



Consumo de doces e sua associação com variáveis individuais, socioeconômicas e alimentares no município de Mâncio Lima, Acre

Paloma Átalla Alcântara de Souza¹, Rayanne Alves de Arruda¹, Antonio Camargo Martins¹, Wagner Werner Klein¹, Ana Caroline Santana dos Santos¹, Alanderson Alves Ramalho², Mônica da Silva-Nunes^{3*}.

¹Discente do Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil, ²Docente do Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre e do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil; ³Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil, e docente do Curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil. *monicamamtra@gmail.com

Recebido em: 12/04/2021

Aceito em: 29/11/2021

Publicado em: 30/12/2021

RESUMO

Uma alimentação equilibrada é um pilar fundamental para a prevenção de doenças, sobretudo as doenças crônicas não transmissíveis. Por isso, as recomendações, tanto da OMS, quanto do Ministério da Saúde, preconizam que uma dieta saudável deve ter o teor de açúcar reduzido. Ainda assim, observa-se uma tendência mundial contrária a essas recomendações, marcada pelo aumento do consumo de produtos doces com adição de açúcares. No entanto, não há muitos estudos em região amazônica que indiquem os fatores associado ao maior consumo de doces. Este estudo objetiva descrever o consumo de doces no município de Mâncio Lima, no estado do Acre e descrever as variáveis individuais, domiciliares, socioeconômicas e alimentares relacionadas a esse consumo. Entre janeiro e fevereiro de 2012, 820 pessoas foram entrevistadas, sendo elas moradoras do perímetro urbano de Mâncio Lima, com mais de 17 anos de idade. Os resultados mostraram que o consumo de doces é influenciado por aspectos socioeconômicos e culturais, tal qual sexo ($p < 0,001$), idade ($p < 0,001$) e renda ($p = 0,004$). Também houve associação com o consumo mais frequente de frutas, o que parece ser uma particularidade da alimentação local devido a várias práticas extrativistas e produção da agricultura familiar.

Palavras-chave: Alimentação. Doce. Saúde.

Sugar consumption and its association with individual, socioeconomic and food variables in the municipality of Mâncio Lima, Acre

ABSTRACT

A balanced diet is essential for preventing diseases, especially when it comes to chronic comorbidities. Therefore, both World Health Organization (WHO) and Ministério da Saúde (MS) certify that a healthy diet must have a reduced sugar content. However, what is observed worldwide is a trend contrary to these recommendations: there is an increase in the consumption of sweet products with added sugars. Despite the relevance of this topic, there is a lack of studies about sugar consumption – especially in Amazon region. This study aims to describe the consumption of sweets in the municipality of Mâncio Lima, in the

state of Acre, and evaluate which are the individual, household, socioeconomic and food variables related to that consumption. 820 individuals living in the urban area of Mâncio Lima, over the age of 17 years, were interviewed between January and February 2012. The results showed that the sugar consumption is influenced by socioeconomic and cultural aspects, such as sex ($p < 0,001$), age ($p < 0,001$) and income ($p = 0,004$). There was also association with more frequent consumption of fruit, which seems to be a particular feature of local eating due to the practices of extractivism and harvesting from family farming.
Keywords: Food. Sugar. Health.

INTRODUÇÃO

Expressivas modificações no consumo alimentar foram notadas em todo o mundo, nas últimas décadas. Pode-se atribuir essas modificações, entre outras coisas, às alterações socioeconômicas e demográficas – a exemplo, a urbanização, a composição de famílias e o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho (COELHO et al., 2010). No Brasil, o açúcar consumido na forma de produtos industrializados vem aumentando substancialmente, uma demonstração disso é o aumento (em 35%) do consumo de refrigerantes no Norte do país entre os anos de 2002 e 2008 (SOUZA et al., 2014). Compreendendo que um padrão alimentar que conta com uma expressiva adição de açúcar é uma das causas centrais do aumento nas taxas de obesidade e doenças crônicas, a OMS recomenda uma ingestão reduzida de açúcares livres ao longo da vida. A indicação é que se reduza a ingestão de açúcares livres para menos de 10% da ingestão total de energia, enquanto os açúcares de adição não devem passar de 5% desse valor energético total (WHO, 2015).

