, o peso foi obtido utilizando balança digital com precisão de 100g, onde as entrevistadas encontravam-se descalças, com indumentária mínima e sem portar objetos pesados. As mulheres foram medidas em posição ereta, com membros superiores pendentes ao longo do corpo, os calcanhares, o dorso e a cabeça tocando a coluna de madeira do estadiômetro, o qual era portátil com amplitude de 200 cm e subdivisões de 0,1

cm. A circunferência da cintura foi medida na distância média entre a última costela flutuante e a crista ilíaca, enquanto que o quadril foi medido passando no ponto onde se localiza o perímetro de maior extensão entre os quadris e as nádegas, as duas medidas foram feitas com uma fita métrica inelástica. Para garantir a precisão e exatidão das mensurações, as mulheres foram medidas duas vezes e a diferença entre as avaliações não deveria exceder 0,5 cm, no caso de extrapolar esse limite, repetia-se a mensuração, até que essas diferenças não fossem ultrapassadas, sendo utilizada a média entre as medidas.

As medidas de peso e altura foram utilizadas para o cálculo IMC, através da fórmula $[\text{peso (kg)}/\text{estatura(m)}^2]$ e a relação cintura quadril (RCQ) foi determinada pela divisão da circunferência da cintura pela circunferência do quadril. Para a categorização das medidas foram utilizados os pontos de corte propostos pela organização Mundial da Saúde (WHO, 1995) pela qual é considerada magreza o IMC menor do que 18,5; peso adequado entre 18,5 e 24,9 e sobrepeso o $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$. Para a RCQ o ponto de corte considerado foi de 0,8, onde abaixo deste valor a mulher estaria sem risco e acima desse valor com risco cardiovascular. Para a CC a OMS define o ponto de corte abaixo de 80 cm, onde as mulheres estariam sem risco metabólico, entre 80 e 88 cm considera-se risco metabólico e acima de 88 cm as mulheres estariam em risco metabólico muito elevado;

Com relação à escolaridade os dados foram coletados em anos de estudos completos e foram categorizadas em três faixas: até 4 anos, entre 5 e 8 anos e ≥ 9 anos.

O pacote estatístico Epi Info foi utilizado para realizar a entrada e análise de dados. Quanto ao consumo alimentar foi verificada a frequência dos alimentos os quais foram classificados em quatro categorias: nunca; raramente (menos de 1 vez ao mês e de 1 a 3 vezes ao mês); frequentemente (de 1 a 2 vezes por semana e de 3 a 4 vezes por semana) e diariamente (de 1 a 2 vezes ao dia).

A análise do consumo diário dos alimentos foi realizada considerando como ponto de corte os alimentos citados em mais de 20% pelas mulheres, exceto para o refrigerante que apesar de não atingir os 20% de consumo, foi incluído por apresentar uma elevada ascensão no consumo alimentar da população brasileira. Os alimentos foram analisados de acordo com a escolaridade, IMC, CC e RCQ. Para

verificar as diferenças significantes foi utilizado o teste qui-quadrado para tendência, com níveis de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

Em atendimento ao disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências de Saúde da Universidade Federal de Pernambuco em atendimento às normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos - Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, processo CAAE nº 0173.0.172.000-10 (Anexo 01).

Algumas limitações metodológicas do estudo: por se tratar de um estudo transversal, não foram estabelecidas relações de causalidade entre as variáveis dependente (frequência do consumo alimentar) e independentes (escolaridade, estado nutricional) e o fato desse estudo tratar do consumo qualitativo de alimentos, e não de consumo quantitativo, não permite uma inferência sobre adequação quantitativa de energia e nutrientes (LEVY-COSTA et al, 2005; CLARO et al, 2007). No entanto, permite avaliar se a ingestão habitual do indivíduo esta em geral associada à adequação de calorias e de nutrientes (RUEL, 2003).

5. RESULTADOS

De acordo com a Tabela 1 - Distribuição da frequência do consumo alimentar segundo grupo de alimentos em mulheres em idade fértil. Vitória de Santo Antão - PE, 2011, verifica-se que o consumo diário das mulheres, ou seja, alimentos consumidos uma ou duas vezes por dia, constituiu-se basicamente dos seguintes produtos: pães e cereais (97,1%), óleo (84,1%), açúcar e doces (84,1%), feijões (79,2%), margarina ou manteiga (59,4%), suco de frutas (47,5%), frutas (44,4%) e hortaliças (38,6%).

Tabela 1 - Distribuição da frequência do consumo alimentar segundo grupo de alimentos em mulheres em idade fértil. Vitória de Santo Antão - PE, 2011

Alimentos	Nunca (%)	Raramente (%)		Frequentemente (%)			Diariamente (%)	
		< 1x mês	1-3 x Mês	1 x semana	2x semana	3-4x semana	1x dia	2x dia
Carnes e ovos								
Carne	7,2	3,9	5,8	19,8	30,0	25,6	7,2	0,5
Frango	3,9	1,9	2,9	16,4	23,3	44,0	7,7	0,0
Porco	88,9	3,4	3,4	2,4	1,4	0,5	0,0	0,0
Vísceras	30,0	10,6	16,4	19,8	17,4	3,4	2,4	0,0
Peixe	13,0	9,7	13,5	20,3	23,2	17,9	2,4	0,0
Ovo, omelete	16,4	2,4	9,7	16,9	15,5	24,2	14,0	1,0
Leite e derivados								
Queijo	12,2	2,4	1,1	12,6	12,1	23,7	23,7	2,4
Leite	38,6	0,5	4,8	2,9	11,6	12,6	28,5	0,5
Óleos e gorduras								
Óleos	1,9	0,5	0,0	1,9	3,4	8,2	80,7	3,4
Margarina ou manteiga	6,3	1,9	1,9	7,7	8,7	14,0	56,5	2,9
Leguminosas								
Feijões	3,9	0,5	0,0	4,3	2,4	9,7	79,2	0,0
Frutas e hortaliças								
Frutas	7,7	1,9	2,4	10,1	13,0	20,3	41,5	2,9
Suco	5,3	2,4	1,4	9,7	8,7	24,6	45,6	1,9
Hortaliças	27,5	1,0	7,2	4,3	9,2	12,1	38,6	0,0
Pães e cereais								
Arroz, macarrão, pão ou cuscuz	1,0	0,0	0,0	0,5	1,0	0,5	83,1	14,0
Diversos								

Refrigerante	16,4	4,3	8,7	24,6	20,8	15,0	9,2	1,0
Açúcar e doces	2,4	1,0	2,4	2,4	3,4	4,3	69,6	14,5

Com relação aos alimentos consumidos frequentemente, de uma a quatro vezes na semana, destacaram-se: frango (83,7%), carne (75,4%), peixes (61,4%), refrigerantes (60,4%), ovos (56,6%), queijo (48,4%), vísceras (40,6%). Enquanto aos alimentos nunca ou raramente consumidos, destacam-se: carne suína (95,7%), vísceras (57,0%) e leite (43,9%). Nesse grupo os alimentos eram consumidos menos de três vezes por mês ou não era item do consumo da mulher (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra os resultados relacionados à verificação, pelas mulheres, dos rótulos dos alimentos, se esta prática era observada pelas consumidoras na hora da compra. Os resultados revelam que 51,7% das mulheres nunca observam o valor nutricional e 48,3% não olham os ingredientes que compõem dos alimentos que compram. Em relação ao prazo de validade, a grande maioria das mulheres (75,4%) revelou que prestava atenção a este item na hora da compra.

Tabela 2 - Distribuição da frequência dos aspectos relacionados à rotulagem de alimentos em mulheres em idade fértil. Vitória de Santo Antão - PE, 2011

Itens avaliados	Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
	(%)	(%)	(%)	(%)
Prazo de validade	75,4	8,2	1,9	14,5
Ingredientes	41,1	7,2	3,4	48,3
Valor nutricional	37,7	7,2	3,4	51,7
Conservação	50,7	6,8	2,4	40,1

O resultado do consumo dos diversos alimentos em relação à escolaridade da mulher mostra que à medida que aumenta os anos de estudo, eleva-se também o consumo de alimentos, exceto para: arroz, feijão, óleo e açúcar. Sendo que para o consumo de margarina ou manteiga e leite a associação com a escolaridade foi estatisticamente significativa (Figura 1).

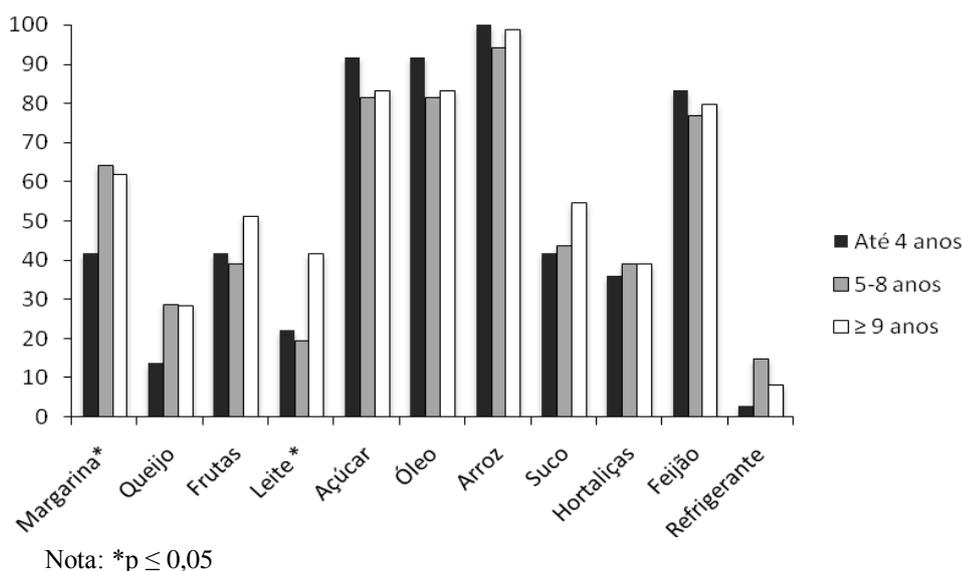


Figura 1 - Distribuição percentual do consumo de alimentos, segundo escolaridade (anos de estudo) em mulheres em idade fértil. Vitória de Santo Antão - PE, 2011.

Ao analisar o consumo alimentar de acordo com o estado nutricional das mulheres através do IMC (Figura 2), verifica-se que não houve diferença significativa para a maioria dos alimentos. Havendo associação estatística apenas para o feijão, sendo que as mulheres com déficit de peso e peso adequado foram as que mais consumiram este alimento.

