

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

Percepções sobre o consumo de frutas e hortaliças entre usuários do Programa
Academia da Saúde em Belo Horizonte – MG

por

Taís Rocha Figueira

Belo Horizonte
Agosto/2015

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

Percepções sobre o consumo de frutas e hortaliças entre usuários do Programa
Academia da Saúde em Belo Horizonte – MG

por

Taís Rocha Figueira

Tese apresentada com vistas à
obtenção do título de Doutor em
Ciências na área de concentração
Saúde Coletiva.

Orientação: Prof^a Dr^a Celina Maria
Modena

Co-orientação: Prof^a Dr^a Aline
Cristine Souza Lopes

Belo Horizonte
Agosto/2015

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

F475p Figueira, Taís Rocha.
2015

Percepções sobre o consumo de frutas e hortaliças entre usuários do Programa Academia da Saúde em Belo Horizonte – MG / Taís Rocha Figueira. – Belo Horizonte, 2015.

XII, 73 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.: 80 - 85

Tese (Doutorado) – Tese para obtenção do título de Doutor em Ciências pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva.

1. Frutas 2. Verduras 3. Consumo de alimentos 4. Pesquisa Qualitativa I. Título. II. Modena, Celina Maria (Orientação). III. Lopes, Aline Cristine Souza (Co-orientação)

CDD – 22. ed. – 641.34

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

Percepções sobre o consumo de frutas e hortaliças entre usuários do Programa
Academia da Saúde em Belo Horizonte – MG

por

Taís Rocha Figueira

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Celina Maria Modena (Presidente)

Prof. Dr. Jaqueline Germano de Oliveira

Prof. Dr. Denise Nacif Pimenta

Prof. Dr. Efigênia Ferreira e Ferreira

Prof. Dr. Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu

Suplente: Prof. Dr. Divane Leite Matos

Tese defendida e aprovada em: 21/08/2015

Agradecimentos

A Deus, pela oportunidade de aprendizado e crescimento.

Ao meu marido, Marcus, por me ajudar a realizar os meus sonhos, através de seu amor, apoio e incentivo.

A meus pais, Paulo e Elizabeth, por estarem ao meu lado em todos os momentos, dando-me coragem e força.

Aos meus irmãos, Gustavo e Maria Elisa, pelo carinho e amizade.

À minha orientadora, Dra Celina Maria Modena, pela orientação na elaboração dessa tese, por compartilhar comigo seus conhecimentos, pelo carinho e amizade.

À minha co-orientadora, Dr^a Aline Cristine Souza Lopes, pelas importantes colaborações ao nosso trabalho.

Ao Centro de Pesquisas René Rachou, pela oportunidade de realização do curso de Doutorado.

A todos os colegas do grupo de pesquisa sobre o consumo de FH, presenças importantes durante esta jornada.

Aos profissionais das Academias da Saúde pela acolhida e apoio indispensável na realização deste trabalho.

Sumário

Lista de Figuras.....	VII
Lista de Tabelas.....	VIII
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	XI
Resumo.....	X
Abstract.....	XII
1 Introdução.....	13
2 Objetivos.....	21
2.1 Objetivo geral.....	21
2.2 Objetivos específicos.....	21
3 Metodologia.....	22
3.1 Referenciais teórico-metodológicos.....	22
3.2 Campos de estudo.....	22
3.3 Participantes do estudo.....	26
3.4 Coleta de dados.....	27
3.5 Estudo Piloto.....	28
3.6 Tratamento e análise de dados.....	28
3.7 Aspectos Éticos.....	31
4 Resultados e Discussão.....	32
4.1 Primeiro artigo: Avaliação do consumo de frutas e hortaliças entre famílias de usuários do Programa Academia da Saúde (PAS).....	32
4.2 Segundo artigo: Barreiras e fatores promotores do consumo de frutas e hortaliças entre usuários do Programa Academia da Saúde.....	60
4.3 Caracterização do consumo de Frutas e Hortaliças.....	66
4.4 O (des)conhecimento sobre o consumo de Frutas e Hortaliças.....	67
4.5 Polifonia dietética e cacofonia alimentar.....	70
5 Considerações finais.....	74
6 Anexos.....	76
6.1 Anexo A – Roteiro da entrevista semiestruturada.....	76
6.2 Anexo B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	77
7 Referências	80

Lista de Figuras

Figura 1- Planejamento da seleção da amostra.....	26
---	----

Lista de Tabelas

Tabela 1- Dados socioeconômicos do território dos seis polos de PAS participantes da pesquisa.....	25
Tabela 2- Perfil de consumo de FH dos 62 usuários participantes da pesquisa.....	66

Lista de abreviaturas e siglas

CEASA	Centrais estaduais de abastecimento sociedade anônima
COEP	Comitê de ética em pesquisa com seres humanos
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
EAP	Equipes de Atenção Primária
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FH	Frutas e hortaliças
IVS	Índice de vulnerabilidade à saúde
MP	Minimamente processado
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de apoio à Saúde da Família
OGM	Organismo geneticamente modificado
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAS	Programa Academia da Saúde
SADQ	<i>Software</i> de análise de dados qualitativos
SUS	Sistema Único de Saúde
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônica por inquérito telefônico

Resumo

O consumo adequado de frutas e hortaliças (FH) tem sido apontado como um dos fatores de proteção de doenças crônicas não transmissíveis, como enfermidades cardiovasculares, diabetes e obesidade. Apesar das evidências e orientações para a ingestão deste grupo de alimentos, o seu consumo é ainda bastante limitado. Esta situação expõe a necessidade de investigar os determinantes do consumo de FH visando o melhor delineamento das práticas educativas e de promoção da saúde. Para cumprir este objetivo, realizou-se uma pesquisa qualitativa em seis polos do Programa Academia da Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais. Participaram da pesquisa 62 usuários maiores de 20 anos e responsáveis pela aquisição e/ou preparo dos gêneros alimentícios no domicílio. Os dados foram coletados por entrevista semiestruturada, incluindo questões relativas às práticas alimentares na família, consumo e aquisição de FH. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e tiveram duração média de 30 minutos. A análise de conteúdo foi desenvolvida com auxílio do software NVivo10. O consumo de FH era estimulado principalmente pelo seu efeito benéfico sobre a saúde, capacidade em prevenir/controlar doenças e paladar. Já os facilitadores para o consumo de hortaliça relatados foram: ser considerada como parte da refeição, criação e origem familiar, melhoria da situação financeira, comércio próximo e desenvolvimento de estratégias de compra. Com relação aos fatores dificultadores do consumo, destacaram-se: comércio inadequado, baixo poder aquisitivo, preço, carência de iniciativas públicas, falta de tempo, preguiça, fruta ser considerada apenas como uma alternativa alimentar e não realizar o jantar. As FH eram adquiridas em comércios de bairros, havendo necessidade de melhoria desses estabelecimentos em relação à distribuição geográfica, qualidade dos produtos, preço e higiene. Verificou-se que, quando os aspectos nutricionais das FH eram valorizados pelos entrevistados, o conhecimento básico que possuíam sobre alimentação e saúde era considerado insuficiente, surgindo a demanda pelo aprofundamento dos saberes. A dificuldade em lidar com a multiplicidade de informações sobre o tema gerava sentimentos de desconfiança, incompetência para selecionar os alimentos e desejo por orientação especializada individual. Estes resultados apontam para a necessidade de estimular a construção de sentidos para o consumo de FH que não se restrinjam ao discurso saúde-doença; problematizar questões sobre o consumo de FH que geram

inquietações, desconfianças e insegurança; estabelecer canais de comunicação confiáveis; ampliar habilidades culinárias para o preparo de receitas baratas, práticas e palatáveis; qualificar o comércio local; e ampliar o acesso às FH pelo desenvolvimento ou fortalecimento de políticas públicas e tecnologias que promovam conveniência.

Abstract

Consumption of adequate amounts of fruits and vegetables (FV) has been considered as one of the protective factors of chronic diseases such as cardiovascular diseases, diabetes and obesity. However, despite the evidence and guidelines to encourage the intake of this food group, its consumption has been very limited. This exposes the need to investigate the determinants of FV consumption for a better design of educational and health promotion practices. To fulfill this goal, a qualitative study was made in six groups of the Health Academy Program in Belo Horizonte, Minas Gerais. There were 62 participants. Data was collected through semi-structured interview, whose script included questions relating to eating habits in the family, consumption and acquisition of FV. The interviews were recorded, transcribed and had an average duration of 30 minutes. The content analysis was developed with the use of NVivo10 software. The consumption of fruits and vegetables was mainly stimulated by the beneficial health effects, ability to prevent / control diseases, taste, vegetable be considered as part of the meal, creation and family background, improving the financial situation, next trade and development purchasing strategies. Regarding the barriers, the highlights were: inadequate trade, low purchasing power, price, lack of public enterprises, lack of time, laziness, fruit be considered only as a food alternative and not do dinner. Fruits and vegetables were acquired in trades neighborhoods, and it is necessary improvement of these establishments in the geographical distribution, product quality, price and hygiene. It was found that as the nutritional aspects of FV gain value among respondents, existing knowledge about the relationship between health and FV consumption is seen as insufficient, resulting in the demand for the deepening of knowledge. The difficulty in dealing with this information generates feelings of distrust, inability to select foods and desire for individual expert guidance. Considering the results, there was the need to stimulate the construction of meaning for consume FV that are not limited to discourse of health and disease; discuss issues on the FV consumption that generate uneasiness, mistrust and insecurity; establish channels of reliable sources; enlarge culinary skills to prepare cheap, practical and palatable recipes; qualifying local businesses; expand access to FH through the development or strengthening of public policies and investment in technologies that ensure convenience.

1 Introdução

As frutas e hortaliças (FH) são importantes componentes de uma alimentação saudável, sendo fornecedoras da maior parte dos micronutrientes, fibras e componentes funcionais nutricionalmente essenciais. Ademais, o seu consumo pode ajudar a substituir alimentos que possuem altas concentrações de gorduras saturadas, açúcar e sal, o que agregado à sua baixa densidade calórica, favorece a manutenção do peso corporal saudável¹.

O consumo insuficiente de FH é apontado como um dos dez principais fatores de risco para a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo atribuído como responsável por 19% dos casos de câncer gastrointestinal, 31% das doenças cardíacas isquêmicas e 11% dos acidentes vasculares cerebrais². Estima-se que o consumo de quantidade adequada de FH, ou seja, 400g diárias, poderia evitar 1,7 milhões de mortes e 16 milhões de anos de vida perdidos ajustados por incapacidades, anualmente, em todo mundo³.

O consumo de FH varia consideravelmente entre os países. A análise do consumo diário médio, medido em gramas por pessoa por dia, mostrou uma variação de 189g/dia na sub-região da América B, na qual o Brasil está inserido, a 455g/dia na sub-região da Europa A, da qual fazem parte Inglaterra, Alemanha, Suíça entre outros².

No Brasil, estudos nacionais^{4,5} têm apontado para o baixo consumo desses alimentos. Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares-2008/2009⁴ revelaram que a disponibilidade domiciliar de FH foi de 2,8% do total de calorias consumidas, sendo o recomendado entre 9% a 12% das calorias totais de uma dieta de 2.000 kcal diárias. A participação insuficiente de FH foi evidenciada em todo o país, nas áreas urbanas e rurais e em todas as classes de renda. Observou-se ligeiro aumento no consumo de frutas e estagnação quanto às verduras e legumes em relação aos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares-2002/2003, permanecendo a ingestão conjunta de frutas e hortaliças muito abaixo da recomendação. Já no estado de Minas Gerais, a disponibilidade de FH foi de 2,5% do total de calorias consumidas e no município de Belo Horizonte de 4,6%⁴.

Os resultados do sistema Vigitel, Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, do ano de 2013⁵, revelaram que 36% dos brasileiros consumiam FH regularmente (cinco ou mais dias da semana). O consumo regular de FH foi maior entre as mulheres (41,5%) do que entre os homens

(29,6%) e, em ambos os sexos houve aumento uniforme de consumo com a idade e com o nível de escolaridade dos indivíduos. A frequência do consumo adequado (cinco ou mais porções diárias) de FH foi de 23,6%, sendo maior entre as mulheres (27,3% vs. 19,3%). Em ambos os sexos, a frequência do consumo recomendado de FH tendeu a crescer com a faixa etária e o nível de escolaridade. Especificamente em Belo Horizonte, 45,1% da população consumiam esses alimentos em cinco ou mais dias da semana e 29,6% apresentavam o consumo de cinco porções diárias⁵.

Estudos locais também identificaram baixo consumo de FH entre as populações investigadas. Figueiredo et al.⁶ verificaram que o consumo diário de frutas, verduras e legumes entre adultos do município de São Paulo foi de 43,9%, 46,8% e 18,1% respectivamente. Em Pelotas, 20,9% dos adultos entrevistados relataram consumir FH cinco ou mais vezes por semana⁷ e, em Florianópolis essa porcentagem foi de 21,9% (25,0% mulheres e 18,7% homens)⁸. Mondini et al.⁹ verificaram que em Ribeirão Preto, apenas 24% dos homens e 38% das mulheres atendiam à recomendação mínima preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o consumo desses alimentos.

A inadequação do consumo de FH perpassa por questões individuais, socioculturais, econômicas, agrícolas e ambientais^{2,10}. Indivíduos mais jovens, do sexo masculino, residentes em área rural, com menor escolaridade e nível socioeconômico, tabagistas etilistas, fisicamente inativos, solteiros, com estado de saúde ruim e que ingerem maior quantidade de alimentos ricos em gordura e açúcar apresentam menor consumo de FH⁴⁻⁹.

Em relação aos aspectos agrícolas e ambientais, apesar do Brasil ser um dos grandes produtores mundiais de FH, persistem dificuldades no sistema de distribuição e comercialização desses produtos, que interferem no acesso do consumidor final. A distribuição de FH é realizada por meio de dois níveis principais: o atacado, representado pelas Centrais Estaduais de Abastecimento Sociedade Anônima (CEASA) e por firmas independentes; e o varejo, representado por diferentes formatos (supermercados, mercados locais, sacolões e feiras livres). O maior volume de comercialização de FH ainda ocorre por meio das CEASA, que atuam como importante fonte para formação de preços, regulação da demanda e suprimento de segmentos do varejo, principalmente pequenos comércios, mas também para completar, esporadicamente, o mix de produtos demandados pelas grandes redes. Nas últimas décadas, diversos problemas têm sido atribuídos às

CEASA, como sistema logístico ineficiente, embalagens inadequadas, armazenamento deficiente, falta de qualificação de recursos humanos para lidar com perecíveis, o que determina um alto índice de perdas, diminuição da qualidade dos produtos e custos adicionais¹¹.

Deficiências na organização e ausência de melhores estratégias mercadológicas impactam de forma negativa nos preços das FH, considerados elevados para o consumidor final brasileiro, que, majoritariamente, apresenta baixo poder aquisitivo¹². O preço tem apresentado forte relação com o consumo de FH, sendo um dos principais critérios adotados pelos consumidores na tomada de decisão da compra¹³⁻¹⁸. Rangel et al.¹⁵ e Rombaldi et al.¹⁶ verificaram que entre consumidores com menor renda há uma maior procura por frutas com preços mais acessíveis e que o aumento de preço de um determinado tipo de alimento desloca a compra para produtos locais e da estação, normalmente mais baratos. Claro e Monteiro¹⁹ observaram que a diminuição do preço de FH ou o aumento do nível de renda das famílias gera aumento da participação de FH no total de alimentos adquiridos. Segundo estes autores, a redução de 20% no preço médio de FH elevaria em cerca de 16% a participação desses alimentos na alimentação do brasileiro.

A qualidade das FH também é considerada um fator primordial para a decisão de compra dos produtos^{11,13-18}. A qualidade é medida pelos consumidores a partir de aspectos como coloração, sabor, aroma, formato, firmeza, integridade e durabilidade do produto^{11,13,16,17}. As principais causas da insatisfação dos consumidores em relação à qualidade dos produtos oferecidos são os danos físicos (cortes, furos e amassados) e alterações da coloração. Para evitar estes danos e aumentar a qualidade das FH, algumas medidas têm sido recomendadas como a obrigatoriedade de adoção de padrões públicos visando a melhorias na qualidade e segurança do alimento; a difusão da tecnologia de informação como ferramenta de gestão, difusão de técnicas de pós-colheita e de embalagens adequadas ao acondicionamento e transporte de FH; capacitação de profissionais para manusear perecíveis e utilização de câmara refrigerada para armazenar os produtos^{11,13}.

Apesar das contribuições que a tecnologia pode trazer para melhoria da qualidade e prolongamento da vida dos produtos, Arnaiz²⁰ chama atenção para o fato da inovação tecnológica beneficiar mais os processos agroindustriais do que os consumidores. Segundo a autora, isto se dá pela seleção dos alimentos ser baseada

em critérios favoráveis ao produtor, ao transportador e ao vendedor, como lucro, solidez do fruto, possibilidade de cozimento precoce ou mecanizado, maturação artificial, cor, visual atraente, o que pode acabar diminuindo o gosto dos alimentos. Como resultado, frutas e legumes seriam calibrados de tal forma nas suas medidas que acabariam assemelhados entre si, tornando-se insípidos e sem grande interesse gustativo. Essa lógica de produção alimentar contribuiria para que o sabor e o paladar permanecessem como importantes barreiras ao consumo de FH, conforme apontado em diversos estudos²¹⁻²⁵.

Em relação à escolha dos locais de compra de FH, os consumidores levam em consideração quesitos como qualidade e variedade de produtos, agilidade, comodidade, limpeza e proximidade à residência^{13,17}. A facilidade de acesso a estabelecimentos fornecedores de FH impacta positivamente o seu consumo²⁶, característica nem sempre presente em áreas com baixo nível socioeconômico, onde há tendência de possuir menor número de locais de comercialização desses alimentos^{27,28}.

Além das questões econômicas e ambientais relacionadas ao acesso, Gedrich²⁹ aponta outros quatro determinantes do comportamento alimentar: biológico, psicológico, sociocultural e antropológico. O determinante biológico envolve as necessidades energéticas e de nutrientes, o estado de saúde, a sensibilidade gustativa e o estado de fome e saciedade^{29,30}. O determinante psicológico engloba os gostos/aversões pessoais, o aspecto afetivo e os prazeres propiciados pelos alimentos²⁹⁻³¹.

Os determinantes socioculturais incluem as relações interpessoais (família, amigos e relações de trabalho), papéis sociais e os grupos e classes de pertencimento, marcados por estilos e modos de comer moldados pela cultura^{29,30,32}. Ressalta-se que a cultura define normas que prescrevem, proíbem ou permitem o que comer, que orientam a formação das preferências pelos sabores e que determinam onde, quando, com quem, por que e por quem se come^{32,33}. Já o determinante antropológico refere-se à liberdade de escolha alimentar do indivíduo em paralelo às representações do que ele prefere consumir, envolvendo variáveis como valores, confiança, crenças, expectativas, intenções, envolvimento e experiências²⁹.