Contrariamente às recomendações da OMS, observa-se que a ingestão de açúcares no Brasil é elevada – principalmente, entre os adolescentes (IBGE, 2008, 2009, VIGITEL, 2011), sendo este fator um determinante direto do aumento da obesidade que se tem observado nesta faixa etária. Sabe-se que no organismo humano, os açúcares são convertidos em energia por meio de reações que podem levar à depleção de vitaminas, além de favorecer o desenvolvimento de outros agravos à saúde – como carências nutricionais, ganho de peso, cárie dentária, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, síndrome metabólica e doença hepática gordurosa não alcoólica (BRAZ et al., 2019). Ao abordar a obesidade em crianças e adolescentes, além de considerar que estes são adultos obesos em potencial, deve-se notar que há uma associação entre essa morbidade nessa faixa etária e o aparecimento precoce de doenças cardiovasculares, Diabetes Mellitus tipo 2, problemas psicológicos, além do comprometimento da postura e alterações no aparelho locomotor (CLARO et al., 2013).

Uma dieta equilibrada, associada a outros hábitos de vida saudáveis, é um pilar fundamental na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (MARCONDELLI et al., 2008). Corroborando essa hipótese, há estudos que correlacionam o comportamento alimentar ao sobrepeso e obesidade, que são, por sua vez um dos principais fatores de risco para as DCNT (ALVES et al., 2007, BIAGIO et al., 2020). No Brasil, as DCNT, em 2007, foram responsáveis por 72% do total de mortes, sendo diabetes o terceiro colocado neste ranking (MS, 2014). Ao lançar um olhar atento ao norte do Brasil, constata-se que a capital acreana, Rio Branco, é a segunda capital do país com maior percentual de mulheres obesas, ficando atrás apenas do Rio de Janeiro, além de ser a segunda cidade do país com maior percentual de excesso de peso entre o público masculino (VIGITEL, 2011).

Sabe-se que os produtos ultraprocessados, cada vez mais frequentes nas refeições do brasileiro, são, em sua maioria, conservados em sal, açúcar ou óleo – contendo pouco ou nenhum alimento integral (MARTINS et al., 2013). Devido a facilidade de consumo somada às agressivas estratégias de marketing, os indivíduos vêm se alimentando de produtos prontos industrializados (tais como guloseimas doces e outros produtos com adição de açúcares), cujo valor nutricional é mínimo – ingerindo, por sua vez, maior teor de açúcar livre, sódio e gorduras totais e saturadas em detrimento de proteínas e fibras *in natura*. Preocupantemente, a Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2008-2009 mostrou que os alimentos ultraprocessados representavam 21,5% da ingestão calórica diária dos brasileiros.

Cabe ressaltar, portanto, que as recomendações do Ministério da Saúde para a população brasileira preconizam que uma dieta saudável deve ter o teor reduzido de açúcar, sódio e gorduras saturadas oriundos de alimentos industrializados, além de conter, pelo menos, 400g (5 porções) de frutas, verduras e legumes diariamente (WHO, 2015). De modo oposto ao recomendado, a população brasileira tem tido uma alimentação baseada em adição de açúcares e adoçantes artificiais, contribuindo para o cenário nacional que conta com o aumento de 67,8% de número de pessoas obesas entre 2006 e 2018 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Por isso, os guias alimentares, no Brasil, têm um papel estratégico na garantia da saúde e nutrição da população (BORTOLINI et al., 2019), estimulando uma alimentação saudável.

Por essas razões o estudo do consumo de doces e ingestão de açúcares é importante para que sejam identificados os fatores associados a esse hábito e, assim, se

especifique medidas de saúde pública direcionadas à redução da quantidade de açúcares na dieta. O consumo de açúcares tem sido investigado no Brasil e em outros países (ZANINI et al., 2013), no entanto, não foram identificados trabalhos sobre os hábitos de consumo de doces na região amazônica brasileira, sobretudo no município de Mâncio Lima, cidade localizada no interior do estado do Acre. Assim, o objetivo desta investigação foi analisar a prevalência e os fatores associados ao consumo regular de doces no Município de Mâncio Lima, estado do Acre.