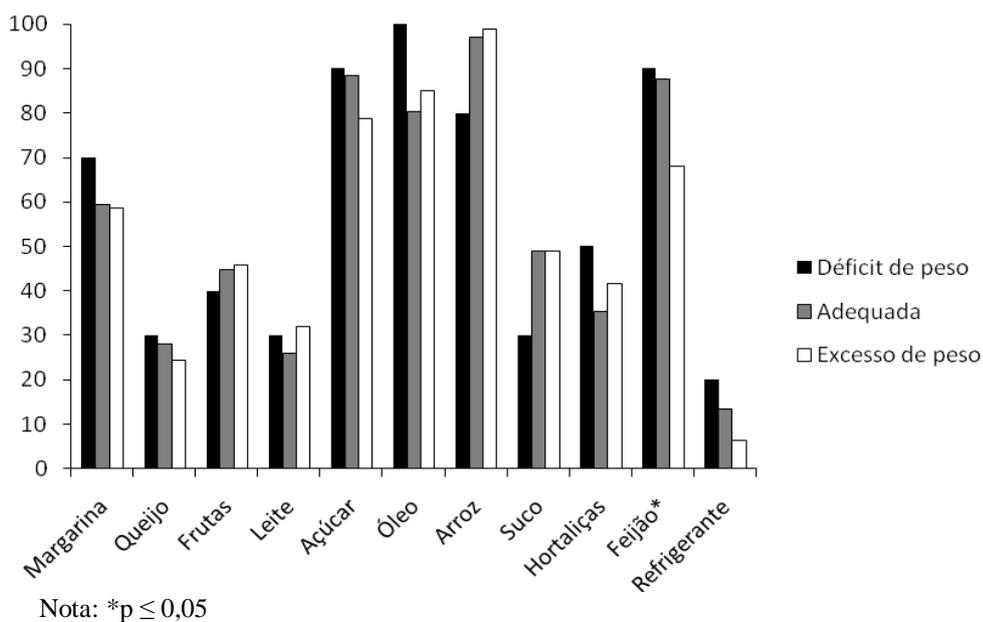
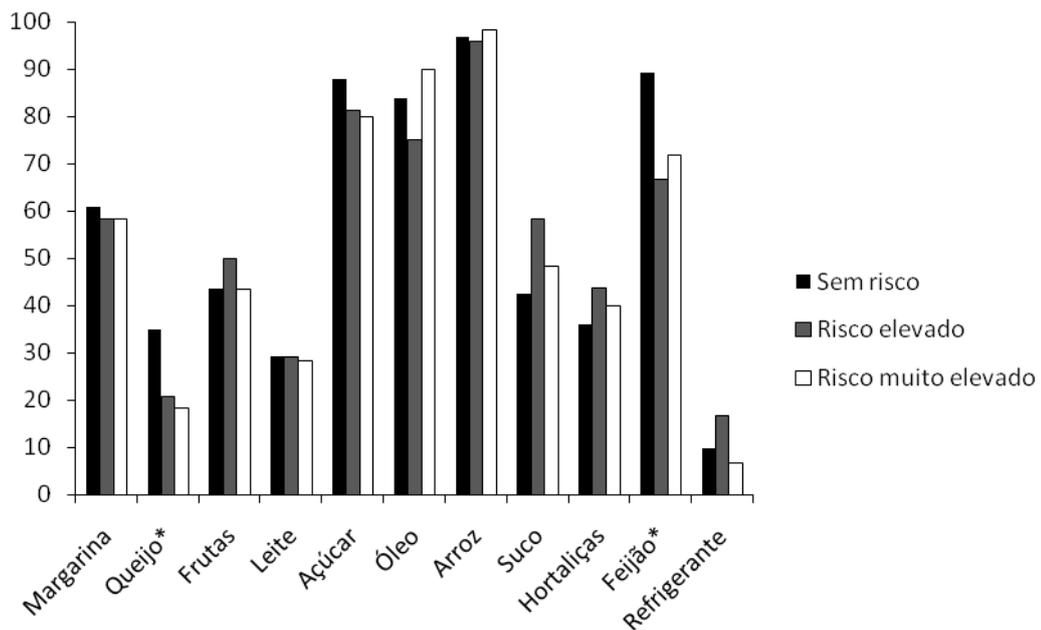


Figura 2- Distribuição percentual do consumo de alimentos, segundo o índice de massa corporal das mulheres em idade fértil. Vitória de Santo Antão - PE, 2011.

Na associação entre consumo de alimentos e a circunferência da cintura, nota-se que não houve diferenças significativas para a maioria dos alimentos, exceto para o queijo e o feijão, onde o consumo desses alimentos foi maior entre as mulheres sem risco metabólico, quando comparadas com aquelas com risco ou risco muito elevado (Figura 3).



Nota: * $p \leq 0,05$

Figura 3 - Distribuição percentual do consumo de alimentos, segundo a circunferência da cintura de mulheres em idade fértil. Vitória de Santo Antão - PE, 2011.

No que diz respeito o consumo alimentar e a relação cintura quadril, resultados apresentados na Figura 4, diferenças significativas não foram encontradas para a maior parte dos alimentos, somente o queijo apresentou significância estatística, onde o consumo foi mais frequente nas mulheres sem risco cardiovascular.

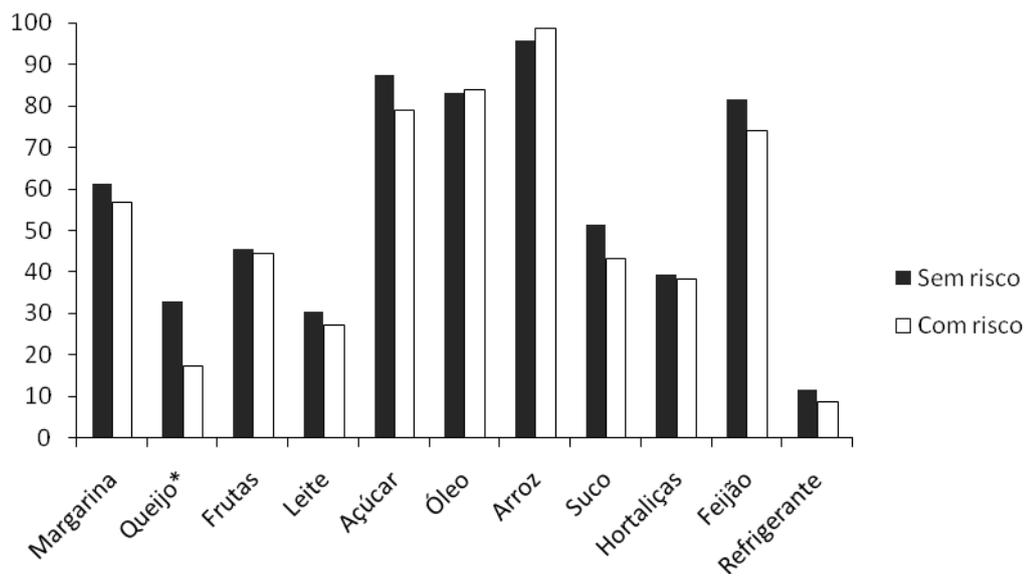


Figura 4 - Distribuição percentual do consumo de alimentos, segundo a relação cintura quadril das mulheres. Vitória de Santo Antão - PE, 2011.

6. DISCUSSÃO

O Brasil vem passando por uma transição nutricional, observada também em vários países caracterizadas pelo declínio das prevalências dos déficits nutricionais e da ocorrência mais expressiva de sobrepeso e obesidade (BATISTA FILHO & RISSIN, 2003). Mudança essa, causada na maioria das vezes, pelo consumo inadequado de alimentos, expondo a população às enfermidades crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus*, câncer e obesidade, todas consideradas um problema de Saúde Pública, onde o Ministério da Saúde (MS) estima que tais doenças sejam responsáveis por quase 60% das mortes no mundo e mais de 50% dos óbitos no país (BRASIL, 2005; MOREIRA, 2010).

A tendência crescente de substituição de alimentos básicos da dieta brasileira por bebidas e alimentos industrializados provoca aumento na quantidade de calorias ingeridas por refeições e com isso aumenta o risco de sobrepeso e obesidade na população (LEVY-COSTA et al, 2005).

Com relação ao consumo de frutas e hortaliças, o guia alimentar (BRASIL, 2005) recomenda que devam ser consumidas três porções por dia de cada alimento, entretanto, neste estudo, foi observado que apenas 2,9% e 1,9% das mulheres relataram consumir duas ou mais vezes frutas e hortaliças por dia, respectivamente. Isto revela que o consumo desses alimentos pela população estudada está muito aquém das recomendações nacionais. As frutas, os legumes e as verduras são considerados excelentes alimentos por ser fonte de vitaminas, minerais e fibras além de ser encontrados de forma variada no Brasil.

Resultados semelhantes foram encontrados por Sampaio (2010) que em seu estudo avaliou o consumo de frutas e hortaliças pela população assistida por duas unidades básicas de saúde da Família na cidade de Fortaleza/CE, seus resultados indicaram um consumo insuficiente segundo as recomendações nacionais. Em relação às frutas obteve um total médio diário de 267,1g e as hortaliças um total médio diário 91,14g, considerando uma dieta de 2.000 kcal. Sendo que a recomendação atual é de 400g de frutas e hortaliças, o que significa três porções diárias, como forma de prevenir doenças crônicas (BRASIL, 2005).

No que diz respeito às recomendações diárias de ingestão de feijão a recomendação é de uma porção e no caso do arroz a recomendação está incluída

nas seis porções diárias de raízes, tubérculos e cereais (BRASIL, 2005). Neste item as mulheres do presente estudo obtiveram um resultado satisfatório, visto que o consumo diário de feijão atingiu 79,2% e o grupo que inclui o arroz 83,1%, entretanto, para este grupo, quando se avaliou a frequência alimentar de duas ou mais vezes, este consumo atingiu apenas 14%, isto revela que uma percentual muito aquém da população estudada, estaria com o consumo de acordo com as recomendações.

Entretanto, ao aspecto diário, esse resultado foi importante porque a combinação típica brasileira de feijão com arroz (ou seu grupo de alimentos) é completa em proteínas, além de que dentre os componentes do feijão, destacam-se os compostos fenólicos, substâncias antioxidantes relacionada a um menor risco no desenvolvimento de alguns tipos de câncer e a uma menor incidência de doenças degenerativas e o arroz além de ser um carboidrato complexo, fonte de energia, é composto por vitaminas do complexo B (BRASIL, 2005; MACHADO, FERRUZZI & NIELSEN, 2008).

Os feijões também contem um alto teor de fibras solúveis que protegem os indivíduos contra a hiperlipidemia (excesso de gordura no sangue) e também são benéficos para pessoas com diabetes porque a fibra atrai as moléculas de gordura e de açúcar, que são eliminados pelas fezes, reduzindo assim os níveis de colesterol e glicemia do sangue (BRASIL, 2005). Os cereais e leguminosas são mais baratos que os alimentos ricos em proteína animal; são integrais, em geral, altamente nutritivos e, ao contrário das proteínas animais, têm baixos teores de gorduras saturadas (BRASIL, 2005).