De acordo com Furst et al.³⁰, diante das diferentes situações de escolha alimentar, o indivíduo faz um balanço de valores que envolvem os aspectos

sensoriais; a qualidade dos alimentos; os fatores econômicos; a conveniência, destacando a relação custo e benefício, considerando o gasto com o tempo e a comodidade; a saúde e a nutrição, relacionadas com a prevenção ou o controle de doenças, controle de peso e bem estar corporal; a organização dos relacionamentos, considerando as preferências e as necessidades das pessoas com quem se convive.

A adaptação das escolhas alimentares frente a diferentes situações foi observada por Garcia³⁴ ao estudar as representações sociais e práticas de cuidados com a alimentação e a saúde de trabalhadores urbanos da cidade de São Paulo. Neste estudo, verificou-se que a experiência, as informações, o gosto, a imagem, entre outros elementos, conjugavam-se para construir representações sociais móveis, adequar-se a situações e fornecer explicações causais, constituindo-se num arcabouço flexível para orientação do comportamento alimentar. Dessa forma, era possível ora agravar a relação de causalidade entre alimentação e doença, ora atenuá-la de modo a permitir um convívio pacífico e coerente com as preferências alimentares e, ao mesmo tempo, cuidar da saúde.

Os trabalhadores entrevistados por Garcia³⁴ consideravam como prática alimentar saudável comer mais vegetais e frutas, representação também encontrada em outros estudos^{22-25,35}. A associação entre FH e alimentação saudável e a preocupação com a saúde podem ser fatores promotores do consumo de FH^{22-24,34}, mas, para isso, é necessário que haja a construção sociocultural do risco³⁶. De acordo com Gomes³⁶, a sociedade não se protege de algo que não considera arriscado para o indivíduo e/ou coletividade, por mais que sejam demonstradas todas as provas técnico-científicas. Isto se dá, principalmente, porque em uma sociedade que se apropria do conhecimento reflexivo, a apresentação de um comportamento ou alimento, como risco em um instante inicial, e como inofensivo em seguida, não passa despercebida³⁶.

Esta questão foi problematizada pelos sujeitos entrevistados por Gough e Conner²², os quais criticavam as mensagens sobre alimentação saudável proferidas pela mídia e instituições governamentais, por considerá-las, muitas vezes, inconsistentes e conflituosas, gerando incertezas sobre o que seria saudável. As informações eram vistas como enganosas, ideológicas e até mesmo históricas. Acreditavam que as mensagens para mudança de hábitos eram impostas muito mais por questões econômicas, ou seja, para diminuir gastos com serviços médicos

e que a ênfase na alimentação, muitas vezes, mascarava outros fatores que contribuíam para o aparecimento das doenças. Diante dessas críticas, advogavam que os indivíduos deveriam ter liberdade para fazer suas escolhas alimentares e definir o que é ou não saudável e que também deveriam ter o direito de comer aquilo que é rotulado pelo governo como não saudável, mas que é atraente para o indivíduo.

Entre alguns grupos populacionais é possível identificar ainda representações de que as FH são alimentos fracos e menos necessários. O *status* de alimento secundário é formado a partir da percepção de que estes alimentos são incapazes de gerar saciedade e sustentar o corpo para realização do trabalho e das atividades cotidianas, não sendo considerados comida^{21,22,32,35,37}. Dentro desse contexto, são entendidos como dispensáveis pelas populações de baixa renda^{21,32,37}, sendo seu uso, quando possível, necessário para crianças, mulheres e idosos³². Para os homens, além das questões relacionadas à saciedade, os elementos constituintes dos atributos de masculinidade e virilidade também trazem dificuldade para a percepção da necessidade do consumo de FH^{22,24,32}.

Outros aspectos que influenciam o consumo de FH identificados nos estudos se referem à conveniência e tempo^{23,24,38}. O tempo tornou-se um recurso limitado, e sua maior ou menor disponibilidade interfere na administração e determinação das práticas alimentares, assim como nas formas de sociabilidade alimentar²⁰. Mediante esta valorização do tempo e as pressões exercidas pelo trabalho (distâncias, horários e transportes), as escolhas alimentares modernas têm se caracterizado pelo deslocamento das refeições de casa para estabelecimentos comerciais e crescente oferta de alimentos industrializados prontos para comer e/ou que permitem espaçar as compras²⁰⁻³⁶. As facilidades dos produtos industrializados em termos de agilidade e durabilidade acabam se contrapondo à perecibilidade e necessidade de preparo das FH, sendo, portanto, o consumo estruturado pelo tempo^{23,24,38}.

Promover o consumo de FH é uma prioridade das políticas de alimentação e nutrição, de saúde e agrícolas, conforme estabelecido pela OMS e explicitado na “Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde”³⁹. Em conformidade com esta estratégia, o Ministério da Saúde brasileiro desenvolveu, em 2005, a proposta de “Iniciativa intersetorial de incentivo ao consumo de frutas, verduras e legumes”⁴⁰. Esta proposta apresentava como principais objetivos

aumentar o consumo, a produção e a comercialização de FH na perspectiva da promoção da saúde, do respeito e valorização aos hábitos alimentares culturalmente referenciados, de maneira articulada e integrada à agricultura familiar, desenvolvimento sustentável e garantia da Segurança Alimentar e Nutricional. Mais recentemente, ações de incentivo ao consumo deste grupo de alimentos foram apontadas como uma das prioridades do Plano Nacional de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no país⁴¹.

Em Belo Horizonte, a “Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde” estimulou o desenvolvimento do projeto BH + Saudável – Projeto de Promoção de Modos de Vida Saudáveis, no qual se destaca a criação dos serviços de promoção da saúde denominados Academias da Cidade. Estes são locais planejados para a prática orientada de exercícios físicos e acompanhamento nutricional com parceria intersetorial entre as Secretarias Municipais de Saúde, Segurança Alimentar e Nutricional, Esporte e Lazer, e universidades⁴².

A avaliação positiva desta experiência de Belo Horizonte e de outros municípios auxiliou na criação de um programa nacional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Academia da Saúde (PAS) como estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis para os municípios brasileiros. O Programa promove a implantação de polos, que são espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. Seu objetivo é promover práticas corporais e atividade física, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, práticas integrativas e complementares por meio do desenvolvimento de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais e que adotam como valores norteadores a equidade, empoderamento e participação social⁴³.

Apesar do seu potencial para a promoção da alimentação saudável, estudos analisando o perfil dos usuários de polos do PAS de Belo Horizonte revelaram consumo insuficiente de FH^{44,45}, o que estimulou a elaboração de um amplo projeto de pesquisa com o objetivo de desenvolver ações de incentivo ao consumo deste grupo alimentar baseadas em seus múltiplos determinantes, viáveis para os serviços de saúde e possíveis de serem conduzidas pelos seus profissionais. Este projeto, intitulado “Consumo de Frutas e Hortaliças no Programa Academia da Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: Fatores Associados e Intervenções Nutricionais”, está

sendo conduzido em 18 polos sorteados aleatoriamente e alocados em grupos intervenção e controle. Trata-se de um estudo dividido em três fases: identificação dos fatores individuais, familiares e ambientais associados ao consumo de FH; comparação dos resultados para verificar a influência da vulnerabilidade à saúde, da segurança alimentar e nutricional e de equipamentos sociais sobre o consumo de FH e, por fim, delineamento, implementação e avaliação de intervenções educativas.

O presente trabalho faz parte da primeira fase do projeto descrito acima e tem como recorte a investigação das percepções sobre o consumo de FH entre usuários de polos do PAS de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Investigar as percepções sobre o consumo de FH entre usuários do Programa Academia da Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer as práticas de consumo e aquisição de FH;
- Compreender as concepções dos usuários sobre o consumo de FH;
- Apreender como as informações sobre o consumo de FH estão sendo representadas pelos usuários;
- Identificar fatores dificultadores e facilitadores do consumo de FH percebidos pelos usuários.

3 Metodologia

3.1 Referencial teórico-metodológico

Para investigar os fatores determinantes que orientam o consumo de FH foi empregada a metodologia qualitativa, método que se aplica:

“ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”⁴⁶

A abordagem qualitativa possibilita desvelar processos sociais pouco conhecidos referentes a grupos particulares, assim como propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. É utilizada para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias⁴⁶.

A pesquisa qualitativa reconhece a subjetividade e o simbólico como partes integrantes da realidade social e traz para o interior de suas análises o indissociável imbricamento entre subjetivo e objetivo, entre atores sociais e pesquisadores, entre fatos e significados, entre estruturas e representações. Permite uma compreensão mais profunda dos processos e fenômenos, algo não perceptível e captável em equações e estatísticas⁴⁶.

3.2 Campos de estudo

Este estudo foi desenvolvido no contexto do Programa Academia da Saúde (PAS) em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Estes serviços, anteriormente denominados Academias da Cidade, foram implantados no município, em 2006, com o objetivo de oferecer exercício físico orientado e acompanhamento nutricional a indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos residentes em territórios com maior vulnerabilidade social⁴⁷.

Atualmente, existem 53 polos de PAS distribuídos em todas as nove regionais administrativas do município, sendo sete unidades na regional Barreiro, quatro na Centro-Sul, cinco na Leste, cinco na Nordeste, sete na Noroeste, nove na Norte,

cinco na Oeste, quatro na Pampulha e sete em Venda Nova⁴⁸. Os polos estão instalados em equipamentos próprios da Prefeitura de Belo Horizonte ou cedidos por parceiros como associações de bairro, centros esportivos, parques da cidade, igrejas, universidades e em espaços do programa BH Cidadania da Secretaria Municipal de Políticas Sociais⁴⁷.

O acesso ao PAS ocorre por demanda espontânea e encaminhamentos realizados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da coordenadoria do portador de deficiência. Antes de iniciar a prática de exercícios físicos, e a cada seis meses, os usuários realizam uma avaliação constituída de anamnese, teste de força, teste cardiorrespiratório e avaliação nutricional. Os usuários realizam atividades três vezes por semana com duração de uma hora. A equipe profissional é formada por dois profissionais e dois estagiários de Educação Física, com o apoio do nutricionista e demais profissionais do NASF e da ESF⁴⁷.

Em dezembro de 2011, quando o município possuía 42 polos, foi constatado que dos 18.570 usuários, 88,6% eram mulheres, 28,4% eram idosos, 35,8% eram obesos e 10% diabéticos. Neste estudo, os benefícios obtidos com o Programa foram observados em termos de redução estatisticamente significativa da massa corporal, da frequência cardíaca, da pressão arterial, da circunferência da cintura e do abdome, e aumento da flexibilidade⁴⁷.

A presente pesquisa foi desenvolvida em seis polos do PAS que constituíam o grupo intervenção do campo de estudo do Projeto maior denominado “Consumo de Frutas e Hortaliças no Programa Academia da Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: Fatores Associados e Intervenções Nutricionais”. O grupo intervenção era composto por um polo de cada regional administrativa do município, sorteados aleatoriamente, totalizando nove unidades. Os polos participantes deste estudo qualitativo foram definidos seguindo-se a ordem de ingresso em campo estabelecida para a coleta de dados do Projeto maior, atingindo-se o total de seis polos por se ter alcançado a saturação dos dados⁴⁶.

A escolha por estudar os polos integrantes do grupo intervenção se deu pela importância em se conhecer previamente as noções que os sujeitos têm de determinado fenômeno para o desenvolvimento dos processos educativos.

Os polos do PAS foram identificados por um código formado pela letra A e um algarismo arábico com variação de 1 a 6. Algumas características sociodemográficas

das áreas onde eles estão inseridos podem ser visualizadas na Tabela 1. A partir da análise da tabela, observa-se que há um predomínio do sexo feminino, da faixa etária adulta, de moradia própria, de desassistência por um plano privado de saúde e de uso das redes oficiais de abastecimento de água e de esgoto em todos os polos. A população de crianças e jovens é maior nos polos A4, A5 e A6 e a de idosos nos polos A1, A2 e A3. Com relação à renda familiar e escolaridade, os piores resultados são encontrados nos polos A4, A5 e A6 e os melhores índices em A2 e A3. Destoam dos demais polos, a maior porcentagem de uso de outras redes que não a oficial de água após uso em A6 e do índice de utilizadores de planos de saúde em A3.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos da área de localização dos seis polos de PAS participantes da pesquisa

	A1		A2		A3		A4		A5		A6	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo												
Feminino	4354	53,5	11361	54,4	6364	55,8	4777	54,2	6976	53,8	5327	53,0
Masculino	3788	46,5	9513	45,6	5034	44,2	4034	45,8	5984	46,2	4726	47,0
Faixa etária												
até 9 anos	907	11,1	2008	9,6	1110	9,7	1041	11,8	1728	13,3	1214	12,1
10 a 19 anos	1236	15,2	2958	14,2	1519	13,3	1416	16,1	2283	17,6	1758	17,5
20 a 59 anos	4820	59,2	12572	60,2	6845	60,1	5167	58,6	7746	59,8	6009	59,8
60 anos e mais	1179	14,5	3336	16,0	1924	16,9	1187	13,5	1203	9,3	1072	10,7
Escolaridade												
Sem estudo	536	7,4	721	4,2	562	5,7	479	6,0	879	8,0	668	7,0
Ensino fundamental	3612	50,2	7664	44,2	4212	42,6	4365	54,5	5229	47,4	4754	49,6
Ensino médio	1660	23,1	5023	29,0	3116	31,5	1672	20,9	2740	24,9	2512	26,2
Ensino superior	393	5,5	1837	10,6	798	8,1	135	1,7	270	2,4	207	2,2
Renda Familiar												
Sem renda	412	5,0	595	2,8	259	2,3	262	3,0	270	2,1	524	5,2
até 1 SM	1336	16,4	1582	7,6	715	6,3	1035	11,7	1124	8,7	1522	15,1
1,01 a 5 SM	5458	66,8	13036	62,4	7087	62,1	6777	76,9	8925	68,8	7057	70,1
5,01 a 10 SM	549	6,7	2944	14,1	2081	18,2	565	6,4	1002	7,7	679	6,7
Acima de 10,01 SM	282	3,5	1191	5,7	915	8,0	137	1,6	308	2,4	146	1,5
Moradia												
Casa própria	5456	66,8	15834	75,6	7432	65,0	6639	75,3	8847	68,1	7733	76,9
Alugada	1635	20,0	3907	18,7	2673	23,4	1264	14,3	2029	15,6	1351	13,4
Cedida	834	10,2	1037	5,0	1290	11,3	908	10,3	899	6,9	944	9,4
Financiada	243	3,0	161	0,8	32	0,3	10	0,1	1218	9,4	28	0,3
Abastecimento												
água												
Rede oficial	7902	96,9	20478	98,1	11316	99,2	8666	98,4	12696	97,9	9925	98,7
Outros	250	3,1	399	1,9	95	0,8	145	1,6	276	2,1	134	1,3
Esgoto												
Rede oficial	7833	96,0	20036	95,7	11115	97,4	8422	95,5	12013	92,6	8492	84,4
Outros	323	4,0	891	4,3	295	2,6	393	4,5	964	7,4	1571	15,6
Plano de Saúde												
Sem plano de saúde	6976	85,7	20774	99,5	7799	68,4	6810	77,3	12456	96,1	8477	84,3
Com plano de saúde	1166	14,3	100	0,5	3599	31,6	2001	22,7	504	3,9	1576	15,7

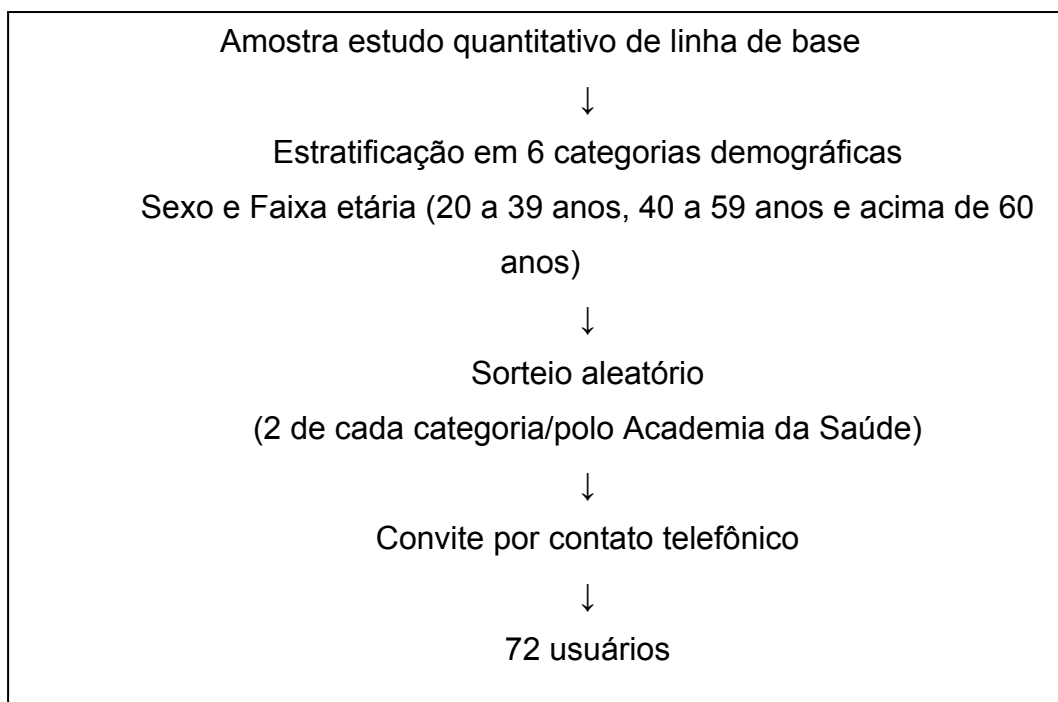
Fonte: Belo Horizonte⁴⁹

3.3 Participantes do estudo

Os participantes da pesquisa foram selecionados a partir da amostra do estudo quantitativo de linha de base do Projeto “Consumo de Frutas e Hortaliças no Programa Academia da Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: Fatores Associados e Intervenções Nutricionais”. Foram adotados como critérios de inclusão ser maior de 20 anos, ser responsável pela aquisição e/ou preparo dos gêneros alimentícios no domicílio, ser frequente às atividades do PAS no último mês e ser alocado no grupo intervenção do Projeto.

A relação de participantes elegíveis foi estratificada numa combinação de seis categorias demográficas de acordo com sexo (feminino e masculino) e faixa etária (20 a 39 anos, 40 a 59 anos e 60 ou mais anos), com o objetivo de garantir maior heterogeneidade, visto que estas características podem influenciar o consumo alimentar. Posteriormente, foram sorteados aleatoriamente dois usuários por categoria demográfica em cada um dos seis polos do PAS estudados, definição baseada num estudo multicêntrico desenvolvido por Maman et al.⁵⁰. Os indivíduos sorteados foram convidados a participar da pesquisa por meio de contato telefônico e, em caso de recusa, um novo entrevistado foi sorteado. Os passos seguidos para o planejamento da seleção da amostra podem ser visualizados na Figura 1.

Figura 1 – Planejamento da seleção da amostra



De acordo com este processo, seriam entrevistados 12 usuários em cada categoria demográfica, totalizando 72 participantes. Contudo, ao final da coleta de dados, foram entrevistados 62 usuários, pois na categoria sexo masculino e faixa etária entre 20 a 39 anos havia somente quatro indivíduos elegíveis, e, destes, apenas dois aceitaram fazer parte da pesquisa.