METODOLOGIA

Área de estudo

Este estudo foi realizado em Mâncio Lima, Acre, na Amazônia ocidental brasileira. Mâncio Lima possui 5.453 km² de área e possui 16.795 habitantes em áreas urbanas (57,3%), rurais ou ribeirinhas (37,9%) e indígenas (4,8%) em 2010 (IBGE). Localiza-se a 38 km de Cruzeiro do Sul e 650 km a noroeste de Rio Branco. Faz fronteira com o município de Cruzeiro do Sul e Rodrigues Alves para o leste, o estado do Amazonas, ao norte e ao oeste do Peru. Mâncio Lima é uma região equatorial cercada por palmeiras e florestas tropicais. O período de chuvas vai de novembro a abril e tem uma precipitação anual de 1.600 a 2.750 mm. Sua temperatura anual varia entre 20 °C e 32 °C. A umidade relativa anual é de 80 a 90%.

Em 2010, o índice de desenvolvimento humano foi de 0,625, sendo o segundo quartil mais baixo entre os 5565 municípios brasileiros analisados, indicando baixa qualidade de vida e desenvolvimento econômico. As principais fontes de rendimento da economia são a pecuária, pesca e produção e venda de produtos de banana e mandioca.

População e amostragem

Se trata de uma amostragem feita por escolha aleatória de 20% dos domicílios estratificados por bairro/localidade. A partir dos cadastros pré-existentes nas Unidades de Saúde da referida área urbana, foi feita a contagem e identificação dos domicílios. Com isso, 360 domicílios foram selecionados aleatoriamente para a entrevista. No total, 1.555 habitantes foram recrutados na amostra - desses, apenas 867 tinham mais de 17 anos de idade. Todos os moradores dos domicílios sorteados que tivessem 17 anos ou mais de idade, foram convidados a participar do estudo. Entre os habitantes convidados, 43 se recusaram a participar da pesquisa e 4 não completaram a entrevista. Visto isso,

820 (94,5%) pessoas foram entrevistadas, sendo estas pessoas pertencentes a 356 domicílios (98,89%). Os dados utilizados neste estudo foram coletados em janeiro e fevereiro de 2012.

Coleta de dados

Foram coletadas variáveis individuais, socioeconômicas e sobre consumo alimentar. As variáveis individuais coletadas foram: sexo; idade; raça; escolaridade; tabagismo; consumo de bebida alcoólica; histórico de moradia em área rural; ocupação; consumo habitual de alimentos; e diagnóstico prévio de diabetes, pressão alta, desnutrição e obesidade. O questionário socioeconômico, por sua vez, explora variáveis que dizem respeito às características físicas referentes aos domicílios e aos ambientes peridomiciliares dos entrevistados - tal qual, saneamento, presença, ou não, de energia elétrica e oferta de água potável. Além disso, explorou-se formas de renda e presença de bens de consumo. Coletou-se, também, informações acerca da produção e consumo de alimentos familiar e individual.

Não raro, renda e escolaridade são parâmetros utilizados para definir a condição socioeconômica das famílias. No entanto, existe uma dificuldade em coletar valores confiáveis de renda familiar. Associado a isso, cabe ressaltar que a vulnerabilidade socioeconômica também se expressa por meio da posse de bens. Afinal, a pobreza se evidencia quando parte da população não é capaz de gerar renda suficiente para ter acesso sustentável aos recursos básicos que garantam uma qualidade de vida digna (GOMES et al., 2005). Por isso, considera-se que a análise da posse de bens de consumo é essencial para identificar a real vulnerabilidade socioeconômica das famílias.

Construção do índice socioeconômico

Um índice socioeconômico foi construído com base na presença de bens de consumo e utilidades domésticas no domicílio em questão, a fim de estimar a renda familiar dos entrevistados. Para a composição inicial do índice, foram selecionadas 25 variáveis: televisão, aparelho de som, DVD player, fogão a gás, geladeira, máquina de lavar roupas, telefone fixo, liquidificador, bicicleta, ferro elétrico, carro, sofá, antena parabólica, telefone celular, motocicleta, poço de água sem bomba, poço de água com bomba, canoa, gerador de energia, computador, micro-ondas, motosserra, colchão, cama e rede. Com base nestes itens, calculou-se a média ponderada de cada variável para cada

domicílio. A análise de componentes principais foi realizada do software XLSTAT versão 7.5.2, com parâmetros Covariance (n-1) e *Correlation biplot / Coefficient = n*.