O guia alimentar também orienta para o consumo de três porções de leite e derivados diariamente, o que inclui queijo. Neste estudo foi observado que as mulheres apresentaram um consumo diário de leite e seus derivados, neste caso, o queijo, na ordem de 26,1% e 29%, respectivamente, esses achados podem representar um fator de risco para as doenças relacionadas metabolismo do cálcio como, por exemplo, a osteoporose, que constitui hoje um importante problema para a saúde da mulher, especialmente no âmbito da coletividade (Brasil, 2005).

Vale salientar que a osteoporose é uma doença que não tem cura, apenas controle, portanto medidas de prevenção e promoção devem ser feitas e a mais importante medida é o controle de cálcio na dieta. Este resultado pode ser mais

insatisfatório, quando se observa a frequência de consumo desses alimentos por mais duas ou mais vezes ao dia, no caso do leite foi de 0,5% e no queijo 2,4%. Estes achados foram semelhantes ao estudo realizado por Carvalho (2011), com indivíduos adultos da zona rural do Espírito Santo, no qual as mulheres também apresentaram um consumo inadequado de leite e derivados, apenas 38% consumia leite mais de quatro vezes por semana e 10% consumia os derivados de leite mais quatro vezes por semana.

Em relação ao grupo das carnes que inclui carne de boi, frango, suína, peixe, vísceras e ovos, fica definido pelo guia alimentar que uma porção desse grupo é suficiente para garantir a quantidade de proteína de alto valor biológico e ferro, principais nutrientes encontrados na carne. Neste estudo foram encontrados resultados muito baixos para o grupo de carnes, sendo para carne de boi e de frango 7,7% do consumo diário, 2,4% para vísceras e peixe, 15% para ovos e 0% para porco.

O baixo consumo alimentar da carne suína pode está associada aos aspectos relacionados à religião e a tabus alimentares por considerar essa carne “carregada” “reimosa”, ou seja, aquela que ofende, agride, que faz mal, provocando incômodo fisiológico no organismo. Resultados semelhantes foram encontrados por Fisberg (2008) avaliando o consumo alimentar, dentre eles o de carne bovina em mulheres e homens adultos no estado de São Paulo, onde obteve uma frequência diária de 8,4%.

As carnes e os peixes, de modo geral, são boas fontes de todos os aminoácidos essenciais, substâncias químicas que compõem as proteínas, necessárias para o crescimento e a manutenção do corpo humano e minerais como: ferro, zinco e fósforo; peixes são também boas fontes de cálcio; os ovos são ricos em nutrientes, entretanto deve ser consumido com moderação por causa do alto valor de colesterol (BRASIL, 2005).

No que diz respeito ao consumo de óleos, incluindo manteiga e margarina, recomenda-se a ingestão máxima diária de uma porção desses alimentos, dando preferência aos azeites, óleo vegetal ou margarinas livres de ácidos graxos trans (BRASIL, 2005). Nesse estudo 80,7% das entrevistadas relataram consumir óleo diariamente e 3,4% consumiam mais de uma porção, com relação a margarina ou manteiga 56,5% consumiam uma vez diária e 2,9% faziam uso de mais de uma

porção ao dia. Este é um resultado preocupante, pois o excesso de gordura da dieta está diretamente relacionado com as doenças cardiovasculares.

Lotufo et al (1996) demonstraram em comparações internacionais, que as taxas de mortalidade por doença isquêmica do coração em mulheres, em capitais brasileiras, eram as mais elevadas. Mansur et al (2002) revelaram que nos Estados do Sul e Sudeste, houve tendência de queda nas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares. Por outro lado, nos Estados do Centro-Oeste, Norte e Nordeste, houve uma tendência de aumento.

Em relação ao consumo de doces e açúcar a recomendação nacional (BRASIL, 2005) orienta uma porção do grupo diariamente. Neste estudo 69,6% das mulheres seguem as recomendações, porém 14,5% consomem mais do que o recomendado. Os açúcares compõem o grupo chamado de carboidratos simples são fontes apenas de energia e deve compor a alimentação em quantidades bem reduzidas, o que significa menos de 10% do consumo energético diário. A OMS adverte sobre dieta, nutrição e prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), salientando que o consumo alimentar habitual constitui um dos principais fatores determinantes passíveis de modificação para DCNT (OMS, 2005).

A diabetes 2 é a doença causada pelo excesso de glicose no sangue, atinge a cada ano um número elevado de mulheres, sendo uma das maiores causas de morte no mundo. Além da diabetes o excesso de açúcar causa cáries e leva facilmente ao ganho de peso, fator agravado porque normalmente produtos com alto teor de açúcar também contêm gorduras. Os refrigerantes foram os maiores responsáveis quanto ao excesso de açúcar consumido por adolescentes no estudo conduzido por Arruda (2007) no qual tinha como objetivo avaliar o nível de atividade física e hábitos alimentares de adolescentes do Município de Lages/SC.

No presente estudo, os refrigerantes alcançaram um consumo diário de 9,2% e 1,0% em mais de duas vezes por dia. Esse resultado confirma o aumento no consumo deste produto na população nacional, estando o Brasil em terceiro lugar mundial no consumo deste produto, e uma das explicações para isso é a praticidade e o fácil acesso ao produto. Além de que a indústria tem melhorado bastante o sabor dos produtos industrializados com o uso de os aditivos químicos. Especialistas em saúde e nutrição consideram que crescimento mundial do consumo de alimentos industrializados, atrelado a sofisticadas estratégias de marketing

desenvolvidas diariamente pelas indústrias multinacionais que controlam o setor, é uma das principais causas da epidemia global de obesidade, diabetes, entre outras. (MONTEIRO et al, 2009)

Paralelo ao crescente consumo de produtos industrializados há a necessidade de informar a população sobre a importância de ler os rótulos dos alimentos. Neste estudo foi observado que a maioria das mulheres costumava observar o prazo de validade e o modo de conservação do produto, no entanto a grande parte delas não observa os ingredientes e o valor nutricional. Visto que, nos últimos anos, verificou-se a evolução do consumidor no sentido de adotar uma postura mais consciente em relação aos produtos que adquire e que o prazo de validade e a conservação são conceitos que tem significados conhecidos pelas mulheres. Neste sentido acredita-se que as mulheres não sabem a importância dos ingredientes que compõe os alimentos e o valor nutricional.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ligada ao Ministério da Saúde, é responsável, entre outras atribuições, por fiscalizar a produção e a comercialização dos alimentos, além de normatizar a sua rotulagem. A rotulagem dos alimentos, ao orientar o consumidor sobre a qualidade e a quantidade dos constituintes nutricionais dos produtos, pode promover escolhas alimentares apropriadas (BRASIL, 2003).

A rotulagem nutricional é o principal elo entre o consumidor e o produto, pois nele contem informações importantes para indivíduos com restrições alimentares como: hipertensos, restrição de sódio, diabéticos, restrição de açúcar, pessoas com doença celíaca, restrição de glúten, entre outros. Também é considerado o papel dos profissionais de saúde no processo de orientação e de educação alimentar da população para que as mesmas saibam fazer a escolha certa dos alimentos (MARINS, 2008).

No presente estudo, houve um aumento no consumo alimentar de frutas, suco de frutas, hortaliças e leite, este último com associação estatística, para as mulheres que possuíam maior nível de escolaridade. Verifica-se que a escolaridade eleva de forma proporcional com a renda e esta tem sido associada ao aumento da participação de certos grupos alimentares na dieta, principalmente os grupos fontes de proteína animal, frutas e hortaliças, mostrando que, indiretamente, a renda pode interferir na seleção qualitativa de alimentos.

Contudo, foi no grupo das mulheres com escolaridade entre cinco e oito anos que a margarina ou manteiga e o refrigerante apresentaram um maior consumo, isto pode ser explicado pela questão da publicidade de tais alimentos e o número elevado de empresas que fabricam esses produtos, o que pode de alguma maneira influenciar o consumo. Esses achados corroboram com os dados encontrados por Zart (2010), em que os indivíduos com escolaridade entre cinco e oito anos informaram consumir sem restrições mais gorduras do que aqueles com escolaridade maior do que nove anos.

O estado nutricional das mulheres esteve diretamente associado ao consumo alimentar, visto que nas três formas de avaliação estudadas neste trabalho (IMC, CC e RCQ) houve resultado significativo para determinados alimentos.

Na associação entre IMC e frequência alimentar, observou-se que as mulheres com excesso de peso relataram consumir menos feijão, quando comparadas com as com déficit de peso e aquelas com estado nutricional adequado, sendo essa relação significativa. Esses achados corroboram com o que diz a literatura, onde o consumo de feijão mostrou ser protetor para sobrepeso e obesidade (SICHIERI, 2002). E ainda, a substituição de proteína animal por vegetal tem mostrado relação com a diminuição do risco de doenças cardiovasculares, tendo em vista que essa substituição diminui também o consumo de gorduras saturadas (Sichieri, 2002).

Em relação à CC, percebe-se que as mulheres classificadas sem risco metabólico tiveram um maior consumo de queijo e feijão, quando comparadas àquelas com risco elevado ou muito elevado, sendo essa diferença estatisticamente significativa. No que diz respeito à RCQ, a mesma situação foi encontrada apenas para o consumo de queijo. E literatura aponta que o queijo tem como fator protetor substâncias antioxidantes que agem na prevenção e controle de alguns cânceres e o feijão tem como fator protetor as fibras alimentares que agem na prevenção das doenças cardiovasculares (RIQUE, 2002).

Nesse estudo não houve a associação entre CC e RCQ com o consumo de frutas e hortaliças, entretanto Liu et al (2000) observaram em estudo realizado com quase 40.000 mulheres profissionais de saúde, que quanto mais alto for o consumo de vegetais e frutas mais baixo o risco de doenças cardiovasculares, principalmente infarto.

Ainda que a educação nutricional seja um instrumento utilizado na obtenção de hábitos alimentares saudáveis, os padrões alimentares são determinados por vários fatores além da educação orientada para uma nutrição adequada, fatores socioeconômicos, ecológicos e culturais. Alguns destes fatores induzem à geração de tabus alimentares que também influenciam, principalmente nas camadas mais carentes da população, a escolha adequada de alimentos para uma dieta balanceada (RAMALHO, 2000).