3.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada. Este tipo de entrevista parte de certos questionamentos básicos, nos quais algumas questões servem como roteiro, formulado com base nos objetivos da pesquisa. Os assuntos abordados não se restringem apenas ao roteiro, uma vez que durante a investigação outras questões podem aparecer. A ordem dos assuntos não precisa obedecer a uma sequência rígida, devendo ser determinada pela ênfase dada pelos entrevistados. Dessa forma, o roteiro deve servir de orientação para o entrevistador e não para limitar a fala dos entrevistados, permitindo que discorram sobre o tema proposto sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador⁴⁶.

As entrevistas foram realizadas durante o período de abril a novembro de 2013. O roteiro englobou questões relativas às práticas alimentares na família, consumo e aquisição de FH (Anexo A). As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e tiveram uma duração média de 30 minutos. Os participantes foram identificados por meio de um código formado pelas letras A e E seguidas cada uma por numeração arábica. A letra A se refere ao polo do PAS, variando de A1 a A6 e a letra E corresponde ao entrevistado, variando de acordo com o número de entrevistados em cada polo.

Dados sociodemográficos e sobre o perfil de consumo de FH foram obtidos por meio de questionário estruturado aplicado na pesquisa quantitativa de linha de base do Projeto “Consumo de Frutas e Hortaliças no Programa Academia da Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: Fatores Associados e Intervenções Nutricionais”.

Os usuários sorteados para integrar este estudo foram contatados para agendamento da entrevista após terem finalizado sua participação na pesquisa quantitativa da linha de base. Neste momento foram esclarecidos os objetivos do estudo qualitativo, a técnica de coleta de dados e a voluntariedade de participação. A entrevista foi realizada no espaço do polo do PAS em data e horário escolhidos

pelo entrevistado. É importante salientar que os usuários não haviam participado de intervenção educativa sobre consumo de FH antes da realização das entrevistas e que não sabiam de sua condição de grupo intervenção.

3.5 Estudo Piloto

Um estudo piloto foi desenvolvido com o intuito de testar o roteiro da entrevista semiestruturada e de realizar uma primeira aproximação às concepções sobre o consumo de FH. A pesquisa foi conduzida em um polo do PAS da regional Leste de Belo Horizonte, não incluída como campo de estudo do projeto “Consumo de Frutas e Hortaliças no Programa Academia da Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: Fatores Associados e Intervenções Nutricionais”. Quatro usuários com 20 ou mais anos e responsáveis pela aquisição e/ou preparo dos gêneros alimentícios em sua família foram entrevistados, após aceitarem participar voluntariamente e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido.

As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e tiveram uma duração média de 30 minutos. Durante a leitura das entrevistas foram avaliadas a clareza na comunicação, induções ou interferências sobre o pesquisado e se as questões possibilitavam alcançar os objetivos pretendidos⁵¹, o que evidenciou a necessidade de pequenas modificações em algumas perguntas do roteiro. A análise de conteúdo dos dados resultou na identificação de três categorias: frutas e hortaliças são primordiais para a saúde; aprendendo a comer e a gostar de frutas e hortaliças; e a aquisição de frutas e hortaliças.

3.6 Tratamento e análise de dados

Para a análise dos dados foi empregada a técnica de análise de conteúdo, conceituada por Bardin⁵² como:

“um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

Ainda de acordo com Bardin⁵², a análise de conteúdo procura conhecer o que está por trás das palavras, buscando outras realidades através das mensagens.

Segundo Minayo⁴⁶, a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano dos documentos para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para isso, as estruturas semânticas (significantes) são relacionadas com as estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, articulando a descrição e análise dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem⁴⁶.

A análise de conteúdo envolve quatro fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A pré-análise é iniciada com a leitura flutuante do material, de modo que o pesquisador tenha um contato direto e intenso com as mensagens nele contidas, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. Nessa fase pré-analítica são definidas as unidades de registro (palavra-chave ou frase) e as unidades de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro).

Na fase de exploração do material, as categorias de análise (palavras ou expressões significativas) são definidas de modo que permitam agrupar as unidades de registro e contexto com características em comum ou que se relacionam entre si. Uma vez definidas as categorias e identificado o material constituinte de cada uma delas, é realizada a descrição dos resultados por meio da produção de um texto síntese em que se expresse o conjunto de significados presentes nas diversas unidades de registro incluídas em cada uma das categorias. Em seguida, procede-se à interpretação dos dados, buscando-se desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto. O processo de interpretação pode partir de um referencial teórico definido previamente ou da produção de teoria a partir dos materiais em análise⁴⁶.

Para auxiliar no processo de análise, empregou-se o *software* NVivo10, ferramenta útil quando se tem uma pesquisa qualitativa com grande volume de dados⁵³. Os *softwares* de análise de dados qualitativos (SADQ) apoiam o pesquisador na análise e gerenciamento de dados ao fornecer funcionalidades que facilitam a codificação e recuperação dos dados e que realizam buscas avançadas⁵⁴.

A codificação envolve a identificação e o registro de uma ou mais passagens de texto ou outros itens dos dados que, em algum sentido, exemplificam a mesma

ideia teórica, descritiva ou analítica. É uma forma de indexar ou categorizar o texto para estabelecer uma estrutura de ideias temáticas em relação a ele. O código é o nome dado para representar as partes do texto que apresentam a mesma ideia, no Nvivo10 o código é denominado Nó. Após serem criados, os códigos podem ser apagados, fundidos, divididos, hierarquizados, movimentados conforme a análise vai progredindo⁵⁴.

Um SADQ possibilita que a codificação seja realizada *a priori*, de forma aberta ou automática. Na codificação *a priori*, os códigos são pré-definidos a partir da literatura de pesquisa, de estudos anteriores, de tópicos no roteiro da entrevista ou de percepções sobre o que está acontecendo. Na codificação aberta, os códigos são definidos conforme o texto vai sendo lido e interpretado. A codificação automática é utilizada quando se trabalha com entrevistas ou fontes estruturadas, pois permite reunir todas as respostas de cada pergunta⁵⁵.

Para o SADQ, a codificação é simplesmente um processo de atribuir um nome a uma passagem do texto, área de uma imagem, seção de vídeo/áudio, podendo ser usada de diferentes maneiras e para diversos propósitos como na categorização de temas, identificação de casos, de atividades discursivas ou até mesmo como lembretes para voltar a algum trecho importante do material de análise. Cabe ao pesquisador utilizar esta ferramenta de acordo com o referencial metodológico adotado por sua pesquisa⁵⁵.

A função recuperação dos dados permite ao pesquisador acessar seus dados de forma rápida e precisa para que possam ser examinados e analisados. É possível acessar todo o texto codificado da mesma forma e lê-lo para ver o que está no centro do código, assim como acessar o texto original de onde um fragmento foi retirado, as fontes e as anotações⁵⁵.

As ferramentas de busca ajudam o pesquisador a examinar características, relações, hipóteses e a realizar comparações. Podem ser usadas para identificar palavras e expressões, definir a frequência de palavras, comparar códigos ou grupos de códigos e comparar a codificação de dois pesquisadores ou grupos de pesquisa⁵⁵.

Os SADQ permitem que as análises realizadas possam ser visualizadas por meio de gráficos e modelos, os quais auxiliam no acompanhamento da evolução da análise e para verificar quais itens estão relacionados com uma fonte ou código⁵⁵.

Na presente pesquisa, foram utilizadas principalmente as funcionalidades de codificação e recuperação dos dados. O recurso de busca foi empregado numa etapa inicial da análise para identificar palavras, expressões e suas frequências de ocorrência, contudo, sem que isso implicasse em eliminação da leitura flutuante dos textos, etapa fundamental do processo de análise.

Para conhecer os fatores promotores e as barreiras ao consumo de FH, utilizou-se, a princípio, uma codificação aberta, na qual as unidades de registro identificadas eram codificadas em nós de modo a agrupar aquelas que, em algum sentido, compartilhavam a mesma ideia teórica e descritiva. Em seguida, partiu-se para uma codificação a priori, quando os nós definidos na primeira etapa foram analisados e distribuídos entre duas categorias pré-definidas: barreiras ao consumo de FH e fatores promotores do consumo de FH. Para apreender como as informações sobre o consumo de FH estavam sendo representadas pelos usuários do PAS, empregou-se somente a codificação aberta.

3.7 Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (nº0537.0.0203.000-11) e da Prefeitura Municipal de Saúde de Belo Horizonte (nº0537.0.0203.410-11A). O termo de consentimento livre e esclarecido consta no Anexo B.

4 Resultados e Discussão

4.1 Primeiro artigo: Avaliação do consumo de frutas e hortaliças entre famílias de usuários do Programa Academia da Saúde (PAS)

AVALIAÇÃO DO CONSUMO DE FRUTAS E HORTALIÇAS ENTRE FAMÍLIAS DE USUÁRIOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE (PAS)

Assessing fruit and vegetable consumption among families of users of the Programa Academia da Saúde (PAS)

Evaluación del consumo de frutas y hortalizas en las familias de usuarios del Programa Academia de la Salud (PAS)

Figueira, TR; Lopes, ACS; Modena CM

RESUMO

Objetivo: Investigar o consumo de frutas e hortaliças (F&H) entre famílias de usuários de um polo do Programa Academia da Saúde (PAS). **Métodos:** Tratou-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, do qual participaram quatro usuários de um polo do PAS de Belo Horizonte-MG. Os dados foram coletados durante o mês de julho de 2012, por meio de entrevista semiestruturada, e analisados pela técnica de análise de conteúdo. As categorias de análise que emergiram do estudo foram: frutas e hortaliças são primordiais para a saúde; aprendendo a comer e a gostar de frutas e hortaliças; e a aquisição de frutas e hortaliças. **Resultados:** O consumo de frutas e hortaliças foi influenciado pelo efeito benéfico à saúde e pelo paladar, além de um valor transmitido intergeracionalmente. O conhecimento sobre quantidades recomendadas para ingestão não estava estabelecido na população investigada. As frutas e hortaliças eram adquiridas em comércios próximos à moradia, havendo necessidade de melhoria desses estabelecimentos em relação à qualidade, preço e higiene, principais critérios utilizados para definição das compras. **Conclusão:** Os resultados revelam a necessidade do desenvolvimento de intervenções educativas direcionadas às famílias e comerciantes visando estimular o consumo de frutas e hortaliças e garantir acesso a esses alimentos com melhor qualidade.

Descritores: Consumo de Alimentos; Frutas; Hortaliças; Família.

ABSTRACT

Objective: To investigate fruit and vegetable (F&V) consumption among families of users of the *Programa Academia da Saúde* (PAS). **Methods:** A qualitative and exploratory study conducted with four users of a unit of the PAS of Belo Horizonte-MG-BR. Data were collected during July 2012 through a semi-structured interview and underwent content analysis. The identified categories were: fruits and vegetables are essential to health; learning to eat and like fruits and vegetables; and purchasing of fruits and vegetables. **Results:** The consumption of fruits and vegetables was influenced by its beneficial effect on health and by the taste, in addition to being a value transmitted intergenerationally. Knowledge of the recommended consumption levels was not established in the study population. Fruits and vegetables were purchased from shops in the neighborhood, which needed to improve the price, quality and hygiene, the main criteria used to decide where to go shopping. **Conclusion:** The results show the need for the development of educational interventions directed to families and merchants to stimulate the consumption of fruits and vegetables and guarantee the access to better quality food.

Descriptors: Food consumption; Fruit and Vegetables; Family.

RESUMEN

Objetivo: Investigar el consumo de frutas y verduras y hortalizas (F&H) en las familias de usuarios de una unidad del Programa Academia de la Salud (PAS). **Métodos:** Se trató de un estudio exploratorio de abordaje cualitativo en el cual participaron cuatro usuarios de una unidad del PAS de Belo Horizonte-MG. Se recogieron los datos durante el mes de julio de 2012 a través de una entrevista semiestructurada y el análisis a través del análisis de contenido. Las categorías de análisis que emergieron del estudio fueron: frutas y hortalizas son primordiales para la salud; aprendiendo a comer y a que le guste las frutas y hortalizas; y la adquisición de frutas y hortalizas. **Resultados:** El consumo de frutas y hortalizas ha sido influenciado por el efecto benéfico a la salud y por el paladar, además de un valor transmitido por generaciones. El conocimiento de las cantidades recomendadas para la ingesta no estaba establecido en la población investigada. Las frutas y hortalizas fueron adquiridas en los comercios próximos a la vivienda con la necesidad de mejoría de estos establecimientos sobre la calidad, el precio y la

higiene, principais criterios utilizados para la definición de las compras.

Conclusión: Los resultados revelan la necesidad del desarrollo de intervenciones educativas dirigidas a las familias comerciantes visando estimular el consumo de frutas e hortalizas y garantizar el acceso de esos alimentos de mejor calidad.

Descriptor: Consumo de Alimentos; Frutas; Verduras; Familia.

INTRODUÇÃO

As frutas e hortaliças (F&H) são importantes componentes de uma dieta saudável, sendo fornecedoras da maior parte dos micronutrientes, fibras e componentes funcionais essenciais. Ademais, o seu consumo pode ajudar a substituir alimentos que possuem altas concentrações de gorduras saturadas, açúcar e sal, o que, agregado à sua baixa densidade calórica, favorece a manutenção do peso corporal saudável⁽¹⁾.

O consumo insuficiente de F&H é apontado como um dos dez principais fatores de risco para a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como câncer gastrointestinal, doenças cardíacas e obesidade⁽²⁾. Estima-se que o consumo de quantidades adequadas de F&H, ou seja, 400 g diárias, poderia evitar 1,7 milhões de mortes e 16 milhões de anos de vida perdidos ajustados por incapacidades, anualmente, em todo mundo⁽³⁾.

Apesar dos benefícios para a saúde, o consumo de F&H tem sido ainda muito limitado, correspondendo, no Brasil, a cerca de um quarto das recomendações nutricionais⁽⁴⁾. Alguns estudos verificaram que a baixa ingestão de F&H ocorre especialmente entre indivíduos com menos escolaridade e renda, jovens, homens, residentes em área rural, tabagistas e etilistas, fisicamente inativos, solteiros, com estado de saúde ruim e que ingerem maior quantidade de alimentos ricos em gordura e açúcar⁽⁴⁻⁸⁾.

A inadequação do consumo de F&H perpassa questões de âmbito comunitário, como acesso a equipamentos de comercialização (mercados, sacolões e feiras ambulantes), disponibilidade do produto (irregularidade do abastecimento e baixa qualidade dos alimentos), características individuais, socioculturais e financeiras^(2,6).

Promover o consumo de F&H é uma prioridade das políticas nutricionais, alimentares e agrícolas, conforme estabelecida pela Organização Mundial de Saúde

(OMS) e explicitado na “Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde”^(9,10). Em conformidade com essa estratégia, a cidade de Belo Horizonte, no estado de Minas Gerais, desenvolveu o projeto BH + Saudável - Projeto de Promoção de Modos de Vida Saudáveis, no qual se destacou a criação das Academias da Cidade.

Essas academias consistem em locais planejados para a prática orientada de exercícios físicos e acompanhamento nutricional, possuindo suporte de parcerias locais com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Equipes de Atenção Primária (EAP) e parcerias intersetoriais entre as Secretarias Municipais de Saúde, Segurança Alimentar e Nutricional, Esporte e Lazer e Universidades⁽¹¹⁾. Esses serviços foram implantados no município a partir de 2006 e atualmente englobam 50 polos que integram o Programa Academia da Saúde (PAS) do governo federal⁽¹²⁾.

O PAS, além de ofertar atividades físicas e de educação alimentar, visa fortalecer as ações de promoção da saúde na Atenção Primária, ao promover a integração multiprofissional na construção e execução das ações, a convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer, e a mobilização comunitária, com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade⁽¹²⁾.

Pesquisas sobre o perfil alimentar dos usuários de polos do PAS de Belo Horizonte revelaram consumo insuficiente de F&H^(13,14), o que impõe a necessidade de se investigar os determinantes do consumo desse grupo de alimentos para um melhor delineamento das práticas de promoção de saúde desenvolvidas nestes espaços.

Assim, este estudo objetivou investigar o consumo de frutas e hortaliças (F&H) entre famílias de usuários de um polo do Programa Academia da Saúde (PAS).

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido em um polo do PAS da região leste de Belo Horizonte-MG, no período de julho de 2012. Escolheu-se esse polo em virtude da informação de que seus usuários possuíam consumo inadequado de F&H em estudos anteriores^(13,14), e por estar localizado em uma área de elevado índice de vulnerabilidade à saúde (IVS)⁽¹⁵⁾.

O IVS é construído com variáveis socioeconômicas e de saneamento, utilizado para nortear políticas públicas de saúde e priorizar alocação de recursos. O IVS classifica os setores censitários do município em quatro categorias: área de risco muito elevado, área de risco elevado, área de risco médio e área de risco baixo⁽¹⁵⁾.

O polo pesquisado possui em média 400 usuários, havendo um predomínio de mulheres (89,6%) e da faixa etária acima de 40 anos (76,4%). Participaram do estudo quatro usuários desse polo, selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 20 anos e ser responsável pela aquisição e/ou preparo dos gêneros alimentícios em seu núcleo familiar. Foram convidados informalmente por meio de abordagem individual, no próprio espaço do polo, após a aula de ginástica, quando se verificou a elegibilidade do usuário e se explicou sobre os objetivos do estudo e confidencialidade dos dados coletados. Aqueles que concordaram com a participação assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O número de participantes não foi estabelecido *a priori*. A quantidade de entrevistas a serem realizadas seria definida pelo critério de saturação, ou seja, o trabalho de campo finalizaria quando a recorrência dos dados atingisse um ponto de saturação, sendo possível identificar padrões simbólicos, práticas e categorias de análise⁽¹⁶⁾. Após a realização de quatro entrevistas, o pesquisador principal, diante da qualidade dos relatos obtidos e da percepção de que o ponto de saturação havia sido atingido, interrompeu a coleta de dados para analisar o material e verificar se essas impressões procediam. O resultado da análise confirmou o alcance do ponto de saturação e que as entrevistas permitiam a compreensão de homogeneidades e diferenciações, além de apresentarem a intensidade necessária para responder aos objetivos da pesquisa⁽¹⁶⁾. Dessa forma, optou-se pelo encerramento da coleta de dados, seguindo-se para a fase de análise em profundidade do material recolhido em campo.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada⁽¹⁶⁾, cujo roteiro foi dividido em três blocos temáticos: práticas alimentares na família, percepção sobre o consumo de F&H pela família e aquisição de F&H. No primeiro bloco, buscaram-se informações sobre as refeições realizadas, alimentos priorizados e preferidos e as preocupações relativas à alimentação familiar; no segundo bloco, procurou-se identificar questões específicas sobre consumo de F&H como suas

características, fatores dificultadores, motivadores, mudanças ao longo do tempo, desejos e opiniões; por fim, explorou-se as formas de aquisição de F&H como local, frequência, critérios para escolha de comércio e alimentos e opinião sobre comércios locais. O roteiro contou ainda com uma seção composta por questões estruturadas para obtenção de dados objetivos da amostra como idade, sexo, ocupação, composição familiar e refeições realizadas.

