

PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE FRUTAS, LEGUMES E VERDURAS ENTRE ADULTOS DA ZONA RURAL DE PELOTAS, RS

MANOELA TEIXEIRA DA SILVA¹; BRUNA MENDONÇA LIMONS²; LUDMILA CORREA MUNIZ³; DENISE PETRUCCI GIGANTE⁴

¹*Universidade Federal de Pelotas – manoelatds.nutri@gmail.com*

²*Universidade Federal de Pelotas – brunamendoncalimons@gmail.com*

³*Universidade Federal de Pelotas – ludmuniz@yahoo.com.br*

⁴*Nome da Instituição do Orientador – denisepgigante@gmail.com*

1. INTRODUÇÃO

O maior consumo de alimentos não saudáveis, chamados de ultraprocessados, acompanhou o aumento nas prevalências de excesso de peso e obesidade e o surgimento acentuado de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil (BRASIL, 2013). Ao mesmo tempo, evidências mostram que o consumo de frutas, legumes e verduras (FLV) contribuem para a prevenção das DCNT (WHO, 2003). Um estudo multicêntrico, que incluiu o Brasil e envolveu 143.305 adultos, encontrou que 60% dos participantes não atendiam a ingestão recomendada de FLV (MILLER, 2016), que é de 400 g ou o equivalente a cinco porções por dia (WHO, 2003). Surpreendentemente, o consumo diário de frutas e vegetais é maior na população brasileira que vive em área urbana (25% e 38%), do que entre aqueles que viviam em zona rural (14% e 31%) (JAIME e MONTEIRO, 2005; BRASIL, 2013).

Considerando que o consumo de FLV é um fator de proteção para DCNT (WHO, 2003) e que o consumo desses alimentos é baixo pela população adulta, sobretudo na zona rural (JAIME e MONTEIRO, 2005; BRASIL, 2013), o objetivo deste estudo é descrever a prevalência do consumo de FLV entre adultos da zona rural de Pelotas.

2. METODOLOGIA

Os dados do presente estudo originaram-se de um censo escolar, com delineamento transversal, realizado na zona rural de Pelotas e envolvendo 21 escolas municipais, de ensino fundamental. Questionário autoaplicado foi utilizado com os pais ou responsáveis pelos alunos e as informações apresentadas nessa análise referem-se a essa população específica. As variáveis estudadas foram: idade (obtida em anos completos e dividida em duas categorias), sexo (feminino/masculino), cor da pele (branca e negra ou parda), situação conjugal (com ou sem companheiro), escolaridade (obtida em anos completos e categorizada em 0 - 4/5 – 8/9 ou mais), trabalho atual (sim/não), autorrelato de morbidade, confirmada por profissional de saúde, incluindo hipertensão, diabetes e dislipidemias (sim/não), autopercepção de saúde (boa/regular/ruim), consumo de salgados fritos, embutidos e hambúrguer (Nunca/1-2 vezes na semana/3 ou mais vezes na semana) e produção própria de FLV (sim/não). A variável de desfecho estudada foi: consumo regular de FLV. O relato de consumo de salada crua, legumes cozidos, frutas frescas e salada de frutas em quatro dias ou mais da semana foi definido como consumo regular de FLV. As características da amostra foram descritas utilizando frequência absoluta (n) e relativa (%). As prevalências de consumo de FLV em cada uma das categorias das variáveis independentes foram comparadas utilizando teste

de qui-quadrado. Foi considerado significativo um valor de $p<0,05$ para o teste bicaudal.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo, a prevalência de consumo de FLV foi 18% entre 1,104 pais ou responsáveis entrevistados. As prevalências para as categorias das variáveis independentes investigadas são apresentadas estratificadas por sexo na Tabela. Cabe destacar que a maioria da população estudada era do sexo feminino (81%), o que está de acordo com a literatura (WHO, 2003; JAIME e MONTEIRO, 2005; BRASIL, 2013).

As mulheres do presente estudo consumiram mais FLV do que os homens, assim como aquelas que trabalhavam também consumiram mais FLV do que as que não trabalhavam. O maior consumo de FLV também foi observado conforme aumentou a escolaridade das participantes. É sabido que as mulheres costumam procurar mais informação sobre saúde (FIGUEIREDO, 2005) e alimentação saudável do que os homens (WARDLE et al., 2004). Além disso, a maior escolaridade proporciona maior conhecimento sobre hábitos saudáveis e trabalhar fora pode estar influenciando o rendimento salarial dessas mulheres e, assim, melhorando o acesso a alimentos saudáveis (DIAS, 2006). A falta de acessibilidade a FLV, devido ao baixo rendimento salarial encontrado nessa população, a falta de transporte público para deslocamento e o acesso aos serviços de saúde e comércio podem estar contribuindo para essa menor prevalência de consumo desses alimentos pela população rural (DIAS, 2006).

As mulheres que tiveram autopercepção de saúde boa consumiram mais FLV e isso está de acordo com a literatura (DAMIANI et al., 2017). A variável de autopercepção de saúde é considerada um poderoso preditor da mortalidade, independente de fatores de risco de saúde (IDLER, 1997). No presente estudo, os diagnósticos de hipertensão, diabetes e dislipidemia não estiveram associados significativamente com o consumo de FLV, mostrando que a autopercepção de saúde pode ser um preditor mais importante para práticas alimentares mais saudáveis, do que o diagnóstico de alguma doença.