Os espaços que reúnem um grupo de pessoas podem ser utilizados para conduzir informações sobre alimentação saudável, como: trabalho, escola e comunidade. Estes ambientes podem ser utilizadas para a realização de ações educativas adequadas para a idade do público alvo. A Estratégia da Saúde da Família, como ferramenta de reorientação da atenção básica, é um espaço de possibilidades de práticas educativas para o incentivo à ingestão de todos os grupos alimentares, tendo em vista as recomendações do Ministério da Saúde, através do guia alimentar com a construção de propostas locais e o fornecimento de informação adequada aos consumidores, por meio de iniciativas vinculadas à educação, à publicidade, à rotulagem, a legislações de saúde, para a promoção da alimentação saudável. E ainda, o trabalho de sensibilização da população para uma boa alimentação, associada à prática de exercícios, é capaz de combater a realidade epidemiológica das doenças não-transmissíveis (BRASIL, 2005).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A frequência do consumo alimentar das mulheres em idade fértil do município de Vitória de Santo Antão, no que se refere aos grupos: leites e derivados, frutas e hortaliças, pães e cereais (que inclui arroz/macarrão/pães/cuscuz), encontra-se em desacordo ao recomendado pelo guia alimentar para a população brasileira.

Neste contexto a educação nutricional vem sendo apontada e utilizada como estratégia de ação para a promoção da saúde, permitindo à população refletir acerca do seu comportamento alimentar e resgatar hábitos alimentares saudáveis que valorizem a produção e o consumo de alimentos locais de baixo custo e elevado valor nutritivo, para que seja possível reverter à incidência de doenças não transmitidas existentes atualmente no Brasil.

Em relação a informações nutricionais contidas nos rótulos, as mulheres devem ser estimuladas e informadas para fazer escolhas que favoreçam a prática alimentar e estilo de vida saudável. A escolaridade da mulher também pode interferir nas escolhas dos alimentos na hora da compra e o estado nutricional indicou ter relação com o consumo em todas as modalidades avaliadas, visto que pelo menos um alimento consumido alcançou valor significativo.

8. REFERÊNCIAS

ARRUDA ELM, LOPES AS. Gordura corporal, nível de atividade física e hábitos alimentares de adolescentes da região serrana de Santa Catarina, Brasil. **Rev. bras.Cineantropom.** Desempenho Hum. 2007;9(1):05-11

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

BRASIL. Ministério da Saúde, **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Informação nutricional. Resolução RDC nº 360 de 23 de dezembro de 2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/alimentos/legis/especifica/rotuali.htm>. Acessado em 05 jun 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação geral da política de alimentação e nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). Lei Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência Geral de Alimentos Universidade de Brasília. Departamento de Nutrição. **Rotulagem Nutricional Obrigatória. Manual de orientação aos consumidores. Educação para o consumo saudável**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006): Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Centro brasileiro de análise e planejamento. 2009

CARVALHO EO, ROCHA EF. Consumo alimentar de população adulta residente em área rural da cidade de Ibatiba (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(1):179-185, 2011.

CASTRO J. Geografia da fome. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2001.

CERQUEIRA MT. Educación en nutrición: Metas e metodología. **Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana**, 99:498-509, 1985.

CLARO RM, CARMO HCE, MACHADO FMS, MONTEIRO CA. Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo 2007; 41 (4).

CORREIA LL, SILVEIRA DMI, SILVA AC, CAMPOS JS, MACHADO MMT, ROCHA HAL, et al.; Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1):133-145, 2011.

DEAN AG, DEAN JA, BURTON AH, DICHER RC. 1994. *Epi-Info, version 6: A World Processing, Database and Statistics Program for Epidemiology on Microcomputers*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.

FISBERG RM, COLUCCI ACA, MORIMOTO JM, MARCHIONI DML. Questionário de frequência alimentar para adultos com base em estudo populacional. *Rev. Saúde Pública*, v.42 n.3 São Paulo jun. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF). Rio de Janeiro, 1977.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008. Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, v. 29, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/default>>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008/2009. Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf. Acesso em: jun/2011.

LEAL MC, BITTENCOURT SA. Informações nutricionais: o que se tem no país? *Cadernos de Saúde Pública*, v.13, n.3, p.551-555, 1997.

LEVY-COSTA RB, SICHIERI R, PONTES NS, MONTEIRO CA. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, v. 39, n. 4, p. 530-40, 2005.

LIU S, MANSON JE, LEE I, COLE SR, HENNEKINS CH, WILLETT WC et al. Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular disease: the women's health study. *Am J Clin Nutr*;72:4:922-8; 2000.

LOTUFO PA. Doenças cardiovasculares no Brasil: por que altas taxas de mortalidade entre mulheres?. *Rev Soc Cardiol*, Estado de São Paulo Vol 6 No 6 Nov/Dez 1996.

MACHADO CM, FERRUZZI MG, NIELSEN SS. Impacto f the hard-to-cook phenomenon on phenolic antioxidants in dry beans (*Phaseolus vulgaris*). *Journal of Agricultural and Food Chemistry*, Washington DC, v.56, n.9, p.3102- 3110, 2008

MALTA DC, CEZÁRIO AC, MOURA L, NETO OLM, JÚNIOR JBS. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2006; 15(1) : 47 - 65.

MANSUR AP, SOUSA MFM, TIMMERMAN A, RAMIRES JAF. Tendência de mortalidade por doenças circulatórias, cerebrovascular e isquêmica do coração em 11 capitais brasileiras de 1980 a 1998. **Arq Bras Cardiol**, 2002; 79: 277-284.

MARINS BR, JACOB SC, PERES F. Avaliação qualitativa do hábito de leitura e entendimento: recepção das informações de produtos alimentícios. **Ciênc. Tecnol. Aliment.**, Campinas, 28(3): 579-585, jul.-set. 2008

MONTEIRO CA. Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil. A evolução do país e de suas doenças. São Paulo: HUCITEC/NUPENS, 1995.

MONTEIRO CA, BENICIO MHD, KONNO SC, SILVA ACF, LIMA ALL, CONDE WL, et al.; Causas e declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2005, v. 43, n. 1, p. 35-43, 2009.

MOREIRA MA. Associação entre fatores socioeconômicos, maternos e biológicos com o excesso de peso em menores de cinco anos de uma região semiárida do Nordeste brasileiro. Dissertação de Mestrado. UFPE. 2010.

PEDRAZA DF. Padrões Alimentares: da teoria à prática - o caso do Brasil. **Revista Virtual de Humanidades**, n. 9, v. 3, jan./mar. 2004.

PERNAMBUCO. **PROMATA**. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Sustentável da Zona da Mata de Pernambuco. Disponível em: <http://www.promata.pe.gov.br>. Acesso: 15 de junho de 2011.

RAMALHO RA, SAUNDERS C. O papel da educação nutricional no combate às carências nutricionais. **Rev. Nutr.**, Campinas, 13(1): 11-16, jan./abr., 2000.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil. Atlas do Desenvolvimento Humano. (2000). Disponível em: <http://www.pnud.org.br/rdh> . Página visitada em 15 de junho de 2011.

RIQUE ABR, SOARES EA, MEIRELLES CM. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. **Rev Bras Med Esporte** _ Vol. 8, Nº 6 - Nov/Dez, 2002.

RUEL MT. Is dietary diversity na indicator of food security or dietary quality? A review of measurement issues and research needs. **Food Nutr Bull**. 2003; 242 (2): 231-2.

SAMPAIO HAC, SABRY MOD, DINIZ DB, SÁ MLB, CASTRO SMV, FEIJÃO IEP et al.; Consumo de frutas e hortaliças por indivíduos atendidos pelo Programa Saúde da Família na periferia da cidade de Fortaleza-Ceará. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 175-181, abr./jun. 2010.

SICHIERI R, CASTRO JFG, MOURA AS. Fatores associados ao padrão de consumo alimentar da população brasileira urbana. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1):S47-S53, 2003.

SICHIERI R. Dietary patterns and their associations with obesity in the Brazilian city of Rio de Janeiro. *Obesity Research*, 10:42-49, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Physical Status: The use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; 1995. Technical Report Series, 854.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic: Technical Report of a WHO Expert Consultation on Obesity, 894:1-253, Geneva: WHO; 2000. Acesso em: jun. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Resolution of the World Health Assembly. Fifty-seventh World Health Assembly. WHA57. Geneva, 2004. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf>. Acesso em: jun. 2011.

ZART ZB, AERTS D, ROSA C, BÉRIA JU, RAYMANN BW, GIGANTE LP, et al. Cuidados alimentares e fatores associados em Canoas, RS, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*, 19(2):143-154, abr-jun 2010.

Apêndice A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
NÚCLEO DE NUTRIÇÃO

Nome da pesquisa: Avaliação do estado nutricional do grupo materno infantil do município de Vitória de Santo Antão - PE

Local do estudo Cidade de Vitória de Santo Antão
Pesquisador Prof^a Juliana Souza Oliveira
Endereço Centro Acadêmico de Vitória - UFPE
Rua Alto do Reservatório, s/n CEP: 55608-680 Vitória de Santo Antão - PE, Fone: 3523 0670
Contato com o comitê Av. Prof. Moraes Rego s/n, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50670-901, Tel.: 2126 8588

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Senhoras,

Você e sua(s) criança(s) estão sendo convidadas a participar de um estudo com o objetivo de avaliar o estado nutricional de mulheres em idade fértil entre 15 e 49 anos e de menores de cinco anos do município de Vitória de Santo Antão, bem como analisar os indicadores sociais e alimentares que podem influenciar o estado de nutrição.

Se você concordar em participar, as seguintes coisas acontecerão:

- Você responderá a um questionário com informações sobre aspectos demográficos, socioeconômicos, de saúde, nutrição e alimentação da família;
- Você e sua(s) criança(s) serão submetidas a uma avaliação do estado nutricional que constará de medidas corporais de peso e altura. Isto levará cerca de 10 minutos;
- Você também poderá receber orientação sobre alimentação saudável;

Os incômodos que poderá sentir com a participação na pesquisa são: incômodo de ter que responder aos questionários para avaliação socioeconômica e demográfica e de frequência alimentar, além de submeter à avaliação antropométrica. Isto não trará riscos à saúde física e

mental sua e de sua(s) criança(s), não necessitando contar com nenhum tipo de assistência. Caso você ache inapropriado alguma das questões que constam do questionário ou lhe produza sentimentos indesejáveis, poderá interromper a entrevista a qualquer momento.

A avaliação do estado nutricional sua e de sua(s) criança(s) irá auxiliar na investigação do estado de sua saúde e da(s) criança(s). Isto poderá trazer benefício direto para você e a(s) criança(s) ao participarem deste estudo. E outros benefícios que poderá esperar com a sua participação, mesmo que não diretamente são: esclarecimentos sobre o seu estado de nutrição e da sua(s) criança(s) o que pode melhorar a qualidade de vida.

As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e a divulgação das informações mencionadas só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

A sua participação é voluntária e você pode sair do estudo a qualquer momento, se assim o desejar. Sempre que tiver dúvidas, procure um dos membros da equipe de estudo para esclarecê-las. Sempre que desejar será fornecido esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

CONSENTIMENTO

Li e entendi as informações precedentes descrevendo este projeto de pesquisa e todas as minhas dúvidas em relação ao estudo e a minha participação nele foram respondidas satisfatoriamente. Livremente, dou o meu consentimento para minha participação neste estudo, até que me decida pelo contrário.