As entrevistas foram realizadas por um único pesquisador, no pátio externo do polo. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e tiveram uma duração aproximada de 30 minutos.

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo⁽¹⁶⁾. Em um primeiro momento, realizou-se a leitura flutuante das entrevistas, definindo-se as unidades de registro e de contexto. Terminada essa fase, definiram-se as categorias de análise, de modo que permitissem agrupar as unidades de registro e contexto com características em comum ou que se relacionavam entre si. Então, procedeu-se a interpretação dos dados, fundamentada na literatura científica da área.

Identificaram-se três categorias de análise: frutas e hortaliças são primordiais para a saúde; aprendendo a comer e a gostar de frutas e hortaliças; e a aquisição de frutas e hortaliças. Nos resultados, como códigos para identificação dos entrevistados, foram utilizadas a letra E junto com uma numeração arábica. Os dados quantitativos foram apresentados de forma descritiva.

Este trabalho foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (n° 0537.0.0203.000-11) e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (n° 0537.0.203.410-11A), em obediência à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta sessão, foram apresentados os dados de caracterização dos sujeitos da pesquisa e, em sequência, as três categorias que emergiram das falas dos entrevistados e sua análise com referencial teórico pertinente.

Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Os sujeitos entrevistados eram mulheres, donas de casa, encontrando-se duas dentro da faixa etária acima dos 60 anos e as demais na faixa etária entre 40 e 59 anos, características de sexo e idade que representam o perfil da maioria dos usuários do polo estudado⁽¹⁴⁾. Com relação à composição familiar, havia um núcleo

unitário, outro constituído por mãe e filho e dois núcleos compostos por mãe, pai e filho. Os filhos eram adolescentes ou adultos jovens. As refeições eram realizadas em casa e consistiam em café da manhã, almoço, lanche e – não para todos – jantar.

Frutas e hortaliças são primordiais para a saúde

Esta categoria apresenta as relações estabelecidas pelos entrevistados entre o consumo de F&H e a saúde. São descritos os benefícios do consumo, a percepção de essencialidade desse grupo de alimentos, o significado do consumo saudável e as possibilidades de prejuízo à saúde.

As concepções sobre o consumo de F&H e saúde estavam orientadas principalmente pela dimensão fisiológica e racional da alimentação, que considera o homem como máquina e o alimento como combustível. Dentro dessa lógica, as F&H eram compreendidas como fontes de vitaminas e substâncias importantes para o adequado funcionamento do organismo. Várias foram as propriedades medicinais citadas, destacando-se os efeitos calmante, diurético, digestivo, laxante, de depuração do sangue, de remoção de gordura do corpo, de prevenção de câibras, de um sono mais tranquilo e de uma melhor voz, como pode ser observado nas falas a seguir:

“Eu gosto da laranja, chupo uma todo dia. Ela é primordial! Por causa da vitamina, porque é bom para o intestino.” (E3)

“Porque faz muito bem pra saúde [...]. A gente não pode viver só do arroz com feijão, a gente tem que ter uma outra coisa que contenha ali. Na verdura, vem o ferro [...], igual o alface, é até calmante.” (E1)

O caráter terapêutico dos alimentos vem sendo difundido pela mídia e pelos profissionais da saúde, o que contribui para a valorização dos nutrientes como símbolos de uma alimentação saudável e de proteção contra doenças⁽¹⁷⁾. À medida que a alimentação passa a ser medicalizada, o universo que a circunda se reorganiza segundo essa matriz⁽¹⁸⁾. Para as entrevistadas, essa reorganização elevou as F&H ao *status* de alimento essencial, distanciando-se da concepção de alimentos secundários encontrada em outros estudos, nos quais a categorização dos alimentos estava orientada pela sua capacidade de produzir saciedade^(19,20). Em estudos anteriores⁽²¹⁻²⁴⁾, é comum encontrar a valorização do consumo de F&H

devido aos benefícios produzidos à saúde, constituindo-se em um dos principais fatores motivadores para sua ingestão.

Além do efeito direto produzido pelas F&H sobre o organismo, esses alimentos eram vistos como importantes para ajudar a balancear a alimentação e por serem uma alternativa à ingestão de doces e gorduras, alimentos considerados “perigosos” para a saúde:

“Acho bom, porque vai ajudar a balancear a não comer as outras coisas erradas [...]. Eu almoçava pensando no doce; hoje não, almoço pensando na fruta [...]. Mudei por causa do meu pai, diabético. Ele faleceu por causa de não seguir isso.” (E2)

“Pra tirar gosto, eu cozinho cenoura, coloco cebola, pimentão; já não encho o prato de carne, de massa, dessas coisas [...]. Hoje, um litro de óleo lá em casa tem que dar para mais de um mês, porque a gente tem orientação na televisão [...]. Se fosse anos atrás, tá certo que eu teria seguido essa alimentação e não estaria hoje mais obesa, não estaria com problema de pressão alta.” (E1)

Os alimentos com alta densidade energética, ricos em açúcares e gorduras, começaram a ter seu valor transformado a partir da associação entre excesso de peso e doenças crônicas, quando se estabeleceu a moderação no seu consumo⁽¹⁷⁾. Para as entrevistadas, essa ressignificação ocorreu a partir de suas vivências com doenças crônicas e do acesso às recomendações para uma alimentação saudável, processo também identificado em outros estudos^(18,25). Assim, as frutas começaram a ser usadas para substituir os doces e biscoitos nos intervalos das refeições principais e na sobremesa, e as verduras e legumes constituíram alternativas para substituir alimentos gordurosos.

A alimentação saudável é uma prática estimulada desde a década de 1980 por organismos internacionais, evocando sempre a importância da variedade de alimentos como fontes de nutrientes, o equilíbrio nas escolhas alimentares, baseado nas necessidades individuais, e a moderação pelo controle do consumo de alimentos energéticos^(17,20). Moderação, equilíbrio e variedade apareceram nas falas das entrevistadas quando recomendavam “comer um pouquinho de cada coisa”. Essa premissa era aplicada ao consumo de F&H, quando também se explicitava sua frequência diária como elemento de caracterização do consumo saudável:

“[A alimentação] É boa, não posso reclamar; é ótima. Porque a gente come de tudo um pouco, principalmente as verduras. Ela (filha), um pouco menos, mas não deixa a desejar muita coisa não [...]. Não como muito, mas eu como todos os dias um pouco [...]. Cinco porção é muito, pra mim é muito [...]. Eu não conseguiria comer duas bananas, três maçãs. Jamais. Como não.” (E3)

Ao estenderem a concepção de consumo moderado para as frutas e hortaliças, torna-se necessário debater esse “pouquinho”, visto que a quantidade é um fator importante para a promoção de saúde⁽²⁶⁾ e essa visão pode estar favorecendo um consumo em quantidades abaixo do preconizado.

Alguns estudos^(24,27) constataram que o baixo consumo de F&H identificado não era percebido pelos entrevistados, os quais consideravam esses alimentos como parte de seu padrão de consumo habitual e sem necessidade de ingestão em maior quantidade. É possível que a quantidade recomendada para a ingestão de F&H, ou seja, cinco porções diárias⁽⁹⁾, ainda não tenha se tornado parte das representações da população sobre consumo saudável.

Quando as entrevistadas foram questionadas sobre essa recomendação, o sentimento despertado foi de que seria um exagero e/ou de que não conseguiriam atingir esse quantitativo, até porque esse enunciado era confuso para elas. Não atingir as cinco porções diárias de F&H não era um fator que alterava a percepção de que possuíam um consumo saudável em relação a esse grupo de alimentos, como pode ser observado no relato descrito anteriormente.

A definição de uma meta de ingestão de F&H para uma determinada população deve levar em consideração questões culturalmente relevantes e, assim, nos casos de países em que o consumo é baixo, a recomendação de cinco porções diárias pode não ser adequada ou viável em curto e médio prazos⁽⁶⁾. Essa ponderação deve ser observada durante a elaboração de intervenções educativas direcionadas à população entrevistada, para que a informação sobre quantidades de F&H necessárias à promoção da saúde não se transforme em processo gerador de angústia, ansiedade e sofrimento, por não se atingir a meta proposta, e resulte em um distanciamento da noção de saúde socialmente possível⁽²⁸⁾. O processo educativo que respeite esse tempo necessário a alterações no consumo de F&H é possível e facilitado em ambientes como o das Academias da Saúde, que permitem acompanhamento longitudinal dos usuários, seja pelo próprio serviço ou pela sua integração com a Atenção Primária à Saúde.

Aprendendo a comer e a gostar de frutas e hortaliças

Nesta categoria, discute-se a influência do paladar sobre o consumo de F&H e o seu processo de construção e adaptação ao longo da vida.

A população investigada apontou o paladar como um fator importante para o consumo de F&H, o que está de acordo com diversos estudos⁽²¹⁻²⁴⁾. Nessa relação, foi possível perceber que, em alguns momentos, os verbos “comer” e “gostar” se confundiam. O gostar/comer não era percebido como algo estático, e sim cambiante, podendo ser modificado, adaptado, aprendido.

“Na família dele [marido], todo mundo come de tudo [...]. Eu não comia beterraba [...]. A mãe dele fazia beterraba, aí eu aprendi a comer. Mas, assim, eu fui ensinada a comer de tudo. Minha mãe, minha avó [...]. Com o tempo [...], algumas coisas você vai degenerando.” (E2)

“Depois que eu casei, eu faço mais. Minha mãe fazia, mas muitas vezes a gente embrulhava ela e não comia. Mas [...] lá em casa, ela ensinou a gente. Todo mundo comia, come de tudo [...]. Mas agora preocupo mais em comprar, depois que eu casei... Pra ensinar os filhos e também porque o marido trabalha muito.” (E4)

É possível perceber nos relatos que as entrevistadas aprenderam a consumir F&H com os pais, ressaltando o cumprimento pela família de seu papel de primeira socialização, ou seja, de transmissão de características entre as gerações – nesse caso, o padrão alimentar de se comer de tudo. Apesar do aprendizado inicial, o consumo de F&H não ocorreu de maneira linear durante o ciclo de vida dessas mulheres, havendo fases de diminuição e aumento, dependendo do contexto vivenciado.

Essa variação do consumo alimentar é discutida na literatura, que traz como explicação o fato de os gostos e hábitos se adaptarem ao longo dos anos por influência de fatores sociais, culturais e psicológicos⁽²⁹⁾. Nos sujeitos entrevistados, os marcos de virada para um maior consumo de F&H estavam representados pelo casamento e a entrada em um novo círculo familiar, pela maternidade, que traz a responsabilidade de ensinar e dar o exemplo aos filhos, e pelo desejo de se beneficiar dos efeitos terapêuticos de certos alimentos, este último apontado na seguinte fala:

“Eu não comia maçã. Hoje em dia, eu como, por causa das cordas vocais. Porque eu canto na Igreja.” (E3)

A trajetória de consumo de F&H pelos filhos também se caracteriza pela falta de linearidade. As entrevistadas contaram que, na infância, consumiam mais, estimuladas pela imposição da mãe, porém, quando atingiram certa independência, passaram a fazer suas escolhas alimentares, preferindo as massas, guloseimas e frituras:

“Já comeu muito quando pequena. Aprendeu a atravessar a rua, acabou. Isso é a maioria dos jovens. Porque quando pequena, a mãe dá. Aí pega uma certa idade, já acha que é senhor de si, então não come. E já passa a aguçar o paladar, que de pequeno não tem, então não come. Ela gosta de lasanha, fricassê, comida assim, mas fruta, não.” (E3)

Além de serem poucas as F&H capazes de satisfazer o paladar de seus filhos, as entrevistadas identificaram que havia uma indisposição para experimentar novos alimentos e prepará-los para o consumo:

“Ela, só de olhar, já fala que não gosta. Nem provou, não gostou.” (E2)

“Muito raro ela chupar laranja. Se eu tiver chupando e estiver perto dela, pega, mas ela pegar e descascar, não.” (E3).

Esses resultados estão em conformidade com os de outros estudos que têm caracterizado o consumo alimentar de adolescentes pela baixa ingestão de F&H⁽³⁰⁻³²⁾ e preferência por dietas monótonas e ricas em gordura, açúcares e sódio^(30,33,34), consideradas mais saborosas e práticas⁽³³⁾.

Diante das barreiras detectadas, as mães procuravam estimular o consumo de F&H pelos filhos utilizando-se de certas estratégias, entre elas, mascarar sua presença em bolos e vitaminas, preparar as opções que apeteçam o seu paladar, consumir na sua presença exaltando o sabor, deixar o alimento pronto para consumo ao descascá-lo e picá-lo, mostrar o efeito benéfico à saúde. Percebiam que outras estratégias eram necessárias, mas não sabiam o que mais poderiam fazer para que seus filhos comessem com maior frequência e, principalmente, com maior variedade.

“Às vezes eu ponho no prato, eu mascaro a comida pra ela poder comer, faço um bolo com cenoura, bato uma vitamina de banana, aí ela toma [...]. Às vezes eu descasco a laranja pra ela, tiro a casca da banana pra ela poder comer.” (E2)

As entrevistadas relataram que as restrições alimentares dificultam o planejamento do cardápio da família, pois é preciso garantir a variedade para os demais membros, o que nem sempre possibilita o preparo das F&H de preferência dos filhos.

“Eu gostaria que meu filho comesse de tudo [...]. Às vezes eu fico comprando aquilo que eu acho que ele vai comer, outras eu compro porque eu sei que eu e meu marido vamos comer. Eu gostaria comprar de tudo e eles comerem de tudo.” (E4)

Uma opção de abordagem para essa população seria trabalhar receitas práticas e palatáveis com as F&H rejeitadas pelos filhos e valorizadas pela família, estimulando novas experiências gustativas. Outra estratégia a ser desenvolvida poderia envolver a construção de sentidos para o consumo de F&H por meio de questões importantes para o adolescente. Trabalhar a promoção de saúde sob um ponto de vista sombrio e obscuro pode ser limitador das práticas, visto que os adolescentes possuem uma visão muito positiva de si próprios e valorizam a esperança e o otimismo⁽³⁵⁾. Assim, deveriam ser enfatizados, nas ações educativas, os aspectos de saúde que estejam em sintonia com uma visão mais positiva, como a disposição para realizar as atividades cotidianas e de lazer, satisfação corporal, o sucesso nos esportes^(33,35,36), afastando-se do discurso de risco e vulnerabilidade⁽³⁶⁾.

Para o filho de uma das entrevistadas, já numa fase adulta, a construção de sentido para o consumo de F&H ocorreu a partir do casamento e da paternidade, repetindo a experiência de sua mãe. Agora, ele está novamente aprendendo a comer F&H:

“O do meio, ele era ruim de comer, mas ele casou com uma moça do interior que gosta muito de chuchu, abóbora, essas coisas. Ele está aprendendo. A menininha deles come de tudo, até cará.” (E4)

Os sujeitos tendem a repetir, ao serem pais, o modelo aprendido na própria família, havendo uma transmissão significativa de valores entre as gerações⁽³⁷⁾. Entre a população investigada, foi possível perceber que a ingestão de F&H se constitui em valor transferido intergeracionalmente e que a responsabilidade por passar esse aprendizado funciona como um estímulo para o aumento do próprio consumo.

A aquisição de frutas e hortaliças

Esta categoria aborda as opiniões dos usuários sobre o comércio de F&H e os critérios que utilizam para aquisição deste grupo de alimentos.

As entrevistadas consideraram que a comercialização das F&H facilitou o acesso a maior variedade de alimentos. Relataram não passar por dificuldade financeira para a aquisição desses alimentos e que as compras eram realizadas numa frequência semanal. Os pequenos comércios do bairro e vizinhança foram apontados como o local preferido para realização das compras, demonstrando que a proximidade à habitação era um aspecto valorizado pelas usuárias. Outros critérios utilizados para a escolha do local de compra foram variedade, qualidade, preço, acondicionamento dos produtos, higiene e serviço de entrega em domicílio, resultados semelhantes aos encontrados na literatura^(38,39).

“Hoje, o comércio aqui do bairro já melhorou, porque te dá mais condições da gente estar escolhendo o local onde comprar, observar o local de armazenagem. Mas, assim, a questão de higiene acho que pode melhorar mais.” (E2)

“Olho o estado do local, estado de higiene do local e preço também eu tenho que olhar, só. Compro perto lá da minha casa, geralmente em sacolão. São bons. É claro que tem lugares muito mais baratos do que aqui, mas eu não vou longe pra comprar.” (E3)

As entrevistadas percebem a melhoria dos comércios locais, mas consideram que poderiam investir mais em higiene, preço e qualidade dos alimentos. Dessa forma, a construção de estratégias de intervenção direcionadas aos varejos de bairros poderia favorecer uma melhor qualificação do comércio de F&H, fornecendo informações sobre boas práticas de comercialização, gestão de negócios e quesitos de satisfação do cliente. O comércio inadequado, devido à falta de conveniência, qualidade e preços altos, é uma das principais barreiras à aquisição de F&H identificadas⁽²²⁾, o que demonstra a importância de se investir na melhoria desses estabelecimentos.

Com relação aos aspectos considerados para a escolha das F&H a serem compradas, foram apontados a qualidade, em seus atributos de aparência, consistência, coloração, durabilidade e o acondicionamento do produto:

“A qualidade, a aparência delas, se ela está bonita. Não levo o preço não, é a aparência. Você olha pontinhos. Se não tem pintadinho de preto, ali vai facilitar ela estragar mais rápido. Não ter amassado, não ter nada.” (E1)

Os parâmetros de qualidade têm se destacado nas pesquisas como fator primordial na escolha das F&H pelos consumidores, sobrepondo-se ao quesito preço⁽³⁸⁻⁴⁰⁾, o que demonstra a necessidade de avanços tecnológicos para melhoramento dos alimentos e o desenvolvimento de estratégias que minimizem os danos pós-colheita, de forma a atender às expectativas do consumidor⁽³⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de sentidos para o consumo de F&H na população investigada ocorreu por meio da constituição das relações familiares e da incorporação do discurso mecanicista sobre alimentação e saúde, repercutindo sobre a modulação do paladar e as escolhas alimentares. Dessa forma, o paladar não se configurou como barreira imutável para o consumo de F&H, visto que pode ser adaptado em decorrência de fatores sociais, culturais e psicológicos, à exceção dos filhos adolescentes.

A concepção de consumo saudável de F&H envolveu os conceitos de variedade, equilíbrio, moderação e frequência diária. O conceito de moderação aplicado às F&H deve ser mais bem debatido, uma vez que pode estar contribuindo para um baixo consumo, visto que quantidades recomendadas de F&H não fazem parte das representações da população investigada. Além dessa questão, as intervenções de educação alimentar e nutricional voltadas para o incentivo do consumo pela família deverão abordar aspectos relevantes para o adolescente, membro da família com maior resistência ao consumo destes alimentos. Essas intervenções deverão ser articuladas a partir de construções de significados para o consumo de F&H nessa fase da vida, como também deverão incrementar habilidades para a introdução desses alimentos no cotidiano por meio de receitas práticas e palatáveis.