Dois critérios de exclusão foram comparados: Kaiser (1960) e Jolliffe (1972). O primeiro preconiza manter os componentes principais com variância maior que 1, enquanto o segundo preconiza excluir as variáveis com variância menor que 0,7. Em relação às variáveis de consumo alimentar, o critério de Jolliffe (1972) se mostrou mais adequado, sendo, portanto, utilizado neste estudo.

Dessa forma, obteve-se uma estimativa do índice de riqueza. Para melhor análise, este índice foi dividido em quartis, sendo o 1º quartil correspondente aos 25% mais pobres, e o 4º quartil correspondente aos 25% mais ricos da população de estudo.

Análise estatística

Os dados foram digitados no programa estatístico *SPSS 20.0* Foram calculadas as frequências relativas e absolutas, que viabilizaram a análise descritiva das variáveis categóricas. Para a análise das variáveis contínuas, por sua vez, foram calculadas a tendência central, bem como as medidas de dispersão. Utilizou-se os testes *t* de Student para comparar as médias e o teste do qui-quadrado para a comparação das proporções, considerando-se como nível crítico $\alpha = 0,05$.

As regressões logísticas foram realizadas por meio do software *R*, versão 3.3. Para avaliar a associação entre os desfechos estudados e as variáveis independentes, foi feita uma regressão logística simples não condicional. As variáveis que apresentaram valor de P inferior a 0,20 foram inseridas no modelo múltiplo – pelo método *Stepwise*. Neste modelo, as variáveis com valor de P inferiores a 0,05 ou que modificaram em mais de 10% o ajuste geral, permaneceram. A modelagem foi avaliada a partir dos valores do *Akaike Information Criteria*.

Análises adicionais foram realizadas por meio de efeitos mistos de regressão logística, ao explorar a associação entre covariáveis individuais e domiciliares e a ocorrência dos desfechos. Nesta etapa, os resultados foram semelhantes aos obtidos pela regressão logística múltipla não condicional: ambos apresentaram OR e intervalos de confiança similares. Portanto, optou-se por não apresentar os resultados dessas análises adicionais.

Considerações éticas

Este estudo fez parte de um projeto integrado sobre malária e seus fatores associados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Acre (protocolo número 23107.016972/2011-28). Além de se tratar de um estudo com consentimento informado, garante-se a confidencialidade dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características individuais e socioeconômicas da população do estudo

Entre os 820 participantes do estudo, 426 (51,9%) eram do sexo feminino. Em relação a raça, houve um predomínio de pardos e outros mestiços (66,7%), seguido de brancos (21%), negros (9,5%) e indígenas (2,7%). A idade foi avaliada, em análise estatística, em quartis de frequência, conforme distribuído na Tabela 1. A idade variou entre 17 e 99 anos, com média de 38 anos e mediana de 34 anos (Tabela 1).

No que se refere aos hábitos de vida, 635 (77,5%) entrevistados não eram tabagistas, enquanto 413 (50,3%) consumiam bebida alcoólica. Dos entrevistados, 32 (3,9%) já haviam sido diagnosticados com diabetes, sendo que, desses, 20 (62,5%) haviam recebido o diagnóstico há menos de 12 meses. Ainda no que tange a saúde, 175 (21,34%) já haviam sido diagnosticados com pressão alta. Quanto a desnutrição e obesidade, 36 (4,4%) e 20 (2,4%) dos entrevistados, respectivamente, já haviam recebido o diagnóstico. Por meio do questionário sobre consumo alimentar, constatou-se que frutas, verduras e frituras eram consumidas menos que quatro vezes por semana por 73,29%, 73,3% e 73,3% dos entrevistados, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1 – Características individuais dos participantes do estudo conforme consumo de doces, Mâncio Lima, AC, 2012.