VITÓRIA, _____ de _____ de 20__.

_____ Nome da mãe ou responsável (letra de forma)	_____ Assinatura
_____ Nome da testemunha (letra de forma)	_____ Assinatura
_____ Nome da testemunha (letra de forma)	_____ Assinatura
_____ JULIANA SOUZA OLIVEIRA	_____ Assinatura
_____ Nome do Pesquisador (letra de forma)	_____ Assinatura

Apêndice B

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL MATERNO-INFANTIL NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO -
PE

IDENTIFICAÇÃO

1.	Nº do Questionário						
Endereço _____							
Ponto de referência _____							
Telefone _____							
Nome do entrevistado _____							
Data da entrevista		____/____/2010					
Entrevistador		_____					
Supervisor de campo		_____					
Total de folhas							

Avaliação Antropométrica

NOME	PESO 1	PESO 2	ALT 1	ALT 2	CC 1	CC 2	CQ 1	CQ 2

VITÓRIA / 2010
FORMULÁRIO 2

REGISTRO DO DOMICÍLIO E ASPECTOS DA RENDA

		QUESTIONÁRIO	Nº																														
1	TOTAL DE PESSOAS:	<input type="text"/>																															
			NPES																														
2	TIPO DE MORADIA:																																
	<table border="0"> <tr> <td><input type="text"/> 1</td> <td>Casa</td> <td><input type="text"/> 4</td> <td>Outro: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> 2</td> <td>Apartamento</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> 3</td> <td>Quarto/Cômodo</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="text"/> 1	Casa	<input type="text"/> 4	Outro: _____	<input type="text"/> 2	Apartamento			<input type="text"/> 3	Quarto/Cômodo				TIPO																		
<input type="text"/> 1	Casa	<input type="text"/> 4	Outro: _____																														
<input type="text"/> 2	Apartamento																																
<input type="text"/> 3	Quarto/Cômodo																																
3	REGIME DE OCUPAÇÃO:																																
	<table border="0"> <tr> <td><input type="text"/> 1</td> <td>Própria, já paga</td> <td><input type="text"/> 5</td> <td>Invadida</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> 2</td> <td>Própria, em aquisição</td> <td><input type="text"/> 6</td> <td>Outro: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> 3</td> <td>Cedida</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> 4</td> <td>Alugada</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="text"/> 1	Própria, já paga	<input type="text"/> 5	Invadida	<input type="text"/> 2	Própria, em aquisição	<input type="text"/> 6	Outro: _____	<input type="text"/> 3	Cedida			<input type="text"/> 4	Alugada				REGIME														
<input type="text"/> 1	Própria, já paga	<input type="text"/> 5	Invadida																														
<input type="text"/> 2	Própria, em aquisição	<input type="text"/> 6	Outro: _____																														
<input type="text"/> 3	Cedida																																
<input type="text"/> 4	Alugada																																
4	PAREDES:																																
	<table border="0"> <tr> <td><input type="text"/> 1</td> <td>Alvenaria/Tijolo</td> <td><input type="text"/> 4</td> <td>Tijolo + Taipa</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> 2</td> <td>Taipa com reboco</td> <td><input type="text"/> 5</td> <td>Madeira</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> 3</td> <td>Taipa sem reboco</td> <td><input type="text"/> 6</td> <td>Outro: _____</td> </tr> </table>	<input type="text"/> 1	Alvenaria/Tijolo	<input type="text"/> 4	Tijolo + Taipa	<input type="text"/> 2	Taipa com reboco	<input type="text"/> 5	Madeira	<input type="text"/> 3	Taipa sem reboco	<input type="text"/> 6	Outro: _____		PAREDE																		
<input type="text"/> 1	Alvenaria/Tijolo	<input type="text"/> 4	Tijolo + Taipa																														
<input type="text"/> 2	Taipa com reboco	<input type="text"/> 5	Madeira																														
<input type="text"/> 3	Taipa sem reboco	<input type="text"/> 6	Outro: _____																														
5	PISO:																																
	<table border="0"> <tr> <td><input type="text"/> 1</td> <td>Cerâmica/ Lajota</td> <td><input type="text"/> 4</td> <td>Terra (barro)</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> 2</td> <td>Madeira</td> <td><input type="text"/> 5</td> <td>Outro: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> 3</td> <td>Cimento</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="text"/> 1	Cerâmica/ Lajota	<input type="text"/> 4	Terra (barro)	<input type="text"/> 2	Madeira	<input type="text"/> 5	Outro: _____	<input type="text"/> 3	Cimento				PISO																		
<input type="text"/> 1	Cerâmica/ Lajota	<input type="text"/> 4	Terra (barro)																														
<input type="text"/> 2	Madeira	<input type="text"/> 5	Outro: _____																														
<input type="text"/> 3	Cimento																																
6	COBERTURA:																																
	<table border="0"> <tr> <td><input type="text"/> 1</td> <td>Laje de concreto</td> <td><input type="text"/> 3</td> <td>Telha de amianto (Brasilit)</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> 2</td> <td>Telha de barro</td> <td><input type="text"/> 4</td> <td>Outro: _____</td> </tr> </table>	<input type="text"/> 1	Laje de concreto	<input type="text"/> 3	Telha de amianto (Brasilit)	<input type="text"/> 2	Telha de barro	<input type="text"/> 4	Outro: _____		TETO																						
<input type="text"/> 1	Laje de concreto	<input type="text"/> 3	Telha de amianto (Brasilit)																														
<input type="text"/> 2	Telha de barro	<input type="text"/> 4	Outro: _____																														
7	ABASTECIMENTO DE ÁGUA:																																
	<table border="0"> <tr> <td colspan="2">Com canalização interna</td> <td colspan="2">Sem canalização interna</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> 1</td> <td>Rede geral</td> <td><input type="text"/> 6</td> <td>Rede geral</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> 2</td> <td>Poço ou nascente</td> <td><input type="text"/> 7</td> <td>Poço ou nascente</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> 3</td> <td>Cisterna</td> <td><input type="text"/> 8</td> <td>Chafariz</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> 4</td> <td>Cacimba</td> <td><input type="text"/> 9</td> <td>Cisterna</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> 5</td> <td>Outro: _____</td> <td><input type="text"/> 10</td> <td>Cacimba</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="text"/> 11</td> <td>Outro: _____</td> </tr> </table>	Com canalização interna		Sem canalização interna		<input type="text"/> 1	Rede geral	<input type="text"/> 6	Rede geral	<input type="text"/> 2	Poço ou nascente	<input type="text"/> 7	Poço ou nascente	<input type="text"/> 3	Cisterna	<input type="text"/> 8	Chafariz	<input type="text"/> 4	Cacimba	<input type="text"/> 9	Cisterna	<input type="text"/> 5	Outro: _____	<input type="text"/> 10	Cacimba			<input type="text"/> 11	Outro: _____		ÁGUA		
Com canalização interna		Sem canalização interna																															
<input type="text"/> 1	Rede geral	<input type="text"/> 6	Rede geral																														
<input type="text"/> 2	Poço ou nascente	<input type="text"/> 7	Poço ou nascente																														
<input type="text"/> 3	Cisterna	<input type="text"/> 8	Chafariz																														
<input type="text"/> 4	Cacimba	<input type="text"/> 9	Cisterna																														
<input type="text"/> 5	Outro: _____	<input type="text"/> 10	Cacimba																														
		<input type="text"/> 11	Outro: _____																														
8	TRATAMENTO DA ÁGUA DE BEBER:																																
	<table border="0"> <tr> <td><input type="text"/> 1</td> <td>Fervida</td> <td><input type="text"/> 4</td> <td>Sem tratamento</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> 2</td> <td>Filtrada</td> <td><input type="text"/> 5</td> <td>Mineral</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> 3</td> <td>Coadada</td> <td><input type="text"/> 6</td> <td>Outro: _____</td> </tr> </table>	<input type="text"/> 1	Fervida	<input type="text"/> 4	Sem tratamento	<input type="text"/> 2	Filtrada	<input type="text"/> 5	Mineral	<input type="text"/> 3	Coadada	<input type="text"/> 6	Outro: _____		TRATA																		
<input type="text"/> 1	Fervida	<input type="text"/> 4	Sem tratamento																														
<input type="text"/> 2	Filtrada	<input type="text"/> 5	Mineral																														
<input type="text"/> 3	Coadada	<input type="text"/> 6	Outro: _____																														
9	BANHEIRO (SANITÁRIO):																																
	<table border="0"> <tr> <td><input type="text"/> 1</td> <td>Sim</td> <td><input type="text"/> 1</td> <td>A família</td> <td><input type="text"/> 8</td> <td>NSA (Não tem banheiro)</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> 2</td> <td>Não</td> <td><input type="text"/> 2</td> <td>Coletivo</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="text"/> 1	Sim	<input type="text"/> 1	A família	<input type="text"/> 8	NSA (Não tem banheiro)	<input type="text"/> 2	Não	<input type="text"/> 2	Coletivo				BANHEIRO BANHUSO																		
<input type="text"/> 1	Sim	<input type="text"/> 1	A família	<input type="text"/> 8	NSA (Não tem banheiro)																												
<input type="text"/> 2	Não	<input type="text"/> 2	Coletivo																														
10	DESTINO DOS DEJETOS:																																
	<table border="0"> <tr> <td><input type="text"/> 1</td> <td>Rede geral</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> 2</td> <td>Fossa com tampa</td> </tr> </table>	<input type="text"/> 1	Rede geral	<input type="text"/> 2	Fossa com tampa		DEJETOS																										
<input type="text"/> 1	Rede geral																																
<input type="text"/> 2	Fossa com tampa																																