Embora a população rural produza alimentos para seu sustento, o modo de produção sofreu modificações nos últimos anos com o crescimento da monocultura. Com este cenário, a produção própria de alimentos e a agricultura familiar têm sido desencorajadas (PERESTRELO, 2003). No entanto, os resultados do presente estudo mostram que as pessoas que tinham FLV de produção própria consumiam mais esses alimentos do que as que não cultivavam esses alimentos. Isso sugere a importância do incentivo ao cultivo desses alimentos pela população (BRASIL, 2014).

Tabela. Prevalência do consumo regular de frutas, legumes e verduras segundo as características dos adultos da zona rural de Pelotas.

	Homens			Mulheres		
	n	FLV Regular (%)	p	n	FLV Regular (%)	p
Idade			0,841			0,345
≤35 anos	55	8 (14,6)		411	73 (17,8)	
>35 anos	108	17 (15,7)		423	86 (20,3)	

Cor da pele			0,461		0,869
Branca	173	27 (15,6)		746	142 (19,0)
Não branca	29	3 (10,3)		141	26 (18,4)
Situação conjugal			0,742		0,533
Com companheiro	184	27 (14,7)		774	144 (18,6)
Sem companheiro	17	3 (17,7)		109	23 (21,1)
Escolaridade			0,636		0,005
0 a 4	69	8 (11,6)		215	31 (14,4)
5 a 8	89	15 (16,9)		384	68 (17,7)
9 ou mais	30	4 (13,3)		240	62 (25,8)
Hipertensão			0,261		0,428
Não	157	22 (14,0)		630	122 (19,4)
Sim	32	7 (21,9)		196	33 (16,8)
Diabetes			0,227		0,523
Não	179	27 (15,1)		787	146 (18,6)
Sim	6	2 (33,3)		35	8 (22,9)
Dislipidemias			0,648		0,433
Não	169	27 (16,0)		723	138 (19,1)
Sim	17	2 (11,8)		101	16 (15,8)
Autopercepção de saúde			0,492		0,007
Bom	154	25 (16,2)		601	131 (21,8)
Regular	35	4 (11,4)		231	29 (12,6)
Ruim	5	0 (0)		24	3 (12,5)
Trabalho			0,136		0,019
Sim	25	6 (24,0)		321	47 (15,5)
Não	164	21 (12,8)		476	101 (21,2)
Produção própria de FLV			0,048		0,008
Não	57	4 (7,0)		457	71 (15,5)
Sim	144	26 (18,1)		425	96 (22,6)
Fritos, embutidos e hambúrguer			0,557		0,903
Nunca	27	5 (18,5)		164	31 (18,9)
1-2 vezes/se	73	8 (11,0)		394	71 (18,0)
3 ou + vezes/s	97	15 (15,5)		321	62 (19,3)

4. CONCLUSÕES

De acordo com os resultados do presente estudo, a prevalência do consumo de FLV ainda é baixa na população rural de Pelotas. Nas mulheres, o consumo de FLV foi menor naquelas com baixa escolaridade, que não trabalhavam fora e que consideravam sua saúde como ruim. Também foi constatado o menor consumo entre aqueles que não cultivavam esses alimentos. Assim, é necessário incentivar o consumo de FLV, sobretudo por profissionais da saúde e por meio de políticas públicas de educação e comunicação no âmbito da Rede de Atenção Primária à Saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Guia Alimentar para a População Brasileira. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF. 2014.

BRASIL. Pesquisa nacional de saúde: percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. IBGE: Rio de Janeiro. 2013.

DAMIANI, TF; PEREIRA, LP; FERREIRA, MG. Consumo de frutas, legumes e verduras na Região Centro-Oeste do Brasil: prevalência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 2, N.22, p. 369-382. 2017.

DIAS, EC., Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil. **Saúde do trabalhador rural –RENAST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FIGUEIREDO W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 10, n.1, p. 105- 109. 2005.

IDLER, E.L. AND BENYAMINI, Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. **Journal of Health and Social Behavior**, V.38,N.1, p. 21- 37. 1997.

JAIME, PC; MONTEIRO, CA. Fruit and vegetable intake by brasilian adults. **Cadernos de Saúde Pública**. São Paulo, v.21, p. 19 – 24. 2005.

MILLER, V. Availability, affordability, and consumption of fruits and vegetables in 18 countries across income levels: findings from the Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. **Lancet glob health**. Canada, v.4, n.16, p. 695 - 703, 2016.

PERESTRELO, JPPM., IGNEZ, S. Modernização rural: transformações econômicas e suas implicações demográficas, epidemiológicas e nutricionais nos municípios de Monteiro Lobato e Santo Antônio do Pinhal. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.12, n.2, p. 38-55. 2003.

WARDLE, J; HAASE AM, STEPTOE, A; NILLAPUN, M; et al. Gender differences in food choice: the contribution of health beliefs and dieting. **Annals of Behavioral Medicine**. v. 27, n.2, p. 107 – 116. 2004.

WHO. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases.** Repost of a joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva. 2003.