Intervenções educativas direcionadas aos pequenos comerciantes de F&H também são oportunas, pois há preferência em se efetuar a compra nesses estabelecimentos pela proximidade ao local de moradia e há a percepção de que esses comércios precisam melhorar em termos de qualidade, higiene e preço. Seria conveniente abordar informações sobre boas práticas de comercialização, *marketing* e gestão de negócios, de modo a garantir maior satisfação do cliente e, conseqüentemente, fidelização do consumidor em relação ao produto. É importante salientar que o aumento da qualidade das F&H também depende de avanços

tecnológicos para sua produção e do desenvolvimento de estratégias que minimizem os danos durante seu transporte.

Estudos futuros são importantes para um melhor entendimento sobre o consumo de F&H entre usuários do PAS e deveriam envolver a avaliação de polos com diferentes IVS e em outros contextos nacionais, além de incluir na amostra usuários do sexo masculino e de diferentes faixas etárias.

REFERÊNCIAS

1. Jaime PC, Figueiredo ICR, Moura EC, Malta DC. Fatores associados ao consumo de frutas e hortaliças no Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. 2009;24(Supl 2):57-64.
2. World Health Organization - WHO. *The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: WHO, 2002.
3. World Health Organization – WHO. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: WHO, 2011.
4. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
5. Figueiredo ICR, Jaime PC, Monteiro CA. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(5):777-85.
6. Neutzling MB, Rombaldi AJ, Azevedo MR, Hallal PC. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de uma cidade do sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(11):2365-74.
7. Campos VC, Bastos JL, Gauche H, Boing AF, Assis MAA. Fatores associados ao consumo adequado de frutas, legumes e verduras em adultos de Florianópolis. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(2):352-62.
8. Mondini L, Moraes AS, Freitas ICM, Gimeno SGA. Consumo de frutas e hortaliças por adultos em Ribeirão Preto, SP. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(4):686-94.
9. World Health Organization - WHO. *Fruit and Vegetables for Health. Report of a Joint FAO/WHO Workshop 1-3 September 2004*. Japan: WHO, 2004.

10. World Health Organization - WHO. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: WHO, 2004.
11. Dias MAS, Giatti L, Guimarães VR, Amorim MA, Rodrigues CS, Lansky S et al. Projeto promoção de modos de vida saudáveis. Pensar BH Política Social. 2006;16(3):21-4.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde [acesso em 2011 Set 21]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_academia_saude_719.pdf
13. Lima NA. Fatores associados ao excesso de peso entre os usuários do Serviço de Promoção à Saúde: Academia da Cidade do Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte, Minas Gerais [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.
14. Costa BVL, Mendonça RD, Santos LC, Peixoto SV, Alves M, Lopes ACS. Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(1):95-102.
15. Prefeitura de Belo Horizonte (BR). Índice de vulnerabilidade da saúde. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 2013.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
17. Silva DO, Recine EGIG, Queiroz EFO. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. Cad Saúde Pública. 2002;18(5):1367-77.
18. Garcia RWD. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. Physis (Rio J.).1997;7(2):51-68.
19. Zaluar AA. A máquina e a revolta. São Paulo: Brasiliense, 1985.
20. Schätzer M, Rust P, Elmadfa I. Fruit and vegetable intake in Austrian adults: intake frequency, serving sizes, reasons for and barriers to consumption, and for increasing consumption. Public Health Nutr. 2010;13(4):480-7.
21. Lucan SC, Barg FK, Long JA. Promoters and barriers to fruit, vegetable, and fast-food consumption among urban, low-income African Americans: a qualitative approach. Am J Public Health. 2010;100(4):631-5.
22. Meléndez L, Olivares S, Lera L, Mediano F. Etapas del cambio, motivaciones y barreras relacionadas con el consumo de frutas y verduras y la actividad física

- em mães de pré-escolares atendidas em centros de atenção primária de la salud. *Rev Chil Nutr.* 2011;38(4):466-75.
23. Silva CL, Costa THM. Barreiras e facilitadores do consumo de frutas e hortaliças em adultos de Brasília. *Sci Med.* 2013;23(2):68-74.
 24. Gough B, Conner MT. Barriers to healthy eating amongst men: A qualitative analysis. *Soc Sci Med.* 2006;62(2):387-95.
 25. World Health Organization - WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: WHO; 2003. (Technical Report Series n.916.)
 26. Boog MCF, Fonseca MCP, Alves HJ, Voorpostel CR. Agricultores consomem frutas, verduras e legumes? Bases para ações educativas. *SAN.* 2008;15(2):85-97.
 27. Bagrichevsky M, Castiel LD, Vasconcelos-Silva PR, Estevão A. Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(Supl 1):1699-1708.
 28. Jomori MM, Proença RPC, Calvo MCM. Determinantes de escolha alimentar. *Rev Nutr.* 2008;21(1):63-73.
 29. Toral N, Slater B, Silva MV. Consumo alimentar e excesso de peso de adolescentes de Piracicaba, São Paulo. *Rev Nutr.* 2007;20(5):449-59.
 30. Bigio RS, Verly Junior E, Castro MA, César CLG, Fisberg RM, Marchioni DML. Determinantes do consumo de frutas e hortaliças em adolescentes por regressão quantílica. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(3):448-56.
 31. Muniz LC, Zanini RV, Schneider BC, Tassitano RM, Feitosa WMN, González-Chica DA. Prevalência e fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras entre adolescentes de escolas públicas de Caruaru, PE. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(2):393-404.
 32. Toral N, Conti MA, Slater B. A alimentação saudável na ótica dos adolescentes: percepções e barreiras à sua implementação e características esperadas em materiais educativos. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(11):2386-94.
 33. Leal GVS, Philippi ST, Matsudo SMM, Toassa EC. Consumo alimentar e padrão de refeições de adolescentes, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(3):457-67.

34. Assis SG, Avanci JQ, Silva CMFP, Malaquias JV, Santos NC, Oliveira RVC. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*.2003;8(3):669-80.
35. Cromack LMF, Bursztyn I, Tura LFR. O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo de representações sociais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(2):627-34.
36. Weber LND, Selig GA, Bernardi MG. Continuidade dos estilos parenterais através das gerações: transmissão intergeracional de estilos parenterais. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2006;16(35):407-14.
37. Andreuccetti C, Ferreira MD, Tavares M. Perfil dos compradores de tomate de mesa em supermercados da região de Campinas. *Hortic Bras*. 2005;23(1):148-53.
38. Souza RS, Arbagel AP, Neumann PS, Froehlich JM, Diese V, Silveira PR et al. Comportamento de compra dos consumidores de frutas, legumes e verduras na região central do Rio Grande do Sul. *Ciênc Rural*. 2008;38(2):511-7.
39. Souza Neta ML, Silva RT, Souza AAT, Pamplona JP, Oliveira FA, Oliveira MKT. Perfil dos consumidores de hortaliças do município de Apodi-RN. *Rev ACSA*. 2013;9(1):50-6.

4.2 Segundo artigo: Barreiras e fatores promotores do consumo de frutas e hortaliças entre usuários do Programa Academia da Saúde.

Barreiras e fatores promotores do consumo de frutas e hortaliças entre usuários do Programa Academia da Saúde.

Promoters and barriers to fruit and vegetable consumption among Health Academy Program's users.

Figueira, TR; Lopes, ACS; Modena, CM

Resumo

Objetivo: investigar barreiras e fatores promotores do consumo de frutas e hortaliças (FH) entre usuários do Programa Academia da Saúde (PAS). **Métodos:** Estudo qualitativo conduzido em seis polos do PAS em Belo Horizonte, Minas Gerais. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 62 usuários. A análise de conteúdo foi desenvolvida com auxílio do software NVivo10. **Resultados:** as principais barreiras identificadas foram: comércio inadequado, baixo poder aquisitivo, preço, carência de iniciativas públicas, falta de tempo, preguiça, fruta ser

considerada apenas como uma alternativa alimentar e não realizar o jantar. Os fatores promotores mais citados foram: saúde, prevenção/controlado de doenças, gostar, hortaliça ser considerada como parte da refeição, criação e origem familiar, melhoria da situação financeira, comércio próximo e estratégias de compra.

Conclusão: É necessário ampliar o acesso às FH por meio do fortalecimento das iniciativas públicas para aumento da produção e diminuição dos preços destes alimentos e ampliação do comércio local. As intervenções educativas devem focar a construção de outros sentidos para o consumo que não se restrinjam ao discurso saúde-doença e de soluções viáveis que facilitem o consumo de FH no cotidiano, seja pela proposição de estratégias de aquisição de FH ou pela ampliação de habilidades culinárias para preparações mais práticas.

Palavras-Chave: Consumo de alimentos. Frutas. Verduras.

Abstract

Objective: investigate promoters and barriers to fruit and vegetable (FV) consumption among Health Academy Program's (HAP) users. **Methods:** Qualitative study was conducted in six centers of HAP in Belo Horizonte, Minas Gerais. Semi structured interviews were conducted with 62 users. Content analysis was performed using the software NVivo10. **Results:** the main barriers to FV consumption were: inadequate store, low purchasing power, price, lack of public enterprises, lack of time, laziness, fruit be considered only as a food alternative and not make dinner. Most common promotion factors were: health, prevention / control of diseases, like, vegetable be considered as part of the meal, creation and family background, improving financial situation, next store and purchasing strategies. **Results:** It is necessary to expand the access to FV through the strengthening of public enterprises for increasing production and reduced prices of these foods and expansion of local stores. Educational interventions should focus on building other senses to the consumer that are not restricted to the health-disease speech and viable solutions that allow greater ease for the consumer FV within the routine of life, either through the development of strategies for acquisition FV or the expansion of culinary skills to more practical preparations.

Key words: Food consumption. Fruit. Vegetables.

Introdução

As frutas e hortaliças (FH) são importantes componentes de uma alimentação saudável, sendo fornecedoras da maior parte dos micronutrientes, fibras e componentes funcionais essenciais. Ademais, o seu consumo pode ajudar a substituir alimentos que possuem altas concentrações de gorduras saturadas, açúcar e sal, o que agregado à sua baixa densidade calórica, favorece a saúde¹.

A promoção do consumo de frutas e hortaliças (FH) é indicada pela Organização Mundial de Saúde como prioridade nas políticas nutricionais, alimentares e agrícolas pelo potencial em diminuir o risco de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)². O consumo insuficiente de FH é apontado como um dos dez principais fatores de risco para a ocorrência de DCNT, sendo atribuído como responsável por 19% dos casos de câncer gastrointestinal, 31% das doenças cardíacas isquêmicas e 11% dos acidentes vasculares cerebrais³. Estima-se que a ingestão de quantidades adequadas de FH, ou seja, 400g diárias, poderia evitar 1,7 milhões de mortes e 16 milhões de incapacidades anualmente no mundo⁴.

Apesar das evidências e orientações para o incentivo do consumo de FH, a quantidade recomendada de ingestão não é atingida em vários países². No Brasil, dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares⁵ revelaram que menos de 10% da população consumia diariamente a quantidade recomendada de FH. Os resultados do sistema Vigitel⁶ - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - revelaram que apenas 23,6% dos brasileiros consumiam cinco ou mais porções de FH por dia, em cinco ou mais dias da semana.

Esta inadequação no consumo de FH perpassa por questões individuais, socioculturais, econômicas, agrícolas e ambientais², sendo preço, tempo e sabor identificados como as principais barreiras⁷⁻¹⁶. Por outro lado, alguns fatores têm se mostrado capazes de estimular a ingestão desses alimentos, entre eles sua ação promotora da saúde, manutenção do peso saudável, preferência alimentar e apoio familiar^{9,12-17}.

Ações de incentivo ao consumo de FH foram apontadas como uma das prioridades do Plano Nacional de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil¹⁸. Em Belo Horizonte, a promoção do consumo de FH está prevista dentro da Política Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional, destacando-se a comercialização de produtos hortifrutigranjeiros de qualidade e a preços mais baratos do que o comércio regular por meio de estabelecimentos do tipo sacolão e feiras livres¹⁹.

Desvelar novos processos e fenômenos sobre os condicionantes do consumo de FH é fundamental para a construção de ações e fortalecimento das iniciativas públicas existentes, de forma a auxiliar na elaboração de soluções efetivas e sustentáveis para o aumento do consumo. Dessa forma, este estudo qualitativo objetivou investigar as barreiras e fatores promotores do consumo de FH entre usuários do Programa Academia da Saúde de modo a gerar evidências científicas que permitissem contribuir para o seu aprimoramento no que se refere às ações de incentivo ao consumo deste grupo alimentar.

Métodos

Realizou-se estudo qualitativo do tipo exploratório e descritivo em seis polos do Programa Academia da Saúde (PAS) em Belo Horizonte, Minas Gerais. O PAS é um ponto da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde e visa referenciar-se como um programa de promoção da saúde, prevenção e atenção às DCNT, ofertando atividades físicas e corporais, ações de promoção da alimentação saudável e demais modos saudáveis de vida²⁰. Em Belo Horizonte, este serviço, anteriormente denominado Academia da Cidade, foi implantado em 2006 em áreas com média a elevada vulnerabilidade social, existindo, atualmente, 53 polos.

A pesquisa objeto do presente artigo constitui parte de um Projeto maior denominado “Consumo de Frutas e Hortaliças em polos do Programa Academia da Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: Fatores Associados e Intervenções Nutricionais”. O Projeto envolve três fases: identificação dos fatores individuais, familiares e ambientais associados ao consumo de FH; comparação dos resultados para verificar a influência da vulnerabilidade à saúde, da segurança alimentar e nutricional e de equipamentos sociais sobre o consumo de FH e, por fim, delineamento, implementação e avaliação de intervenções educativas. Este estudo faz parte da primeira fase do Projeto.

O Projeto maior foi desenvolvido em 18 polos sorteados aleatoriamente e alocados em grupos intervenção e controle. Esta pesquisa qualitativa não pretendia englobar todos os polos do Projeto, sendo utilizado o critério de saturação²¹ para estabelecer a interrupção do trabalho de campo. Dessa forma, optou-se por estudar os polos do grupo intervenção devido à importância em se conhecer previamente as noções que os sujeitos têm de determinado fenômeno para o desenvolvimento dos processos educativos e, portanto, para a elaboração das intervenções que seriam

conduzidas na terceira fase do Projeto. É importante salientar que os polos não conheciam sua condição de grupo intervenção e que a coleta dos dados qualitativos só se iniciava após a finalização da coleta dos dados quantitativos para evitar possíveis vieses. Os polos participantes deste estudo foram definidos seguindo-se a ordem de ingresso em campo estabelecida para a coleta de dados do Projeto maior, atingindo-se o total de seis polos.

Os participantes desta pesquisa foram selecionados a partir da amostra do estudo quantitativo de linha de base do projeto maior. Foram adotados como critérios de inclusão ser maior de 20 anos, responsável pela aquisição e/ou preparo dos gêneros alimentícios no domicílio, ser frequente às atividades do PAS e ser alocado no grupo intervenção do projeto maior. A relação de participantes elegíveis foi estratificada numa combinação de seis categorias demográficas de acordo com sexo (feminino e masculino) e faixa etária (20 a 39 anos, 40 a 59 anos e 60 ou mais anos), com objetivo de garantir maior heterogeneidade, visto que estas características podem influenciar o consumo alimentar. Posteriormente, foram sorteados aleatoriamente dois usuários por categoria demográfica em cada um dos polos estudados, definição baseada em estudo multicêntrico desenvolvido por Maman et al.²². O convite para participar da pesquisa foi realizado por meio de contato telefônico, em caso de recusa, um novo entrevistado foi sorteado. Ao final da coleta de dados, foram entrevistados 62 usuários, pois na categoria sexo masculino e faixa etária entre 20 a 39 anos havia quatro usuários elegíveis, e destes, dois aceitaram participar da pesquisa. As características da amostra podem ser visualizadas na Tabela 1.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal durante o período de abril a novembro de 2013 no espaço do PAS. O roteiro englobou questões relativas às práticas alimentares, consumo e aquisição de FH. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e tiveram uma duração aproximada de 30 minutos.

A análise de conteúdo²³ das entrevistas foi executada com auxílio do software NVivo10. Realizou-se a leitura flutuante das transcrições de forma a identificar as unidades de registro, as quais foram codificadas em categorias de modo a agrupar aquelas que, em algum sentido, compartilhavam a mesma ideia teórica e descritiva²⁴. Em seguida, as categorias foram analisadas e distribuídas entre duas categorias maiores: barreiras ao consumo de FH e fatores promotores do consumo de FH.

Os entrevistados foram identificados por meio de código formado pelas letras A e E seguidas cada uma por numeração arábica. A letra A se refere ao polo do PAS, variando de A1 a A6 e a letra E corresponde ao entrevistado, variando de acordo com o número de participantes em cada polo.

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade (n°0537.0.0203.000-11) e da Prefeitura Municipal (n°0537.0.0203.410-11A). Os participantes receberam explicações sobre os objetivos da pesquisa e confidencialidade dos dados coletados e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes da realização da entrevista.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos 62 participantes da pesquisa

	n	%
Sexo		
Feminino	36	58,1
Masculino	26	41,9
Faixa Etária		
20 a 39 anos	14	22,6
40 a 59 anos	24	38,7
>=60 anos	24	38,7
Escolaridade		
Sem estudo	3	4,8
até 4 anos	23	37,1
5 a 8 anos	7	11,3
9 a 11 anos	21	33,9
>=12 anos	8	12,9
Renda familiar (salários mínimos)		
até 4	49	79,0
5 a 9	9	14,5
>=10	4	6,5

Resultados

O quadro 1 resume as barreiras e fatores promotores do consumo de FH identificados neste estudo.

Quadro 1 – Barreiras e fatores promotores do consumo de F&H

Barreiras	Baixo poder aquisitivo
Comércio inadequado	Preço
Dificuldade de transporte	Carência de políticas públicas

Falta de tempo	Aquisição de conhecimento
Preguiça	Vivenciar consequências de DCNT
Fruta como apenas uma alternativa	Desejo de emagrecer
Falta de hábito	Substituir alimentos prejudiciais
Esquecimento	Hortaliças como inerentes à refeição
Falta de vontade	Criação familiar
Não jantar	Origem interiorana/rural
Presença de agrotóxicos	Comercialização
Restrições alimentares	Melhoria do poder aquisitivo
Baixa digestibilidade	Gostar
Não gostar	Preço baixo
Edentulismo	Boa qualidade
	Estabelecer estratégias de compra
Promotores	Proximidade do comércio
Saúde	Cultivar
Prevenção/controlado de doenças	

Barreiras ao consumo de frutas e hortaliças

Uma das principais barreiras ao consumo de FH apontada pelos entrevistados relacionava-se ao comércio local visto como inadequado: *aqui no bairro além de ser caro, as coisas não são boas (A6E10); o sacolão perto da minha casa não oferece qualidade e nem variedade, por isso muitas vezes a gente não come determinada fruta (A1E1); a distância de buscar, tem dia que a gente come arroz, feijão e carne, só, porque não vai lá buscar verdura (A2E9)*. Estas características negativas comprometiam a disponibilidade domiciliar de FH e a busca por melhores opções fora do bairro nem sempre era uma alternativa viável devido às dificuldades de transporte: *Sempre reclamo com o menino: vou comprar lá em cima, que é mais barato. Mas aí tem a locomoção. Se você vai de ônibus, tem que voltar de táxi, como é que você volta de ônibus com um tanto de sacola (A2E8)?*

A falta de qualidade dos comércios locais era vista por alguns como resultante do baixo poder aquisitivo da população. Na construção desse raciocínio, a qualidade acabava sendo categorizada segundo a classe social. Dessa forma, algo que a princípio seria considerado de baixa qualidade passava a ser adequado:

Se eles melhorassem, assim, mais qualidade, também, é na entrada da favela o sacolão. Então eles não trazem muita coisa de primeira porque se tiver cara o povo não compra. O povo vai mais pelo preço, então pra gente que é pobre tá bom o sacolão que tem aí (A2E3).