3	Fossa rudimentar (sem tampa)	6	Outro: _____
4	Cursos d'água	9	Não sabe
5	Céu aberto		

QUESTIONÁRIO Nº

--	--	--	--

11	DESTINO DO LIXO:				LIXO		
	1	Coletado	3	Queimado	5	Depositado em caçamba para coleta	
	2	Enterrado	4	Terreno baldio	6	Outro: _____	
12	CÔMODOS:		Total		Servindo de dormitório		
	UTENSÍLIOS DOMÉSTICOS						CMDTOTAL
							CMDORME
14	RÁDIO/SOM	1	Tem	2	Não tem	RADIO	
15	TELEVISÃO	1	Tem	2	Não tem	TVCOR	
17	GELADEIRA / FREEZER	1	Tem	2	Não tem	GELAD/FR	
18	FOGÃO À GÁS	1	Tem	2	Não tem	FOGAO	
19	LIQUIDIFICADOR	1	Tem	2	Não tem	LIQUID	
20	FERRO ELÉTRICO	1	Tem	2	Não tem	FERRO	
21	VENTILADOR	1	Tem	2	Não tem	VENTILA	
22	BICICLETA	1	Tem	2	Não tem	BICICLETA	
23	MOTO	1	Tem	2	Não tem	MOTO	
24	ANTENA PARABÓLICA	1	Tem	2	Não tem	ANTENA	
25	TELEFONE CELULAR	1	Tem	2	Não tem	TELCEL	
26	TELEFONE FIXO	1	Tem	2	Não tem	TELFIXO	
27	CARRO	1	Tem	2	Não tem	CARRO	
28	VÍDEO/ DVD	1	Tem	2	Não tem	VDVD	
29	COMPUTADOR	1	Tem	2	Não tem	COMPUT	
30	PESSOAS NA FAMÍLIA:				MENOR_5		
	a. Crianças menores de 5 anos: <input type="text"/>						
31	A família está inscrita no PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF)?				INSCPBF		
	1	Sim	2	Não (passe para Form. 3)			
32	SE SIM, quanto recebeu no último mês?				R\$PBF		
	0	0	0	Ainda não recebeu	8	8	8
	NSA (Não está inscrita)				9	9	9
					Não sabe		
32	O que fez do dinheiro recebido no ÚLTIMO MÊS?				DINHMES		
	1	Comprou alimentos	6	Outro: _____			
	2	Pagou aluguel	7	Ainda não recebeu			
	3	Pagou dívidas	8	Não está inscrita			
	4	Comprou remédios	9	Não sabe			
	5	Comprou roupas					

FORMULÁRIO 3 REGISTRO DA CRIANÇA

NOME DA CRIANÇA < 5 ANOS (< >):	NOME DA MÃE DA CRIANÇA:	QST				
4 Se NÃO FEZ PRÉ-NATAL, por que não fez? (Assinalar apenas 1 resposta)						
<input type="checkbox"/> 1 Não teve problema de saúde	<input type="checkbox"/> 3 Teve dificuldade de acesso ao posto	<input type="checkbox"/> 8 Fez PN	PNNAO			
<input type="checkbox"/> 2 Achou desnecessário	<input type="checkbox"/> 4 Outro: _____	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe				
5 Onde nasceu < >?						
<input type="checkbox"/> 1 Hospital/maternidade	<input type="checkbox"/> 2 Em casa	<input type="checkbox"/> 3 Outro: _____	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	LOCNAS		
6 Como foi o parto?						
<input type="checkbox"/> 1 Normal	<input type="checkbox"/> 2 Cesáreo	<input type="checkbox"/> 3 Fórceps	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	PARTO		
7 Quem fez o parto?						
<input type="checkbox"/> 1 Médico	<input type="checkbox"/> 3 Parteira	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	FEZPARTO			
<input type="checkbox"/> 2 Enfermeiro(a)	<input type="checkbox"/> 4 Outro: _____					
8 Quanto pesou < > ao nascer? _____ (g)			9999 – Não sabe	PNAS		
9 O peso ao nascer foi:		<input type="checkbox"/> 1 Registrado	<input type="checkbox"/> 2 Informado	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	PREG	
10 Tem Registro de Nascimento?		<input type="checkbox"/> 1 Sim, visto	<input type="checkbox"/> 2 Sim, não visto	<input type="checkbox"/> 3 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	REGN
11 < > mama?		<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	MAMA	
Se MAMA, passe para a questão 16 e assinale 8/88 nas questões de 12 a 15a.						
12 < > mamou?		<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não (nunca mamou)	<input type="checkbox"/> 8 Ainda mama	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	MAMOU
13 Até que idade < > mamou?		<input type="text"/> Ano (s) <input type="text"/> Mês (es) <input type="text"/> Dia (s)	<input type="checkbox"/> 99 – Não sabe <input type="checkbox"/> 88 – NSA (Ainda mama) <input type="checkbox"/> 00 – Nunca mamou	IMA		
14 Por que deixou de mamar?		<input type="checkbox"/> 01 Leite insuficiente <input type="checkbox"/> 02 Criança não queria <input type="checkbox"/> 03 Mãe não queria <input type="checkbox"/> 04 Criança doente <input type="checkbox"/> 05 Mãe doente	<input type="checkbox"/> 06 Mãe trabalhava/estudava <input type="checkbox"/> 07 Problema no seio <input type="checkbox"/> 08 Outro: _____	<input type="checkbox"/> 99 – Não sabe <input type="checkbox"/> 88 – NSA (Ainda mama) <input type="checkbox"/> 00 – Nunca mamou	DESMAMA	
15 Por que nunca mamou?		<input type="checkbox"/> 01 Leite insuficiente <input type="checkbox"/> 02 Criança não queria <input type="checkbox"/> 03 Mãe não queria <input type="checkbox"/> 04 Criança doente <input type="checkbox"/> 05 Mãe doente	<input type="checkbox"/> 06 Mãe trabalhava/estudava <input type="checkbox"/> 07 Problema no seio <input type="checkbox"/> 08 Outro: _____	<input type="checkbox"/> 00 = Mamou <input type="checkbox"/> 88 = NSA (Ainda mama) <input type="checkbox"/> 99 = Não sabe	DESMOU	
15.a. Se NUNCA MAMOU que alimento (s) ofereceu a < > como substituto do Leite Materno?		<input type="checkbox"/> 1 Leite em pó modificado <input type="checkbox"/> 2 Leite em pó integral <input type="checkbox"/> 3 Leite de vaca não pasteurizado (natural)	<input type="checkbox"/> 0 = Mamou <input type="checkbox"/> 8 = NSA (Ainda mama)	NSUBLM		

4	Leite de vaca pasteurizado (saco ou caixa)	9= Não sabe	
5	Leite de cabra		
6	Mingau		
7	Outro: _____		

NOME DA CRIANÇA < 5 ANOS (< >): _____		NOME DA MÃE DA CRIANÇA: _____		QST				
16	ENQUANTO MAMA(VA) < > recebe(u) outro tipo de alimento?			OUTROALI				
	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Nunca mamou)	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe				
17	ENQUANTO MAMA (VA), com que idade começou a receber:			00 = nunca recebeu 88 = NSA (nunca mamou) 99 = não sabe				
	Água	<input type="checkbox"/>	Mês(es)	<input type="checkbox"/>	Dia(s)	MAGU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chá	<input type="checkbox"/>	Mês(es)	<input type="checkbox"/>	Dia(s)	MCHA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Suco	<input type="checkbox"/>	Mês(es)	<input type="checkbox"/>	Dia(s)	MSUC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outro leite	<input type="checkbox"/>	Mês(es)	<input type="checkbox"/>	Dia(s)	MLEIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mingau	<input type="checkbox"/>	Mês(es)	<input type="checkbox"/>	Dia(s)	MMIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outro	<input type="checkbox"/>	Mês(es)	<input type="checkbox"/>	Dia(s) _____	MOUT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	< > tem cartão da criança?			CARTPESO				
	<input type="checkbox"/> 1 Sim, visto	<input type="checkbox"/> 3 Não, mas já teve	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe					
	<input type="checkbox"/> 2 Sim, não visto	<input type="checkbox"/> 4 Não/ Nunca teve						
OBSERVAR NO CARTÃO DA CRIANÇA - NOS ÚLTIMOS 3 MESES								
19	< > foi pesado (a)?			FOIPESA				
	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 3 Sim, apenas informado	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem cartão)					
	<input type="checkbox"/> 2 Sim, não registrado	<input type="checkbox"/> 4 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não Sabe					
20	No cartão tem registro do desenvolvimento?			RDESENV				
	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 3 Cartão não visto	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe					
	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem cartão)						

**FORMULÁRIO 4
REGISTRO DE MORBIDADE**

NOME DA CRIANÇA < 5 ANOS (<>)		NOME DA MÃE DA CRIANÇA:		QST							
1	Teve diarreia nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?			DIASEM QTDIA							
1	Sim.	Quantos dias?	<input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/>								
2	Não (<i>passa para a questão "6"</i>)			9	Não sabe						
2	SE TEVE DIARRÉIA: Como foi tratada a diarreia?			SOROCAS SOROPAC CHA SUCO OUTRO							
1	Soro caseiro	1	Sim						2	Não	0 = não deu nada 8 = não teve diarreia 9 = não sabe
2	Soro pacote (LAFEPE/ Farmácia)	1	Sim						2	Não	
3	Chá	1	Sim						2	Não	
4	Suco	1	Sim						2	Não	
5	Outro líquido. Qual? _____	1	Sim						2	Não	
3	SE USOU SORO: Quem orientou o uso do soro?			ORISORO							
1	Médico	4	Farmacêutico/balconista						0 = não usou soro 8 = não teve diarreia 9 = não sabe		
2	Agente de saúde	5	Rádio/televisão								
3	Enfermeiro	6	Outro _____								
4	Suspendeu a alimentação durante a diarreia?			ALIMDIAR							
1	Sim	2	Não						8	NSA/ Não teve diarreia	9
5	Usou algum medicamento para tratar a diarreia?			MEDIAR QUALMED							
1	Sim	Qual? _____	8						Não teve diarreia		
6	Foi internada nos ÚLTIMOS DOZE MESES?			INTERNA							
1	Sim	2	Não (<i>passa para a "8"</i>)						9	Não sabe	
7	SE FOI INTERNADA: por qual (is) doença (s) e quantas vezes (NOS ÚLTIMOS 12 MESES)? (Assinalar mais de uma resposta)			PNEUMO							
	Pneumonia	<input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/>	vezes								

2 Não

9 Não sabe / Não lembra

Asma

 vezes

Diarréia

 vezes

Desnutrição

 vezes

Outra:

 vezes _____

88 = NSA (não foi internada)
99 = não sabe

ASMA
 DIARREIA
 DESNUT
 OUTRA

9

SE FOI ATENDIDA, qual o Serviço de Saúde utilizado?

8

- Nos **ULTIMOS TRÊS MESES** a criança foi atendida em Serviço de Saúde?
- | | |
|---|------------------------------|
| 1 | PSE |
| 2 | Centro de Saúde Tradicional |
| 3 | Urgência/ Emergência Pública |
| 4 | Plano de Saúde |
- | | | |
|---|---|--|
| 5 | Particular | |
| 6 | Outro: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> Não, não precisou (passe para a "11") | |
| | | |
| 8 | NSA (Não foi atendida) | |
| 9 | Não sabe | |

SERSAU
 FOICONS

--

**FORMULÁRIO 4
 REGISTRO DE MORBIDADE**

NOME DA CRIANÇA < 5 ANOS (<>) _____	NOME DA MÃE DA CRIANÇA: _____	QST				
--	----------------------------------	-----	--	--	--	--

10	SE FOI ATENDIDA, por quem?	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>Médico</td></tr> <tr><td>2</td><td>Enfermeiro(a) (nível superior)</td></tr> <tr><td>3</td><td>Auxiliar de enfermagem</td></tr> <tr><td>4</td><td>Agente de Saúde</td></tr> <tr><td>5</td><td>Outro: _____</td></tr> <tr><td>8</td><td>NSA (Não foi atendida)</td></tr> <tr><td>9</td><td>Não sabe</td></tr> </table>	1	Médico	2	Enfermeiro(a) (nível superior)	3	Auxiliar de enfermagem	4	Agente de Saúde	5	Outro: _____	8	NSA (Não foi atendida)	9	Não sabe	QCONS	
1	Médico																	
2	Enfermeiro(a) (nível superior)																	
3	Auxiliar de enfermagem																	
4	Agente de Saúde																	
5	Outro: _____																	
8	NSA (Não foi atendida)																	
9	Não sabe																	
11	Quanto tempo leva para ir de sua casa até o Serviço de Saúde mais próximo?	<table border="1"> <tr><td>9</td><td>9</td><td>Não Sabe</td></tr> </table>	9	9	Não Sabe	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td>Km</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>Horas</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>Minutos</td></tr> </table>			Km			Horas			Minutos	DISTKM		
9	9	Não Sabe																
		Km																
		Horas																
		Minutos																
12	Qual o principal meio de transporte utilizado para chegar a este serviço?	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>A pé</td></tr> <tr><td>2</td><td>Carro/ônibus/moto</td></tr> <tr><td>3</td><td>Ambulância</td></tr> <tr><td>4</td><td>Bicicleta</td></tr> <tr><td>5</td><td>Transporte animal</td></tr> <tr><td>6</td><td>Outro: _____</td></tr> <tr><td>9</td><td>Não sabe</td></tr> </table>	1	A pé	2	Carro/ônibus/moto	3	Ambulância	4	Bicicleta	5	Transporte animal	6	Outro: _____	9	Não sabe	TRANS	
1	A pé																	
2	Carro/ônibus/moto																	
3	Ambulância																	
4	Bicicleta																	
5	Transporte animal																	
6	Outro: _____																	
9	Não sabe																	
13	A Criança é cadastrada no Programa Saúde da Família (PSF)?	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>Sim</td></tr> <tr><td>2</td><td>Não</td></tr> <tr><td>8</td><td>NSA/ Não tem PSF na área</td></tr> </table>	1	Sim	2	Não	8	NSA/ Não tem PSF na área	PSFC									
1	Sim																	
2	Não																	
8	NSA/ Não tem PSF na área																	
14	<> recebe regularmente visitas de Agente de Saúde?	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>Sim, do PSF</td></tr> <tr><td>2</td><td>Sim, do PACS</td></tr> <tr><td>3</td><td>Sim, da Pastoral da Criança</td></tr> <tr><td>4</td><td>Não</td></tr> <tr><td>8</td><td>NSA (não tem ACS na área)</td></tr> <tr><td>9</td><td>Não sabe</td></tr> </table>	1	Sim, do PSF	2	Sim, do PACS	3	Sim, da Pastoral da Criança	4	Não	8	NSA (não tem ACS na área)	9	Não sabe	ACS			
1	Sim, do PSF																	
2	Sim, do PACS																	
3	Sim, da Pastoral da Criança																	
4	Não																	
8	NSA (não tem ACS na área)																	
9	Não sabe																	

**FORMULÁRIO 5
REGISTRO DA MULHER**

Nome da mulher de 10 a 49 anos:		QST												
1	Com que idade menstruou pela 1ª vez?	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td>Anos</td></tr> <tr><td>9</td><td>9</td><td>Não sabe</td></tr> </table>			Anos	9	9	Não sabe	IDMENRC					
		Anos												
9	9	Não sabe												
2	Esteve grávida alguma vez?	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>Sim</td></tr> <tr><td>2</td><td>Não (passe para a "9")</td></tr> <tr><td>3</td><td>Está grávida</td></tr> </table>	1	Sim	2	Não (passe para a "9")	3	Está grávida	ESTGRV					
1	Sim													
2	Não (passe para a "9")													
3	Está grávida													
3	Se esteve/ está grávida, com que idade engravidou a primeira vez?	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td>Anos</td></tr> <tr><td>8</td><td>8</td><td>NSA (Nunca engravidou)</td></tr> </table>			Anos	8	8	NSA (Nunca engravidou)	IDADEGRV					
		Anos												
8	8	NSA (Nunca engravidou)												
4	Se está grávida, recebe atendimento pré-natal?	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>Sim</td></tr> <tr><td>2</td><td>Não</td></tr> <tr><td>9</td><td>Não Sabe</td></tr> <tr><td>8</td><td>NSA (Não está grávida)</td></tr> </table>	1	Sim	2	Não	9	Não Sabe	8	NSA (Não está grávida)	PRENATAL			
1	Sim													
2	Não													
9	Não Sabe													
8	NSA (Não está grávida)													
5	Quantas vezes engravidou?	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td>Vezes</td></tr> </table> <p>(CONTAR COM A GRAVIDEZ ATUAL)</p>			Vezes	XGRAVID								
		Vezes												
	Gravidez atual		GRAV											
	Abortos (< 28 semanas de gestação)		ABORTOS											
	Nascidos mortos (≥ 28 semanas de gestação)		NASMORT											
	Nascidos vivos		NASCVIVO											

AGORA, EU VOU LER UMA LISTA DE ALIMENTOS. POR FAVOR, PENSE NA SUA ALIMENTAÇÃO NO ÚLTIMO MÊS E ME DIGA COM QUE FREQUÊNCIA O(A) SR.(A) NORMALMENTE COME OU BEBE ESTES ALIMENTOS. LEMBRE-SE DE TODAS AS REFEIÇÕES – CAFÉ DA MANHÃ, ALMOÇO, JANTAR E LANCHES, QUE O(A) SR.(A) FAZ EM CASA OU FORA DE CASA.

COM QUE FREQUÊNCIA O (A) SR. (A) NORMALMENTE COME OU BEBE	FREQUENCIA					
1. BIFE OU CARNE COZIDA	1	Nunca	5	1 x / semana	CARNFRQ	<input type="checkbox"/>
	2	Menos de 1 x/ mês	6	2 – 4 x / semana		
	3	1 – 3 x / mês	7	1 x / dia		
	4	1 x / semana	8	2 ou mais / dia		
2. FRANGO	1	Nunca	5	1 x / semana	LINFRRQ	<input type="checkbox"/>
	2	Menos de 1 x/ mês	6	2 – 4 x / semana		
	3	1 – 3 x / mês	7	1 x / dia		
	4	1 x / semana	8	2 ou mais / dia		
3. CARNE DE PORCO	1	Nunca	5	1 x / semana	PORCFRQ	<input type="checkbox"/>
	2	Menos de 1 x/ mês	6	2 – 4 x / semana		
	3	1 – 3 x / mês	7	1 x / dia		
	4	1 x / semana	8	2 ou mais / dia		
4. VÍSCERAS DE BOI	1	Nunca	5	1 x / semana	VISCBFRRQ	<input type="checkbox"/>
	2	Menos de 1 x/ mês	6	2 – 4 x / semana		
	3	1 – 3 x / mês	7	1 x / dia		
	4	1 x / semana	8	2 ou mais / dia		
5. PEIXE	1	Nunca	5	1 x / semana	VISCFFRRQ	<input type="checkbox"/>
	2	Menos de 1 x/ mês	6	2 – 4 x / semana		
	3	1 – 3 x / mês	7	1 x / dia		
	4	1 x / semana	8	2 ou mais / dia		
6. QUEJO OU REQUEIJÃO	1	Nunca	5	1 x / semana	QUEJFRQ	<input type="checkbox"/>
	2	Menos de 1 x/ mês	6	2 – 4 x / semana		
	3	1 – 3 x / mês	7	1 x / dia		
	4	1 x / semana	8	2 ou mais / dia		
7. MARGARINA OU MANTEIGA	1	Nunca	5	1 x / semana	MARGFRQ	<input type="checkbox"/>
	2	Menos de 1 x/ mês	6	2 – 4 x / semana		
	3	1 – 3 x / mês	7	1 x / dia		
	4	1 x / semana	8	2 ou mais / dia		
8. LEITE (INCLUINDO ACHOCOLATADOS, MINGAUS E VITAMINAS PREPARADAS COM LEITE)	1	Nunca	5	1 x / semana	LEITFRQ	<input type="checkbox"/>
	2	Menos de 1 x/ mês	6	2 – 4 x / semana		
	3	1 – 3 x / mês	7	1 x / dia		
	4	1 x / semana	8	2 ou mais / dia		
9. OVO, OMELETES, FRITADA	1	Nunca	5	1 x / semana	OVOFRQ	<input type="checkbox"/>
	2	Menos de 1 x/ mês	6	2 – 4 x / semana		
	3	1 – 3 x / mês	7	1 x / dia		
	4	1 x / semana	8	2 ou mais / dia		
10. AÇÚCAR, DOCE DE LEITE, DOCES EM GERAL	1	Nunca	5	1 x / semana	AÇURFRQ	<input type="checkbox"/>
	2	Menos de 1 x/ mês	6	2 – 4 x / semana		
	3	1 – 3 x / mês	7	1 x / dia		
	4	1 x / semana	8	2 ou mais / dia		