Além de favorecer a obtenção de produtos de menor qualidade, o baixo poder aquisitivo restringia a variedade e quantidade dos alimentos adquiridos: *desde a hora que você tem um dinheirinho, que você não pode comprar um quilo, você compra meio. Diminui, mas você compra (A2E2).* Esse contexto piorava no final do mês ou na presença de imprevistos financeiros, quando era necessário reduzir gastos. Havia pouco dinheiro para muitas despesas e como as FH são produtos perecíveis, tornava-se difícil a realização de um estoque no momento em que se recebia o salário, sendo comum a redução do consumo no decorrer do mês: *Fruta, leite, verdura mais no finalzinho costuma faltar, aí faz um macarrão, arroz, feijão (A6E1).*

As frutas eram consideradas menos acessíveis que as hortaliças devido ao preço, embora ambas fossem percebidas como alimentos caros. Aquelas com menor custo eram selecionadas para compor o cardápio familiar, estabelecendo-se uma dieta monótona: *não tem como ficar fazendo tantas variedades justamente por causa do preço. Há vontade da gente colocar outros tipos de frutas, só que o preço infelizmente não dá (A3E6).*

Alguns entrevistados apontaram uma carência de iniciativas públicas destinadas a facilitar o acesso da população às FH. As colocações se referiam tanto à falta de subsídios fiscais para redução dos preços quanto à ausência de um sistema de controle de qualidade dos alimentos. Ademais, sentiam que o governo colocava o indivíduo como o responsável pela adoção de uma alimentação saudável, eximindo-se de suas responsabilidades para o desenvolvimento de ambientes favoráveis a essa escolha:

Os governantes não tão preocupados com qualidade de uma verdura tão preocupados só em arrecadar o imposto que lhe é dado (...) Eles ficam jogando pra cima da população, às vezes até uma população pobre, carente, pra poder solucionar problemas relativos à alimentação (A3E7).

O processo de compra de FH era ainda influenciado por fatores como falta de tempo e preguiça: *às vezes não tem tempo nem de comprar, às vezes a gente na correria danada (A5E8); quando acaba eu sempre levo uns dois dias pra comprar, de preguiça de caçar supermercado (A1E6).* Estas barreiras também interferiam no

preparo dos alimentos e na realização das refeições: *onde eu trabalho é um pique direto, às vezes não dá tempo de ir na cozinha pegar uma fruta (A3E1); Trabalhoso. Principalmente salada, às vezes não faço por preguiça (A6E10)*. A preguiça era deflagrada quando se considerava a tarefa desagradável ou trabalhosa, quando o usuário se sentia desanimado ou apresentava característica de procrastinador.

Barreiras relacionadas ao momento da escolha alimentar também apareceram nos relatos dos entrevistados. A fruta, muitas vezes, era compreendida como uma alternativa de lanche: *às 3:00 horas eu como uma fruta ou um iogurte (A5E3)*. Essa concepção aliada a fatores como falta de hábito, de vontade e esquecimento levavam a uma diminuição da frequência de consumo. É possível perceber a necessidade de uma racionalização para o consumo da fruta acontecer: *tem hora que eu vou na barrinha de cereal e penso porque não vou na fruta, às vezes eu largo e vou na banana (A1E1)*.

A ingestão de hortaliças era associada às refeições principais e, dessa forma, a descontinuidade do hábito de jantar, característico na população pesquisada, contribuiu para que seu consumo fosse reduzido: *tomo um leite, como um pedaço de pão, mas jantar mesmo, raramente eu janto. Até porque se eu janto, eu tenho pesadelo (A5E10)*. Outras justificativas para trocar o jantar pelo lanche envolveram a falta de vontade de comer comida, a percepção de que jantar engorda e o desejo por maior praticidade no preparo da refeição.

Fatores promotores do consumo de FH

O principal fator motivador para o consumo de FH estava relacionado à percepção de seus benefícios para a saúde ou para prevenção/controle de determinada doença. Os efeitos produzidos pelas FH foram exaltados pelos entrevistados: *eu sinto melhor, mais disposta (A1E10); é bom para o funcionamento do intestino, para o controle de pressão, controle de diabetes (A1E3); emagrece (A1E5); não vai ocorrer problema de anemia (A2E1); tira a ansiedade (A2E1); é bom pra pele, pro cabelo (A3E6); é bom pra memória (A4E9); pra não ter gripe e tudo, mas eu sei que é rico em vitaminas e fibras (A5E9)*.

A aquisição de conhecimento proporcionada pelo profissional de saúde, mídia ou no próprio PAS sobre os benefícios produzidos pelas FH estimulou o consumo desses alimentos, especialmente quando os usuários possuíam alguma disfunção orgânica, vivenciavam as consequências das DCNT ou desejavam emagrecer: *A gente não tinha essa informação (...) achava que não fazia tanta falta (...) nessa*

deficiência de vitaminas, se tivesse ingerindo as frutas não teria dado o problema (...) agora eu to comendo até mais de 4 frutas (...) (A6E6).

A concepção medicalizadora das FH favoreceu o entendimento de que estes são alimentos substitutos. As frutas foram relatadas como substitutos das guloseimas durante os lanches, pois *ao invés de ficar comendo besteiras, come a fruta (A2E4)*, e as verduras para reduzir quantidades ingeridas de alimentos ricos em carboidratos complexos e gordura nas refeições principais: *como eu não posso comer muito arroz, então eu como mais o legume, a verdura (A2E3)*. Apesar da concepção de substituto, diferentemente das frutas, as hortaliças não são percebidas apenas como uma alternativa saudável, mas como alimentos inerentes às refeições principais: *agora legume eu como todo dia, faz parte do meu prato (A1E7); eu não sei comer arroz e carne, a verdura pra mim ela tem que tá no meu prato, eu fui criada assim (A4E8)*. É algo que antecede ao discurso medicalizador, assim, os conhecimentos adquiridos atualmente vêm mais reforçar a ingestão ou aumentar a quantidade consumida.

Para vários entrevistados, a criação familiar e o fato de terem origem rural ou interiorana foram importantes influências para a formação do hábito de consumir FH: *Que a gente foi criada com muita folha de taioba, almeirão (A4E10); mamão eu gosto desde pequeninha, desde lá da roça, pegava no quintal, comia e até hoje eu como (A6E10)*.

Embora presentes durante o ciclo de vida, os usuários relataram que, atualmente, o consumo de FH melhorou devido à facilidade de encontrá-las em estabelecimentos comerciais e pela melhoria do poder aquisitivo: *hoje a gente tem uma fatura maior e facilidade pra poder comprar. Antes eles tinham uma dificuldade financeira grande, hoje a gente não (A2E4); come mais porque aqui não falta, sempre nos armazéns a gente encontra. Na roça tem a época pra tudo (A2E3)*.

Além de beneficiar a saúde, as FH eram vistas como alimentos que, de uma maneira geral, agradavam o paladar: *come porque gosta e geralmente compra só mesmo a que a família gosta (A2E4)*. Não se gosta de todos os tipos, mas sempre se gosta de certa variedade que também agrada os membros da família, fazendo com que sejam selecionados para compor a dieta, principalmente quando estão com bom preço e qualidade.

O preço baixo foi relatado como uma forma de garantir a compra de uma maior quantidade destes alimentos: *às vezes tem umas ofertas e a gente aproveita mais (A4E3)*, assim como a qualidade por favorecer uma maior durabilidade dos

produtos: *o chuchu tá novinho, em vez de comprar um, eu já compro dois porque aí aguenta mais um pouquinho (A1E1)*. A qualidade do alimento ainda despertava o desejo, pois a beleza e o cheiro do produto eram capazes de cativar o apetite: *vê aquelas verdura bonita, a gente vai lá, compra, aí a gente chega em casa com aquela vontade de comer (A4E4)*.

Uma forma encontrada por alguns entrevistados para adquirir maiores quantidades de FH com maior conveniência, melhor preço e qualidade foi estabelecer estratégias de compra, como: *procuro ir no dia que chegou (A1E2)*; *faço pesquisa, vejo onde tá o preço mais em conta (A4E1)*; *fruta da época que é sempre mais barato (A5E9)*; *compro aquela quantidade pra semana (A1E1)*; *comprar um já pra você comer na semana e o outro mais verdinho, que ele vai madurecendo (A3E1)*; *açougue, é farmácia, sacolão eu já vou e faço tudo de uma vez (A2E8)*. Além das estratégias adotadas, os entrevistados relataram que o comércio próximo de casa, do trabalho ou do PAS era um grande facilitador para a aquisição de FH: *vou lá e busco mais, que o sacolão é pertinho de casa (A2E1)*.

Alguns entrevistados apontaram ainda a praticidade decorrente de uma horta no quintal, pois não precisa sair de casa, não tem que pagar e não há uso de agrotóxico: *a gente tá com uma hortinha lá em casa pra poder ajudar. Porque essa alimentação que a gente busca aí fora não é tão saudável assim (A6E5)*.

Discussão

As principais barreiras ao consumo de FH identificadas estavam relacionadas ao acesso a estes alimentos, dificultado por fatores como comércio local inadequado, alto custo, baixo poder aquisitivo e carência de políticas públicas. Estas barreiras se inter-relacionavam e produziam um efeito cumulativo negativo sobre a disponibilidade domiciliar, a quantidade e variedade de FH consumidas.

Dentre as barreiras citadas, o alto custo é o mais recorrente na literatura^{7-11,13-15}, em contrapartida ao poder aquisitivo, encontrado apenas em Eikenberry e Smith⁹ e Lucan et al.¹⁵. Cassady et al.²⁵ chamam atenção para o fato do preço nem sempre ser o maior empecilho para o consumo de FH entre a população de baixa renda. Segundo os autores, o consumo adequado dependeria de um rearranjo do orçamento familiar e que esse ajuste pode ser uma barreira maior que o preço. No presente trabalho, verificou-se que o movimento de rearranjo orçamentário é realizado por muitos entrevistados e ocorre de forma a reduzir as FH do cardápio, pois há priorização de outras despesas. Em conformidade com os resultados aqui

encontrados sobre estimuladores do consumo, Claro e Monteiro²⁶ observaram que o aumento da renda e a diminuição dos preços de FH são capazes de aumentar sua participação na dieta dos brasileiros, colocando estas ações no centro do desenvolvimento de políticas públicas.

No que se refere ao comércio local, este foi identificado como inadequado devido ao alto custo dos alimentos, baixa qualidade e localização inconveniente, o que está de acordo com a literatura^{7,10,13,15}. John e Ziebland¹⁰ verificaram que o alto custo e inacessibilidade ao comércio são os fatores mais difíceis de serem alterados por intervenções educativas, sendo necessária a implementação de políticas públicas para auxiliar no seu enfrentamento.

No Brasil, existem iniciativas públicas que sugerem o aumento da produção de FH e a diminuição de seus preços por meio de medidas fiscais, mas não preveem a criação de dispositivos jurídicos que permitam a implementação das propostas^{18,27}. Em Belo Horizonte, destaca-se dentro da política de segurança alimentar o programa ABasteCer, que consiste em 21 estabelecimentos comerciais fiscalizados pelo governo de modo a garantir à população produtos hortifrutigranjeiros de qualidade e a preços tabelados, em média 30% mais baratos do que o comércio regular¹⁹. O pequeno número destes estabelecimentos e sua localização distante das áreas de moradia dos entrevistados pode ter contribuído para que os entrevistados não sentissem o impacto desse programa sobre seu cotidiano, o que demonstra a necessidade de expansão e mobilização comunitária para seu fortalecimento. Uma medida a ser analisada seria a convergência geográfica entre programa ABasteCer e PAS, pois como se observou, a proximidade com o comércio aumenta a oportunidade de compra de FH, tornando-a mais conveniente. Além disso, a instalação desse tipo de estabelecimento permitiria uma melhoria do comércio local, algo considerado improvável pelos usuários devido a sua condição econômica.

Outra ação promissora seria o incentivo às hortas comunitárias visto que alguns entrevistados possuem hortas particulares, podendo atuar como agentes multiplicadores da técnica do cultivo e pelo fato desta população ter raízes rurais. O resgate da cultura rural por uma intervenção educativa poderia não só encorajar práticas de cultivo, como também o reencontro com sabores e lembranças capazes de ampliar o consumo de FH para além de modelos racionais baseados no processo saúde-doença. De acordo com Walsh & Kiviniemi²⁸, os sentimentos e emoções relacionados a um alimento exercem uma estreita influência sobre as escolhas

realizadas e o fomento à construção de associações afetivas positivas são capazes de estimular o consumo de FH.

Diante das dificuldades de acesso vivenciadas, os entrevistados procuram amenizar a situação estabelecendo estratégias para a aquisição das FH, as quais deveriam ser discutidas e aprimoradas em intervenções educativas para o estabelecimento de planos de ação que facilitem o consumo de FH. O planejamento das compras torna-se também importante pelo tempo ser um recurso limitado atualmente, e sua maior ou menor disponibilidade fazer com que se administrem e determinem as práticas alimentares²⁹.

A falta de tempo apareceu como um obstáculo para a compra, preparo e consumo de FH, assim como o estado de preguiça. Na literatura, vários estudos discutiram a escassez de tempo como barreira ao consumo de FH⁷⁻¹⁶, o que não ocorreu em relação à preguiça^{10,16}. Além de poucos, os estudos que observaram a preguiça como um obstáculo não promoveram uma análise sobre o tema que permitisse entender melhor em que circunstâncias ocorria. A compreensão sobre como a preguiça se manifesta, em que ocasiões e quais fatores a induzem são importantes para o desenvolvimento de práticas educativas que superem o caráter pejorativo e culpabilizador que este sentimento carrega nas diferentes culturas. No presente trabalho, a preguiça apareceu quando a tarefa era considerada desagradável ou trabalhosa, quando o usuário sentia desânimo ou apresentava característica de procrastinador. Seria interessante problematizar estas questões em intervenções educativas, pois até onde o sentimento de preguiça vem sendo usado de forma a encobrir o cansaço proveniente das demandas do mundo moderno, a disputa de tempo entre estas inúmeras atividades ou simplesmente a escolha por opções de vida mais práticas que permitam maior dedicação às atividades consideradas prazerosas.

Soluções estão sendo capitalizadas pela indústria e comércio, apresentando alternativas de produtos alimentícios que se adaptam às condições urbanas, permitindo que se ganhe tempo, diminua o trabalho e possam ser facilmente transportados³⁰. Dentro desse contexto, o desenvolvimento de tecnologias que tornem a higienização, armazenamento, conservação, preparo e transporte de FH mais práticos, a um custo razoável, torna-se fundamental. O estímulo à produção de alimentos minimamente processados, com subsídios fiscais para redução do preço, seria um investimento promissor.

Assim como observado em inúmeros estudos^{9,12-17}, a saúde foi apontada como um dos principais motivadores para o consumo de FH. Contudo, nem sempre este argumento foi suficiente para criar o hábito de se ingerir frutas, já que são reconhecidas outras opções de lanche considerados saudáveis, como barra de cereal e iogurte, e o desejo exercer um efeito importante sobre a escolha alimentar.

Com relação às hortaliças, as informações sobre efeitos benéficos à saúde possuem mais um efeito reforçador de consumo, visto que esses alimentos já são considerados como parte essencial das refeições principais. Neste caso, o fator que desfavorece a ingestão é o abandono da prática do jantar, o que coloca a necessidade de resgatar este hábito ao se divulgar o preparo de pratos leves e práticos que incluam hortaliças e ao promover a desconstrução do jantar como causa de obesidade. O guia alimentar para a população brasileira pode ser usado como auxiliar neste processo, visto que recomenda a realização do jantar e apresenta opções saudáveis para sua composição³¹.

Conclusão

O acesso às FH pela população pesquisada é limitado pelo comércio local inadequado, alto custo e baixo poder aquisitivo. As iniciativas públicas existentes não têm sido suficientes para reverter esta situação, havendo necessidade da criação de dispositivos que permitam o aumento da produção e diminuição dos preços destes alimentos, bem como uma localização geográfica dos equipamentos públicos que permitam maior conveniência para a compra e o estímulo a hortas comunitárias.

A falta de tempo e a preguiça apareceram como obstáculos para a compra, preparo e consumo de FH. Estes fatores devem ser problematizados em intervenções educativas para o encontro de soluções viáveis que permitam maior facilidade para o consumo de FH no cotidiano, seja pelo desenvolvimento de estratégias para aquisição de FH ou pela ampliação de habilidades culinárias para preparações práticas e baratas. É importante ainda que se invista em tecnologias que tornem a higienização, armazenamento, conservação, preparo e transporte de FH mais práticos.

Um dos principais motivadores para o consumo de FH foi a saúde. Contudo, nem sempre este argumento foi suficiente para criar o hábito de se ingerir frutas, o que aponta a necessidade de estimular a construção de outros sentidos para o consumo que não se restrinjam ao discurso saúde-doença. Para a população

investigada esse processo poderia ser iniciado pelo resgate da cultura rural/interiorana, o que poderia encorajar práticas de cultivo e permitir o reencontro com sabores e lembranças capazes de ampliar o consumo de FH para além de modelos racionais.

Referências

1. Jaime PC, Figueiredo ICR, Moural EC, Malta DC. Fatores associados ao consumo de frutas e hortaliças no Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(Supl.2):57-64. DOI:10.1590/S0034-89102009000900008.
2. World Health Organization. *Fruit and Vegetables for Health. Report of a Joint FAO/WHO Workshop 1-3 September 2004*. Kobe, WHO; 2004.
3. World Health Organization. *The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, WHO, 2002.
4. World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva, WHO; 2011.
5. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil*. Rio de Janeiro; 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília; 2014.
7. Anderson A, Cox D. Five a day: challenges and achievements. *Nutrition & Food Science* 2000; 3(1):30-34. DOI: 10.1108/00346650010304747.
8. Biloukha OO; Utermohlen V. Healthy eating in Ukraine: attitudes, barriers and information sources. *Public Health Nutrition* 2001; 4(2):207-215. DOI: 10.1079/PHN200059.
9. Eikenberry N, Smith C. Healthful Eating: Perceptions, Motivations, Barriers, and Promoters in Low-Income Minnesota Communities. *J Am Diet Assoc* 2004; 104(7):1158-1161. DOI: 10.1016/j.jada.2004.04.023.
10. John J, Ziebland S. Reported barriers to eating more fruit and vegetables before and after participation in a randomized controlled trial: a qualitative study. *Health Educ Research* 2004; 19(2):165-174. DOI: 10.1093/her/cyg016.
11. Goug B, Conner MT. Barriers to healthy eating amongst men: A qualitative analysis. *Social Science & Medicine* 2006; 62(2):387-395. DOI:10.1016/j.socscimed.2005.05.032.