11. ÓLEO	1	Nunca	5	1 x / semana	OLEOFRQ	<input type="checkbox"/>
	2	Menos de 1 x / mês	6	2 – 4 x / semana		
	3	1 – 3 x / mês	7	1 x / dia		
	4	1 x / semana	8	2 ou mais / dia		
12. ARROZ / MACARRÃO/PÃES/CUSCUZ	1	Nunca	5	1 x / semana	ARMCFRQ	<input type="checkbox"/>
	2	Menos de 1 x / mês	6	2 – 4 x / semana		
	3	1 – 3 x / mês	7	1 x / dia		
	4	1 x / semana	8	2 ou mais / dia		
13. REFRIGERANTE COMUM	1	Nunca	5	1 x / semana	REFRFRQ	<input type="checkbox"/>
	2	Menos de 1 x / mês	6	2 – 4 x / semana		
	3	1 – 3 x / mês	7	1 x / dia		
	4	1 x / semana	8	2 ou mais / dia		
14. SUCOS DE FRUTAS PREPARADOS A PARTIR DA FRUTA, POLPA OU CONCENTRADO. (NÃO CONSIDERE OS REFRESCOS OU REFRIGERANTES)	1	Nunca	5	1 x / semana	SUCOFRQ	<input type="checkbox"/>
	2	Menos de 1 x / mês	6	2 – 4 x / semana		
	3	1 – 3 x / mês	7	1 x / dia		
	4	1 x / semana	8	2 ou mais / dia		
15. FRUTAS (SEM CONTAR SUCOS)	1	Nunca	5	1 x / semana	FRUTFRQ	<input type="checkbox"/>
	2	Menos de 1 x / mês	6	2 – 4 x / semana		
	3	1 – 3 x / mês	7	1 x / dia		
	4	1 x / semana	8	2 ou mais / dia		
16. HORTALIÇAS - AGRIÃO, ALFACE, BRÓCOLIS, CHICÓRIA, COUVE, COUVE-FLOR, ESPINAFRE, REPOLHO, BREDO, ETC.	1	Nunca	5	1 x / semana	HORTFRQ	<input type="checkbox"/>
	2	Menos de 1 x / mês	6	2 – 4 x / semana		
	3	1 – 3 x / mês	7	1 x / dia		
	4	1 x / semana	8	2 ou mais / dia		
17. FEIJÕES (PRETO, MULATINHO, FRADINHO, ROXO, FAVA, GANDU, ETC.), LENTILHA, ERVILHA SECA OU GRÃO DE BICO	1	Nunca	5	1 x / semana	FEIJFRQ	<input type="checkbox"/>
	2	Menos de 1 x / mês	6	2 – 4 x / semana		
	3	1 – 3 x / mês	7	1 x / dia		
	4	1 x / semana	8	2 ou mais / dia		
18. COM QUE FREQUÊNCIA, O (A) SR (A) COSTUMA LER NOS PRODUTOS QUE CONSUME:					PRAZOVALID INGREDIENT VALORNUTRI CONSERVA	<input type="checkbox"/>
Prazo de validade:	<input type="checkbox"/> 1 Sempre	<input type="checkbox"/> 2 Às vezes	<input type="checkbox"/> 3 Raramente	<input type="checkbox"/> 4 Nunca		
Os ingredientes:	<input type="checkbox"/> 1 Sempre	<input type="checkbox"/> 2 Às vezes	<input type="checkbox"/> 3 Raramente	<input type="checkbox"/> 4 Nunca		
O valor nutricional:	<input type="checkbox"/> 1 Sempre	<input type="checkbox"/> 2 Às vezes	<input type="checkbox"/> 3 Raramente	<input type="checkbox"/> 4 Nunca		
O modo de conservação: (depois de aberto)	<input type="checkbox"/> 1 Sempre	<input type="checkbox"/> 2 Às vezes	<input type="checkbox"/> 3 Raramente	<input type="checkbox"/> 4 Nunca		

FORMULÁRIO 8 REGISTRO DE PRESSÃO ARTERIAL

Nome:	Nº de Ordem:	Questionário:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------	--------------	---------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<p>1. ALGUM MÉDICO OU ENFERMEIRA OU AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE JÁ MEDIU SUA PRESSÃO?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não (<i>Se Não, finalize o questionário</i>)</p>	MEDIUPRESSAO	<input type="checkbox"/>
<p>2. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE UM MÉDICO, ENFERMEIRO OU AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE MEDIU A SUA PRESSÃO?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Há até 6 meses <input type="checkbox"/> 3 Há mais de 1 ano até 2 anos <input type="checkbox"/> 5 Há + de 5 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Há + de 6 meses até 1 ano <input type="checkbox"/> 4 Há + de 2 anos até 5 anos <input type="checkbox"/> 8 NSA (não mediu pressão)</p>	ULTMEDPA	<input type="checkbox"/>

<p>3. ALGUM MÉDICO, ENFERMEIRO OU AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE JÁ LHE DISSE QUE O(A) SR.(A) TEM PRESSÃO ALTA?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 3 Durante a gravidez <input type="checkbox"/> 8 NSA (não mediu a pressão)</p>	<p>TEMHAS</p> <input type="checkbox"/>
<p>4. DEPOIS QUE DISSERAM QUE O(A) SR.(A) TEM PRESSÃO ALTA, ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE DISSE QUE O(A) SR.(A) DEVERIA DIMINUIR O SAL DA COMIDA?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem pressão alta/ não mediu pressão)</p>	<p>MENORSAL</p> <input type="checkbox"/>
<p>5. DEPOIS QUE DISSERAM QUE O(A) SR.(A) TEM PRESSÃO ALTA, ALGUM MÉDICO LHE RECEITOU REMÉDIO PARA BAIXAR A PRESSÃO?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem pressão alta/ não mediu pressão)</p>	<p>RECREMED</p> <input type="checkbox"/>
<p>6. ATUALMENTE, O(A) SR.(A) ESTÁ USANDO O REMÉDIO PARA BAIXAR SUA PRESSÃO?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem pressão alta/ não mediu pressão/ não receitou medicamento)</p>	<p>TOMAREMED</p> <input type="checkbox"/>
<p>7. COM QUE FREQUÊNCIA O(A) SR.(A) TENTA CONSEGUIR O SEU REMÉDIO DE PRESSÃO NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE, QUANDO ELE ACABA:</p> <p><i>Entrevistador: Leia as alternativas.</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sempre <input type="checkbox"/> 3 Às vezes <input type="checkbox"/> 5 Nunca <input type="checkbox"/> 2 Quase sempre <input type="checkbox"/> 4 Raramente <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não usa medicamento/ Não mediu pressão/ Não tem pressão alta)</p> <p>8. ATUALMENTE, QUANDO SEU REMÉDIO ACABA E ELE ESTÁ EM FALTA NO SERVIÇO PÚBLICO COMO POSTO DE SAÚDE, HOSPITAL, ETC., O(A) SR.(A):</p> <p><i>Entrevistador: Leia as alternativas.</i></p> <p>1. Pára de tomar o remédio <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não usa medicamento/ Não mediu pressão/ Não tem pressão alta)</p> <p>2. Compra, mesmo com dificuldades <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não usa medicamento/ Não mediu pressão/ Não tem pressão alta)</p> <p>3. Pede a amigos/parentes que comprem p/ o Sr.(a) <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não usa medicamento/ Não mediu pressão/ Não tem pressão alta)</p> <p>4. Pede ao médico para mudar a receita <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não usa medicamento/ Não mediu pressão/ Não tem pressão alta)</p> <p>5. Nunca falta <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não usa medicamento/ Não mediu pressão/ Não tem pressão alta)</p> <p>6. Outros (especifique) <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não usa medicamento/ Não mediu pressão/ Não tem pressão alta)</p> <p>9. O (A) SR. (A) ESTÁ INSCRITO(A) PARA ACOMPANHAMENTO DA PRESSÃO ALTA EM ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem pressão alta/ não mediu pressão)</p>	<p>REMSERVPUB</p> <input type="checkbox"/> <p>PARAREM</p> <input type="checkbox"/> <p>COMPRA</p> <input type="checkbox"/> <p>PEDEAMIGO MUDARECEITA</p> <input type="checkbox"/> <p>NAOFALTA</p> <input type="checkbox"/> <p>OUTROREM</p> <input type="checkbox"/> <p>INSCRHAS</p> <input type="checkbox"/>

FORMULÁRIO 1
REGISTRO DOS MORADORES DO DOMICÍLIO

Nº de Ordem	Nº Questionário				Condição na família	Nº de Ordem da mãe	Sexo 1- M 2- F	Idade (anos completos ou meses se < 1 a)	Data de Nascimento			Raça Cor 1- Branca 2- Preta 3- Parda 4- Amarela	ELEGÍVEIS		Frequência à Escola (≥ 7 a)	Última Série concluída	Alfabetização (≥ 7a)	Condição de Trabalho (7 anos)
	Nome								Dia	Mês	Ano		Criança (< 5 a)	Mulher (10-49)				
(1)	(2)				(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
01																		
02																		
03																		
04																		
05																		
06																		
07																		
08																		
09																		

<p align="center">(3) CONDIÇÃO NA FAMÍLIA</p> <p>1 - CHEFE 2 - CÔNJUGE 3 - FILHO 4 - FILHO ADOTIVO 5 - ENTEA DO 6 - OUTRO PARENTE 7 - AGREGADO 8 - EMPREGADO DOMÉSTICO 9 - PARENTE DE EMPREGADO DOMÉSTICO 10- NETO</p> <p>(4) No. Ordem Mãe 88 = NSA</p>	<p align="center">(13) FREQUÊNCIA À ESCOLA (≥ 7 anos)</p> <p>1 – SIM, REDE PRIVADA 2 – SIM, REDE PÚBLICA 3 – NÃO, JÁ FREQUENTOU (REDE PRIVADA) 4 – NÃO, JÁ FREQUENTOU (REDE PÚBLICA) 5 – NUNCA FREQUENTOU 8- NSA (< de 7 anos) 9 – Não sabe</p>	<p align="center">(14) ÚLTIMA SÉRIE CONCLUÍDA</p> <p>01 – PRIMEIRA 08 – OITAVA 02 – SEGUNDA 09 – NONA 03 – TERCEIRA 10 – DÉCIMA 04 – QUARTA 11 – DÉCIMA PRIMEIRA 05 – QUINTA 12 – SUPERIOR 06 – SEXTA 13 – NENHUMA 07 – SÉTIMA 88 – NSA (< 7a) 99 – NÃO SABE</p>	<p align="center">(15) ALFABETIZAÇÃO (≥ 7anos)</p> <p>1 – Lê e escreve 2 – Lê 3 – Não lê e nem escreve 4 – Assina o nome / Só escreve 8 – NSA (< 7 anos) 9 – Não sabe</p>	<p align="center">(16) CONDIÇÃO DE TRABALHO (no último mês – A partir de 7 anos)</p> <p>00 – NÃO TRABALHA / do lar 01 – DESEMPREGADO 06 – APOSENTADO / PENSIONISTA / BENEFÍCIO 02 – EMPREGADO C/ CARTEIRA 07 – ESTUDANTE (Trabalhando) 03 – EMPREGADO S/ CARTEIRA 08 – ESTUDANTE (Não Trabalhando) 04- AUTÔNOMO (Urbano/ Rural) 05 – BISCATEIRO / AMBULANTE 88 – NSA (<7anos) 99 – Não sabe</p>
--	---	--	---	---

Anexo 01



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 212/2010 - CEP/CCS

Recife, 24 de agosto de 2010

Registro do SISNEP FR – 334486
CAAE – 0173.0.172.000-10
Registro CEP/CCS/UFPE N.º 174/10
Título: “Avaliação do estado nutricional de mulheres em idade fértil na cidade de Vitória de Santo Antão-PE.”
Pesquisador Responsável: Juliana Souza Oliveira

Senhor(a) Pesquisador(a):

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 24 de agosto de 2010.

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente


Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS / UFPE

A
Dra. Juliana Souza Oliveira
Centro Acadêmico de Vitória - CAV/UFPE

Av. Prof. Moraes Rego s/n, 1º Andar, Cid. Universitária, 50670-901, Recife - PE, Tel/fax: 81 2126 8588; cepccs@ufpe.br