12. McGee BB, Richardson V, Johnson GS, Thornton A, Johnson C, Yadrick K et al. Perceptions of Factors Influencing Healthful Food Consumption Behavior in the Lower Mississippi Delta: Focus Group Findings. *J Nutr Educ Behav* 2008; 40(2):102-109. DOI: 10.1016/J.JNEB.2006.12.013.
13. Yeh MC, Ickes SB, Lowenstein LM, Shuval K, Ammerman AS, Farris R et al. Understanding barriers and facilitators of fruit and vegetable consumption among a diverse multi-ethnic population in the USA. *Health Promotion International* 2008; 23(1):42-51. DOI:10.1093/heapro/dam044.
14. Olivares SC, Lera LM, Mardones MAH, Araneda JF, Olivares MAC, Colque MEM. Motivaciones y barreras para consumir 5 porciones de frutas y verduras al día en madres de escolares y profesores de enseñanza básica. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion* 2009; 59(2):166-173.
15. Lucan SC, Barg FK, Long JA. Promoters and Barriers to Fruit, Vegetable, and Fast-Food Consumption Among Urban, Low-Income African Americans — A Qualitative Approach. *American Journal of Public Health* 2010; 100(4):631-635.
16. Silva CL, Costa THM. Barreiras e facilitadores do consumo de frutas e hortaliças em adultos de Brasília. *Scientia Medica* 2013; 23(2):68-74.
17. Pollard J, Greenwood D, Kirk S, Cade J. Motivations for fruit and vegetable consumption in the UK Women's Cohort Study. *Public Health Nutrition* 2002; 5(3):479–486. DOI: 10.1079/PHN2001311.
18. Brasil. Ministério da Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil*. Brasília; 2011.
19. Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria adjunta de segurança alimentar e nutricional. *Programa ABasteCer*. (Acessado 2014 set 10). Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/>.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2013; 7 nov.
21. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008
22. Maman S, Abler L, Parker L, Lane T, Chirowodza A, Ntogwisangu J et al. A comparison of HIV stigma and discrimination in five international sites: The influence of care and treatment resources in high prevalence settings. *Social Science & Medicine* 2009;68(12):2271–2278. DOI:10.1016/j.socscimed.2009.04.002.

23. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA; 2009.
24. Gibbs G. *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
25. Cassady D, Jetter KM, Culp J. Is Price a Barrier to Eating More Fruits and Vegetables for Low-Income Families? *J Am Diet Assoc*. 2007; 107(11):1909-1915. DOI: 10.1016/j.jada.2007.08.015.
26. Claro RM, Monteiro CA. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(6):1014-20. DOI: 10.1590/S0034-89102010000600005.
27. Brasil. Ministério da Saúde. *A Iniciativa de Incentivo ao consumo de Frutas, Verduras e Legumes (F, L & V): uma estratégia para abordagem intersectorial no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA – Brasil)*. Brasília; 2005.
28. Walsh, EM, Kiviniemi MT. Changing how I feel about the food: experimentally manipulated affective associations with fruits change fruit choice behaviors. *J Behav Med* (2014) 37(2):322–331. DOI: 10.1007/s10865-012-9490-5.
29. Arnaiz MG. Em direção a uma Nova Ordem Alimentar? In: Canesqui NA, Garcia RWD organizadores. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 147-164.
30. Garcia RWD. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Revista de Nutrição* 2003; 16(4):483-492. DOI:10.1590/S1415-52732003000400011.
31. Brasil. Ministério da saúde. *Guia alimentar para a população brasileira*. Brasília; 2014.

4.3 Caracterização do consumo de FH

Tabela 2 – Perfil de consumo de FH dos 62 usuários participantes da pesquisa

	Frutas		Hortaliças	
	n	%	n	%
Frequência de consumo				
Semanal	33	53,2	27	43,5
Diária	28	45,2	34	54,8
Quase nunca	1	1,6	1	1,6
Nunca	0	0	0	0
Adesão às recomendações de ingestão*				
Sim	26	41,9	18	29,0
Não	36	58,1	44	71,0
Percepção de que possui consumo adequado				
Sim	27	43,5	42	67,7
Não	35	56,5	20	32,3

*Consumo de 2 porções diárias de frutas e 3 porções diárias de hortaliças de acordo com as recomendações da OMS (WHO, 2004a) .

Observa-se que as FH fazem parte da rotina alimentar da população investigada, contudo, a parcela que adere à recomendação de ingestão é pequena. Existe uma discrepância dos resultados sobre adesão e percepção de consumo adequado, principalmente em relação ao consumo de hortaliças, mostrando que

muitos usuários possuem uma visão positiva sobre o seu consumo que não condiz com os padrões propostos pelas instituições técnico-científicas.

4.4 O (Des)Conhecimento sobre o consumo de FH

Princípios simples sobre o consumo de FH apareceram com frequência nos relatos dos usuários, sendo comuns enunciados do tipo: *“Tem que comer fruta todos os dias, legumes (A1E10)”, “Tem que variar (A2E1)”, “É um alimento saudável. É benéfico para saúde (A3E1)”, “Tem vitamina, tem fibra (A1E9)”, “Regulam o nosso organismo (A6E5)”, “Evita enfermidade (A2E6)”*.

É possível perceber a existência de um conhecimento básico sobre a relação entre saúde e consumo de FH, contudo, este não era um assunto totalmente elucidado para os entrevistados, ocasionando uma série de inquietações. Se por um lado, havia o reconhecimento de que as FH faziam bem à saúde, questionavam-se sobre quais seriam exatamente todos os benefícios que cada um desses alimentos poderia oferecer e como os efeitos poderiam ser potencializados, por exemplo, pela definição do preparo, momento, quantidade e combinação correta de alimentos a se seguir, como pode ser observado nas falas abaixo:

“A gente ouve muito falar sobre alimentação, sobre os riscos, sobre a saúde, sobre os benefícios, então tinha que ser assim, mais minucioso. Pra gente saber realmente, o que é importante..., uma orientação em relação à fruta adequada, porque eu acho que deve ter a fruta que você deve comer durante o dia, eu não sei se tem jeito de comer fruta a noite. A fruta que deve ser ingerida, por exemplo, durante o alimento, antes do alimento, a tarde (A6E5)”.

“Gostaria de saber que realmente as frutas e as verduras podem trazer benefícios pra gente. Quais que a gente pode comer mais, com mais frequência? As que a gente deve evitar? O modo de preparar. Por que a gente faz uma couve, mas a gente não sabe qual que é melhor? Crua? Refogada? Qual que é o benefício de você comer uma salada de verdura crua, ou uma verdura refogada, quais que são as vantagens e as desvantagens? (A6E1)”

A saúde, ao ser colocada como um dos principais orientadores das práticas alimentares, acabou favorecendo a percepção de que os conhecimentos tradicionais que possuíam eram insuficientes para a tomada de decisões. Dessa forma, o conhecimento, por exemplo, sobre como preparar a couve, um alimento típico e apreciado pela culinária mineira, não bastava mais, era preciso agregar um saber que habilitasse para um modo de preparo que permitisse a obtenção dos melhores

benefícios para a saúde. Beardsworth⁵⁶ verificou em seu estudo uma tendência de perda da capacidade para escolher, preparar, associar e avaliar os alimentos ocasionada pela erosão de competências alimentares tradicionais. As certezas tradicionais que existiam sobre a escolha da comida e da culinária estavam sendo substituídas pelo conhecimento científico especializado. Como resultado desse movimento surge a necessidade de aprender novas receitas, melhores formas de preparo para saúde e de realizar escolhas baseadas na composição e combinação de macro e micronutrientes⁵⁷.

Essa questão da composição nutricional também apareceu nos relatos dos entrevistados e vinha associada ao desejo por maior aprofundamento no assunto. O princípio de que as FH são alimentos ricos em nutrientes estava internalizado, contudo, dúvidas existiam sobre quais seriam as vitaminas presentes em cada FH, qual a função delas no organismo, como poderiam ser combinadas para obtenção dos melhores resultados para saúde, quais seriam adequadas e inadequadas a determinada situação:

“Eu não sei qual fruta que tem, se eu souber, por exemplo, que a banana prata é rica em vitamina D, você pode ter certeza que eu vou comer duas por dia, mas eu não sei (A1E1).”

“Que fruta é muito bom, né? Tem as vitaminas e tal, mas também não sei te falar detalhadamente assim pra quê não. Mas eu sei que é bom (A2E11).”

“Porque a gente come, mas a gente não sabe, vou dar um exemplo. Onde eu almoçava na minha empresa, tinha uma nutricionista, aí ela falava: “se você chupar a laranja junto com a comida não vai resolver, porque já tem o suco gástrico que faz esse trabalho todo e tal, mas é bom você chupar a laranja uma hora antes ou uma hora depois por causa do transporte da vitamina C em relação ao ferro.” Então ela foi explicando as coisas pra gente ter uma noção, porque às vezes a gente faz a alimentação, mas não faz adequadamente (A6E5).”

As inquietações se direcionavam ainda para o processo de conservação desses nutrientes, o que envolvia incertezas sobre a perda de vitaminas após a manipulação das FH ao se descascar, cortar, picar, cozinhar ou armazenar: “eu pico o abacaxi e deixo numa vasilhinha, mas eu fico: “Nossa, será que tem alguma vitamina nisso aqui? Será o que que eu to comendo aqui?” (A5E3)”.

A perda de vitaminas pode ocorrer devido a diversos fatores como forma inadequada de transporte dos alimentos; falhas durante o armazenamento, pré-

preparo e preparo; temperaturas inadequadas utilizadas durante o cozimento e grande intervalo de tempo entre o preparo e consumo⁵⁸. Segundo Rodrigues⁵⁹, formas adequadas para minimizar estas perdas envolveriam monitorar as etapas de higienização e sanitização; realizar o fatiamento próximo ao horário de servir e em pedaços maiores; realizar o cozimento, preferencialmente, a vapor, por pressão ou refogado em óleo; realizar a cocção em água com quantidade suficiente apenas para cobrir as hortaliças; monitorar o tempo e temperatura de cocção; evitar que as hortaliças permaneçam expostas às condições do ambiente por tempo prolongado, entre as etapas de preparo e consumo.

A deterioração das vitaminas também era vista como resultante do uso de técnicas de produção agrícolas e processamento de alimentos:

“As veze eu acho um absurdo a gente ir no supermercado e vê lá cenourinha, couve já tudo picado. Que ali a gente não sabe o que tem naquela alimentação, né?(A1E8)”.

“Apesar que a fruta é a melhor coisa pro organismo, mas aí você tem aquela preocupação que a fruta foi forçada a amadurecer, ela não tá no ciclo dela normal. Foi forçada, não tem as vitaminas próprias pro organismo... Porque antes as verduras tinham a safra certa. Hoje qualquer dia do mês, do ano, que você for no supermercado tem a fruta pra você comer. Então essa fruta foi modificada genética. Ela não amadureceu com o seu convívio próprio com a natureza, então você tá comendo aquilo que a gente acha que é bom pro organismo e infelizmente você não tá comendo uma coisa saudável, né? (A3E7)”.

Além da perda de vitaminas, a transformação das FH pela indústria agrícola foi vista como responsável por colocar em cheque o caráter saudável destes alimentos ao afastá-los de sua essência natural. Transformava o conhecido em desconhecido e o alimento desconhecido representa um risco em potencial⁶⁰.

De acordo com Fischler e Masson⁵⁷, as técnicas de produção agrícola e a transformação industrial dos alimentos conferem a estes um estado ambíguo e misterioso e provocam nos consumidores um sentimento de alienação, causando inquietude e desconfiança. Dessa forma, é preciso um posicionamento mais esclarecedor das instituições técnico-científicas sobre o impacto do uso de tecnologias sobre a segurança e qualidade dos alimentos produzidos.

Com relação aos produtos minimamente processados (MP) e os organismos geneticamente modificados (OGM) apontados pelos entrevistados, ainda não existe

um consenso sobre sua segurança, riscos e, em relação aos primeiros, sua capacidade de preservar características sensoriais e nutricionais⁶¹⁻⁶³. Investimentos têm sido feitos com o intuito de aprimorar as técnicas existentes para garantir maior qualidade aos MP^{61,62} e para fortalecer os critérios de avaliação de risco dos OGM⁶³. Seria importante problematizar estas questões junto à população para que possa tomar decisões mais consistentes sobre o que está comprando e sobre opções de outros produtos.

4.5 Polifonia dietética e cacofonia alimentar

Os entrevistados reconheciam que na atualidade havia inúmeras informações disponíveis sobre alimentação, seja por meio da televisão, internet, revista, jornais, amigos e familiares. Contudo, processar essa imensa quantidade de informação era uma tarefa complicada. Os usuários relatavam dificuldade em discernir o que é confiável, em memorizar as informações, em aplicá-las à sua rotina, em realizar opções diante de contradições:

“Ah, às vezes eles colocam que fazem verdadeiros milagres. A gente fica até com um pé atrás, exageram, por exemplo, eu vi, estes dias, falando que o limão é mais poderoso que uma quimioterapia. (A1E5)”

“De vez em quando você assiste uns programas de televisão que fala sobre saúde, sobre alimentação e fala que a pessoa deveria consumir pelo menos 4 bananas por dia... parece que é uma das frutas mais completa de proteção da saúde e, inclusive na internet se você jogar lá tem os benefícios que ela faz. Então a médica virou pra mim e falou assim: “quero que você come no máximo duas banana por dia. Mas aí eu já tava... Então você fica naquela: O que é que você vai fazer? (A1E3)”

“Você tem que fala na televisão, igualzinho ontem foi sobre o potássio, falou lá, botou aquelas frutas, mas a memória da gente é curta, daqui a dois dias você já esqueceu qual alimento é rico em potássio. Então, o que seria o ideal, a gente ter uma lista, por exemplo, eu já tentei olhar na internet, é difícil, você tem ficar... por rica em potássio e tal, aí vem tanta letra que você tem até preguiça, então tipo assim se tivesse jeito de esquematizar fácil pra gente, era até melhor pra gente se alimentar. (A1E1)”

“É o que a gente escuta, né? Na televisão é isso: comer bem, comer bem. Eu fico pensando: “Comer bem, como que eu vou comer bem? O que que é comer bem? Qual que é a comida?”. Hoje mesmo eu tava vendo de manhã sobre as

farinhas...o que que é bom pra uma coisa, o que que é bom pra outra? Mas às vezes a gente esquece, a gente não tem a tabela (prescrição nutricional) certa (A6E7)”

Ao mesmo tempo em que acessavam muita informação, essas informações nem sempre se transformavam em conhecimento, integrando-se ao seu repertório e sendo utilizadas como balizadoras de suas práticas alimentares. Situação que gerava sentimento de desconfiança, incompetência para selecionar os alimentos e necessidade de orientação especializada, como pode ser observado nas falas reproduzidas acima.

Fischler⁶⁰ assinala que nas sociedades modernas existe uma verdadeira polifonia dietética, ou seja, uma multiplicidade de discursos que se interagem e se confrontam e que essa hiperinformação provoca uma cacofonia alimentar, caracterizada por um conjunto de informações confusas e conflituosas. Um estudo multicêntrico desenvolvido por Fischler e Masson⁵⁷ identificou que quanto mais se admite o acesso à informação, menos se acredita ser fácil comer de modo saudável, pois a informação, apesar de ser facilmente encontrada, não é tão fácil assim de ser explorada no cotidiano, ou mesmo aplicável e útil na prática. Verificaram ainda que nos países em que se afirma que é fácil ter uma alimentação saudável, não é na informação disponível que os indivíduos se baseiam, mas nas tradições, que surgem como o melhor meio para atingir esse objetivo.

Beardsworth⁵⁶ ressalta a existência de um movimento de desaprendizagem nutricional que determina o abandono da tradição e o desenvolvimento de uma dependência do saber teórico gerado e controlado por especialistas, conhecimento que só pode ser parcial e imperfeitamente compreendido pelo consumidor médio. Segundo o autor, aqueles que comem de forma reflexiva, guiados pelo conhecimento técnico nunca estão numa posição confortável e confiante a respeito da alimentação, pois sua vigilância deve ser constante, já que o conhecimento nutricional/científico é sempre provisório, sujeito a controvérsias, mudanças e revisões periódicas.

Para os usuários entrevistados, a dificuldade em lidar com as informações e a perda de competências alimentares colocou o nutricionista na posição de principal responsável por auxiliar no reencontro com normas claras que orientassem o seu consumo. Os usuários buscavam uma nova fórmula, não mais coletiva, mas uma prescrição profissional individualizada:

“A gente tem uma nutricionista, eu tenho, meu pai tem, a minha mãe tem, e cada uma passa uma tabela, as tabelas alimentícias que falam sobre isso e ela monta o cardápio pra gente, aí o que que a gente tem que comer, o que que não tem. (A2E5)”

“Quando eu adoeci a nutricionista me acompanhou um ano, né? Me explicando o que que era pra mim comer pra não engordar, então ela tirou o arroz, uma colherzinha de arroz o mais é verdura, salada essas coisa assim. (A2E3)”

“Que eu entrei o ano passado (na Academia), eu fiquei uns 6 meses, ela (nutricionista) falava muito da alimentação, mas assim eu nunca tive uma tabela (prescrição nutricional). Agora eu entrei de novo. (A6E7)” .

A dependência do especialista aumenta, pois a informação genérica interessa menos, existindo uma valorização do atendimento nutricional individual em detrimento ao coletivo. Dessa forma, as atividades coletivas ofertadas nos polos do Programa Academia da Saúde eram vistas, muitas vezes, como secundárias, momentos que poderiam ser aproveitados para não comparecer às aulas: “Os dias das palestras aí eu quase não vim, pra falar a verdade. Porque normalmente tem uns dias que a gente tem que faltar, né? (A4E3)”.

Fischler e Masson⁵⁷ fazem uma crítica a essa nutrição personalizada a qual denominam de utópica. Em seus estudos verificaram entre os americanos a necessidade de personalização extrema da alimentação e apontam que essa é a tendência atual quer seja no mercado ou nas políticas de saúde pública. Contudo, ressaltam que muitos conselhos personalizados fracassam em termos de adesão, visto que o comportamento alimentar não é determinado apenas biologicamente, mas também social e culturalmente. Dessa forma, as influências sociais, culturais e ambientais sobre as práticas alimentares precisariam ser enfrentadas em toda complexidade de seus elementos e de suas interações, sendo necessário reinventar as políticas públicas em matéria de nutrição e alimentação. Fischler e Masson⁵⁷ sugerem que:

“Mais do que incitar cada um à reforma individual da alimentação, é preciso conceber uma política de proteção e de modernização das características positivas dos costumes alimentares em sua dimensão social, cultivar atitudes positivas perante alimentos e refeições, incluindo não somente as características nutricionais dos produtos, mas suas virtudes gustativas e culinárias em um contexto comensal; formar consumidores esclarecidos

capazes de pressionar os produtores, de mostrar-lhes que oportunidades existem para uma oferta nova, respeitosa do meio ambiente, saúde e prazer.
(Página 139)

6 Considerações Finais

As frutas e hortaliças são alimentos que fazem parte da rotina de consumo da população investigada, contudo, a parcela que adere à recomendação de ingestão é pequena. Contribuem para essa situação uma série de fatores como: comércio inadequado, baixo poder aquisitivo, preço, carência de políticas públicas, desgostar, falta de tempo, preguiça, desconhecimento sobre quantidades recomendadas para ingestão, fruta ser considerada apenas como uma alternativa alimentar, não realizar o jantar. Estas barreiras se inter-relacionam e produzem um efeito cumulativo negativo sobre a disponibilidade domiciliar, a quantidade e variedade de FH consumidas.

A construção de sentido para o consumo de FH se deu principalmente pela incorporação do discurso medicalizador da alimentação e pela capacidade de satisfazer o paladar, contribuindo ainda aspectos como a criação familiar, a constituição das relações familiares e a origem rural ou interiorana. Fatores econômicos e ambientais capazes de estimular o consumo envolveram a melhoria da situação financeira, a redução dos preços, comércio com maior conveniência e o cultivo para consumo próprio.

A relação entre saúde e ingestão de FH, a despeito de ser colocada como um dos principais motivadores do consumo, não se mostrou um assunto totalmente elucidado para os entrevistados. Questionamentos existiam sobre os benefícios deste grupo de alimentos e como seria possível potencializá-los; sobre a composição nutricional, sua combinação e preservação; e sobre os efeitos de novas técnicas de produção agrícola sobre a qualidade dos alimentos produzidos. Dessa forma, surge a necessidade de aprofundamento dos saberes por meio de um conhecimento especializado nem sempre acessível e mutante. A dificuldade em lidar com essas informações gera um sentimento de desconfiança, incompetência para selecionar os alimentos e necessidade de orientação especializada individual. Espera-se que o nutricionista assuma o papel de resgatar regras claras que orientem o consumo ao estabelecer fórmulas individualizadas, havendo uma desvalorização de atividades coletivas de educação alimentar e nutricional.

Diante destes resultados, algumas sugestões para auxiliar o desenvolvimento de práticas educativas e de promoção de saúde podem ser estabelecidas:

- Estímulo à construção de sentidos para o consumo de FH que não se restrinjam ao discurso saúde-doença por meio da valorização das características positivas dos costumes alimentares e da elaboração de

associações afetivas positivas. Para a população investigada esse processo poderia ser iniciado pelo resgate da cultura rural/interiorana, o que poderia encorajar práticas de cultivo e permitir o reencontro com sabores e lembranças capazes de ampliar o consumo de FH para além de modelos racionais;

- Problematização de questões sobre o consumo de FH que geram inquietações, desconfianças e insegurança por meio da utilização de metodologias educativas dialógicas que valorizam o encontro de diferentes saberes. Assuntos a serem explorados envolveriam os benefícios para a saúde do consumo de FH, formas de preparo, composição nutricional, perda e conservação de nutrientes, impacto do uso de tecnologias de produção e processamento sobre a segurança e qualidade dos alimentos, políticas públicas de incentivo ao consumo de FH, limites e transformações do conhecimento científico, fontes de informação confiáveis;
- Estabelecimento de canais de fontes confiáveis para suporte a possíveis dúvidas e questionamentos. Nesse sentido, é importante o fortalecimento do Programa Academia da Saúde para exercer esse papel;
- Ampliação de habilidades culinárias para o preparo de receitas que incluam FH que sejam baratas, práticas e palatáveis;
- Qualificação do comércio local por meio de capacitação dos comerciantes sobre boas práticas de comercialização, marketing, gestão de negócios e quesitos de satisfação do cliente;
- Ampliação do acesso às FH por meio do desenvolvimento ou fortalecimento de iniciativas públicas que permitam menores preços e controle de qualidade dos alimentos; do investimento em tecnologias que tornem a higienização, armazenamento, conservação, preparo e transporte de FH mais práticos, a um custo razoável; da expansão das feiras-livres e do programa ABasteCer de modo que permita convergência geográfica de equipamentos de saúde, como o Programa Academia da Saúde, sobretudo em territórios mais vulneráveis socialmente.

6 Anexos

6.1 Anexo A – Roteiro da entrevista semiestruturada

1) Práticas alimentares na família

1.1) Como é a sua família?

1.2) Como são as refeições principais da sua família? Vamos começar pelo café da manhã, como é o café da manhã na sua família? E o almoço? E o jantar?

1.3) Me conte agora como são os lanches.

1.4) Qual sua opinião sobre a alimentação de sua família?

1.5) O que te preocupa em relação à alimentação de sua família?

1.6) Quais alimentos não podem faltar no cardápio de sua família? Por quê?

1.7) O que sua família gosta de comer?

1.8) O que sua família não gosta de comer?

2) Consumo de frutas, verduras e legumes

2.1) O que vocêalaria de bom sobre as frutas? E sobre as verduras e legumes?

2.2) O que você consideraria como um defeito ou um inconveniente das frutas? E das verduras e legumes?

2.3) Por qual motivo sua família come frutas? E verduras e legumes?

2.4) Como é o consumo de frutas pela sua família? E de verduras e legumes?

2.5) Você acha que sua família tem um consumo saudável de frutas, verduras e legumes? Por que?

2.6)) O que você gostaria de mudar no consumo de frutas, verduras e legumes por sua família?

2.7) O que poderia ser feito para que essas mudanças acontecessem?

2.8) O que torna difícil o consumo de frutas, verduras e legumes pela sua família?

2.9) O consumo de frutas, verduras e legumes mudou ao longo de sua vida? Quais mudanças têm ocorrido? O que provocou estas mudanças?

2.10) O consumo pela sua família vem mudando ao longo do tempo? Quais mudanças têm ocorrido? O que provocou estas mudanças?

2.11) O que você acha da recomendação de comer 5 porções de frutas, verduras e legumes por dia?

3) Aquisição de frutas, verduras e legumes

- 3.1) Onde suas famílias adquirem frutas, verduras e legumes?
 - 3.2) O que vocês levam em consideração na hora de escolher as frutas, verduras e legumes que compram?
 - 3.3) O que levam em consideração na hora de escolher o local da compra?
 - 3.4) O que vocês acham dos comércios de frutas, verduras e legumes do seu bairro?
- 4) Existe algo que não foi perguntado e que você considera importante falar

7.2 Anexo B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Caro participante,

De acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e conforme requisito do Comitê de Ética em Pesquisa, me apresento a você e venho convidar-lhe a participar da pesquisa “Consumo de Frutas e Hortaliças em Serviços de Promoção da Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: Determinação dos Fatores Associados e Desenvolvimento de Intervenções Nutricionais”.

A pesquisa tem como objetivo conhecer os fatores individuais, familiares e comunitários associados ao consumo de frutas e hortaliças nas áreas das Academias da Cidade de Belo Horizonte, de forma a desenvolver intervenções específicas de promoção do consumo adequado destes alimentos.

Para este estudo serão realizadas algumas medidas corporais, tais como peso, altura e circunferências, além da realização do exame de composição corporal objetivando avaliar seu percentual de gordura corporal, sendo que poderá ocorrer um desconforto leve, mas sem risco significativo à sua saúde. Serão também perguntadas questões sobre sua saúde e consumo alimentar, além da prática de atividade física. A entrevista é completamente segura, contudo, será gravada, o que poderá lhe causar um desconforto inicial, sendo comum o seu desaparecimento no desenrolar da conversa.

A pesquisa irá proporcionar a você e sua família informações sobre como se alimentar adequadamente, sobretudo quanto ao consumo de frutas e hortaliças, visando a prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida. Ressalto que você terá a garantia de receber resposta a qualquer dúvida sobre a pesquisa.

Você tem liberdade em não participar da pesquisa e isso não lhe trará nenhum prejuízo. Além disso, você não terá nenhuma despesa e nenhum benefício financeiro.

Comprometo-me a manter confidenciais as informações fornecidas por você e não identificar seu nome em nenhum momento, protegendo-o de eventuais questões éticas que possam surgir.

Se houver alguma informação que deseje receber, o telefone de contato é (0xx31 – 3409-9179 e 0xx31 - 34099806)

Desde já agradeço sua atenção e colaboração.

Acredito ter sido informado a respeito do que li ou do que foi lido para mim sobre a pesquisa “Consumo de Frutas e Hortaliças em Serviços de Promoção da Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: Determinação dos Fatores Associados e Desenvolvimento de Intervenções Nutricionais”. Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, e quais medidas serão coletadas, seus riscos e desconfortos. Declaro ciente que todas as informações são confidenciais e que eu tenho a garantia de esclarecimento de qualquer dúvida. Sei que a minha participação não terá despesas, nem remuneração e que estão preservados os meus direitos. Assim, concordo voluntariamente e consinto na minha participação no estudo, sendo que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem quaisquer prejuízos.

Nome: _____

Assinatura _____

Data: ___/___/_____

Declaro que obtive de forma voluntária o **Consentimento Livre e Esclarecido** para participação neste estudo.

Coordenadora da Pesquisa (Telefone: 34099179)

Coordenadora do projeto: Profa. Dra. Aline Cristine Souza Lopes
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Curso de Nutrição - Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
Av. Alfredo Balena, 190 – 4º. Andar – Sala 420 - Bairro Santa Efigênia
CEP 30130-100 – (31) 3409-9179 – Belo Horizonte – MG

COEP UFMG

Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – Sala 2005

Cep: 31270-901 – BH – MG

Telefax: (31) 34094592 – e-mail: coep@prpq.ufmg.br

7 Referências

1. Jaime PC, Figueiredo ICR, Moural EC, Malta DC. Fatores associados ao consumo de frutas e hortaliças no Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009, 43(Supl.2):57-64.
2. World Health Organization. *The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, WHO, 2002.
3. World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva, WHO; 2011.
4. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil*. Rio de Janeiro; 2010.
5. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília; 2014.
6. Figueiredo ICR, Jaime PC, Monteiro CA. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(5):777-85.
7. Neutzling MB, Rombaldi AJ, Azevedo MR, Hallal PC. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de uma cidade do sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(11):2365-74.
8. Campos VC, Bastos JL, Gauche H, Boing AF, Assis MAA. Fatores associados ao consumo adequado de frutas, legumes e verduras em adultos de Florianópolis. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(2):352-62.
9. Mondini L, Moraes AS, Freitas ICM, Gimeno SGA. Consumo de frutas e hortaliças por adultos em Ribeirão Preto, SP. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(4):686-94.
10. World Health Organization - WHO. *Fruit and Vegetables for Health. Report of a Joint FAO/WHO Workshop 1-3 September 2004*. Japan: WHO, 2004.
11. Lourenzani AEBS, Silva AL. Um Estudo da Competitividade dos diferentes canais de distribuição de hortaliças. *Gestão & Produção*. 2004;11(3):385-398.
12. Tofanelli MBD, Fernandes MS, Carrijo NS, Filho OBM. Mercado de hortifrutícolas frescas no município de Mineiros-GO. *Pesquisa Agropecuária Tropical*. 2008;38(3):201-207.

13. Andreuccetti C, Ferreira MD, Tavares M. Perfil dos compradores de tomate de mesa em supermercados da região de Campinas. *Hortic Bras.* 2005;23(1):148-53.
14. Perosa JMY, tarsitano MA, Martins MEG, Pigatto G. Perfil do consumidor de frutas em cidades do interior do Estado de São Paulo-SP. *Rev. Bras. Frutic.* 2012;34(4):1084-1090.
15. Rangel SB, fagundes GR, falcão TCC, Mendes RS, Yamanish OK. Perfil do mercado varejista e consumidor de mamão dos grupos 'solo' e 'formosa' do Distrito federal-DF. *Rev. Bras. Frutic.* 2003;25(1):85-88.
16. Rombaldi CV, Tibola CS, Fachinello JC, Adolfo Silva, J. Percepção de consumidores do Rio Grande do Sul em relação a quesitos de qualidade em frutas. *Rev. Bras. Frutic.* 2007;29(3):681-684.
17. Souza RS, Arbagel AP, Neumann PS, Froehlich JM, Diese V, Silveira PR et al. Comportamento de compra dos consumidores de frutas, legumes e verduras na região central do Rio Grande do Sul. *Ciênc Rural.* 2008;38(2):511-7.
18. Souza Neta ML, Silva RT, Souza AAT, Pamplona JP, Oliveira FA, Oliveira MKT. Perfil dos consumidores de hortaliças do município de Apodi-RN. *Rev ACSA.* 2013;9(1):50-6.
19. Claro RM, Monteiro CA. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(6):1014-20.
20. Arnaiz MG. Em direção a uma Nova Ordem Alimentar? In: Canesqui NA, Garcia RWD organizadores. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 147-164.
21. Alves HJ, Boog MCF. Representações sobre o consumo de frutas, verduras e legumes entre fruticultores de zona rural. *Rev Nutr.* 2008;21(6):705-15.
22. Gough B, Conner MT. Barriers to healthy eating amongst men: A qualitative analysis. *Soc Sci Med.* 2006;62(2):387-95.
23. Lucan SC, Barg FK, Long JA. Promoters and Barriers to Fruit, Vegetable, and Fast-Food Consumption Among Urban, Low-Income African Americans — A Qualitative Approach. *American Journal of Public Health* 2010; 100(4):631-635.
24. Rolnick SJ, Calvi J, Heimendinger J, McClure JB, Kelley M, Johnson C, Alexander GL. Focus groups inform a web-based program to increase fruit and vegetable intake. *Patient Education and Counseling.* 2009;77:314–318.

25. Toral N, Conti MA, Slater B. A alimentação saudável na ótica dos adolescentes: percepções e barreiras à sua implementação e características esperadas em materiais educativos. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(11):2386-94.
26. Morland K, Wing S, Roux AD, Poole C. Neighborhood characteristics associated with the location of food stores and food service places. *American Journal of Preventive Medicine*. 2002;22(1):23-29.
27. Giskes K, Van Lenthe F, Avendano-Pabon M, Brug J. A systematic review of environmental factors and obesogenic dietary intakes among adults: are we getting closer to understanding obesogenic environments? *Obesity reviews*. 2011;12:95-106.
28. Moore LV, Roux AVD. Associations of Neighborhood Characteristics With the Location and Type of Food Stores. *American Journal of Public Health*. 2006;96(2):325-331, 2006.
29. Gedrich K. Determinants of nutritional behavior: a multitude of levers for successful intervention? *Appetite*. 2003;41(3):231-8.
30. Furst T, Connors M, Bissogni CA, Sobal J, Falk LW. Food choice: a conceptual model of the process. *Appetite*. 1996;26(3):247-66.
31. Romanelli G. Os significados da alimentação na família: uma visão antropológica. *Medicina*. 2006;39(3):333-9.
32. Canesqui NA, Garcia RWD. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: ed. FIOCRUZ, 2005. p. 167-210.
33. Braga V. *Cultura Alimentar: contribuições da antropologia da alimentação*. *Saúde Revista*. 2004;6(13):37-44.
34. Garcia RWD. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Revista de Nutrição* 2003; 16(4):483-492.
35. Voorpostel CR. *Percepções de professores e funcionários de escola rural sobre a alimentação*. Dissertação. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.
36. Gomes FS. Frutas, legumes e verduras: recomendações técnicas versus constructos sociais. *Rev. Nutr.* 2007;20(6):669-680.
37. Zaluar AA. *A máquina e a revolta*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
38. Pollard J, Greenwood D, Kirk S, Cade J. Motivations for fruit and vegetable consumption in the UK Women's Cohort Study. *Public Health Nutrition* 2002; 5(3):479-486.

39. World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva, WHO, 2004.
40. Brasil. Ministério da Saúde. A Iniciativa de Incentivo ao consumo de Frutas, Verduras e Legumes (F, L & V): uma estratégia para abordagem intersetorial no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA – Brasil). Brasília; 2005.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. Brasília; 2011.
42. Dias MAS, Giatti L, Guimarães VR, Amorim MA, Rodrigues CS, Lansky S et al. Projeto promoção de modos de vida saudáveis. Pensar BH Política Social. 2006;16(3):21-4.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2013; 7 nov.
44. Lima NA. Fatores associados ao excesso de peso entre os usuários do Serviço de Promoção à Saúde: Academia da Cidade do Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte, Minas Gerais [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.
45. Costa BVL, Mendonça RD, Santos LC, Peixoto SV, Alves M, Lopes ACS. Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(1):95-102.
46. Minayo MCS. O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008
47. Guimarães VR. O programa Academia da Cidade de Belo Horizonte. In: Teixeira MG, Rates SMM, Ferreira JM. O coletivo de uma construção. O Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Ronda editora, 2012.
48. Belo Horizonte. Prefeitura de Belo Horizonte. Academia da Cidade: saúde e equilíbrio mais próximo do cidadão. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=16466&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0>. Acesso em: 15 Jun 2013.

49. Belo Horizonte. Secretaria adjunta de segurança alimentar e nutricional. *Programa ABasteCer*. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/>. Acesso em: 10 set 2014.
50. Maman S, Abler L, Parker L, Lane T, Chirowodza A, Ntogwisangu J et al. A comparison of HIV stigma and discrimination in five international sites: The influence of care and treatment resources in high prevalence settings. *Social Science & Medicine* 2009;68(12):2271–2278.
51. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.
52. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA; 2009.
53. Lage MC. Utilização do software NVivo em pesquisa qualitativa: uma experiência em EaD. *ETD – Educ. Tem. Dig.* 2011;12:198-226.
54. Gibbs G. *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
55. GIBBS, G.R. Using CAQDAS Programs. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. *SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis*. Sage, London, UK, 2009.
56. Beardsworth A. Nostalgia e erosão das competências alimentares: a experiência dos britânicos. In: Fischler C, Masson E. *Comer. A alimentação de franceses, outros europeus e americanos*. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2010.
57. Fischler C, Masson E. *Comer. A alimentação de franceses, outros europeus e americanos*. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2010.
58. Moraes FA, Cota AM, Campos FM, Pinheiro Santana HM. Perdas de vitamina C em hortaliças durante o armazenamento, preparo e distribuição em restaurantes. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15(1):51-62.
59. Rodrigues CMA. *Avaliação e controle de perdas de vitamina C em hortaliças preparadas em restaurante institucional e comercial [dissertação]*. Viçosa (MG): Universidade Federal de Viçosa; 2005.
60. Fischler C. *El (h)ominívoro: el gusto, la cocina y el cuerpo*. Barcelona: Editorial Anagrama; 1995
61. Degiovanni GC, Japur CC, Sanches APLM, Mattos CHPS, Martins LS, Reis CV, Vieira MNCM. Hortaliças in natura ou minimamente processadas em unidades de alimentação e nutrição: quais aspectos devem ser considerados na sua aquisição?. *Rev. Nutr.* 2010;23(5):813-822.
62. Santos, JS; Oliveira MBPP. Alimentos frescos minimamente processados embalados em atmosfera modificada. *Braz. J. Food Technol.*, Campinas, v. 15, n. 1, p. 1-14, jan./mar. 2012

63. Costa TEMM, Dia APM, Scheidegger EMD, Marin VA. Avaliação de risco dos organismos geneticamente modificados. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(1):327-336.