| Variável | N(%) | Frequência de consumo | | Valor de P |
|-------------|-----------|-----------------------|--------------------|------------|
| | | < 4 dias na semana | > 5 dias na semana | |
| Sexo | | | | |
| Masculino | 394 (48%) | 265 (67,3%) | 129 (32,7%) | 0,000 |
| Feminino | 426 (52%) | 336 (78,9%) | 90 (21,1%) | |
| Raça | | | | |
| Branca | 172 (21%) | 127 (73,8%) | 45 (26,2%) | 0,930 |
| Negra | 78 (9,5%) | 55 (70,5%) | 23 (29,5%) | |

| | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------|
| Indígena | 22 (2,7%) | 16 (75,5%) | 6 (24,5%) | |
| Parda e outros mestiços | 546 (66,7%) | 380 (73,2%) | 139 (26,8%) | |
| Idade | | | | |
| 17 – 24 anos | 202 (24,6%) | 122 (60,4%) | 80 (39,6%) | |
| 25 – 33 anos | 196 (23,9%) | 143 (73,0%) | 53 (27,0%) | 0,000 |
| 34 – 49 anos | 213 (26,0%) | 165 (77,5%) | 48 (22,5%) | |
| >= 50 anos | 209 (25,5%) | 171 (81,8%) | 38 (18,2%) | |
| Escolaridade | | | | |
| Analfabeto | 91 (11,2%) | 68 (74,7%) | 23 (25,3%) | |
| 1-4 anos | 197 (24,3%) | 157 (79,7%) | 40 (20,3%) | 0,065 |
| 5-8 anos | 119 (14,7%) | 88 (73,9%) | 31 (26,1%) | |
| > 8 anos | 403 (49,8%) | 280 (69,5%) | 123 (30,5%) | |
| Tabagismo | | | | |
| Não | 635 (77,7%) | 473 (74,5%) | 162 (25,5%) | |
| Sim | 182 (22,3%) | 127 (69,8%) | 55 (30,2%) | 0,178 |
| Consumo de bebida alcoólica | | | | |
| Não | 401 (49,3%) | 313 (78,1%) | 88 (29,1%) | 0,004 |
| Sim ou consumia, mas parou | 413 (50,7%) | 285 (69,0%) | 128 (31,0%) | |
| Teve trabalho remunerado nos últimos 90 dias | | | | |
| Não | 447 (54,6%) | 328 (73,4%) | 119 (26,6%) | |
| Sim | 371 (45,4%) | 272 (73,3%) | 99 (26,7%) | 1,000 |
| Morou em área rural | | | | |
| Não | 519 (63,4%) | 349 (67,2%) | 170 (32,8%) | |
| Sim | 300 (36,6%) | 215 (71,7%) | 85 (28,3%) | 0,210 |
| Consumo habitual de frutas | | | | |
| ≤ 4 vezes na semana | 498 (60,7%) | 373 (62,1%) | 228 (37,9%) | |
| > 5 vezes na semana | 322 (39,3%) | 125 (57,1%) | 94 (42,9%) | 0,197 |
| Consumo habitual de verduras e legumes | | | | |
| ≤ 4 vezes na semana | 321 (39,2%) | 249 (41,5%) | 351 (58,5%) | |
| > 5 vezes na semana | 498 (60,8%) | 72 (32,9%) | 147 (67,1%) | 0,029 |

| | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------|
| Consumo habitual de frituras | | | | |
| ≤ 4 vezes na semana | 564 (68,8%) | 442 (73,5%) | 159 (26,5%) | 0,000 |
| > 5 vezes na semana | 256 (31,2%) | 122 (55,7%) | 97 (44,3%) | |
| Teve diagnóstico de diabetes alguma vez na vida | | | | |
| Não | 761 (96,0%) | 548 (72,0%) | 213 (28,0%) | 0,007 |
| Sim | 32 (4,0%) | 30 (93,8%) | 2 (6,2%) | |
| Teve diagnóstico de diabetes há menos de 12 meses | | | | |
| Não | 26 (56,5%) | 23 (88,5%) | 3 (11,5%) | 0,622 |
| Sim | 20 (43,5%) | 19 (95,0%) | 1 (5,0%) | |
| Teve diagnóstico de pressão alta alguma vez na vida | | | | |
| Não | 625 (78,1%) | 443 (70,9%) | 182 (29,1%) | 0,012 |
| Sim | 175 (21,9%) | 141 (80,6%) | 34 (19,4%) | |
| Teve diagnóstico de pressão alta há menos de 12 meses | | | | |
| Não | 86 (49,4%) | 70 (81,4%) | 16 (18,6%) | 1,000 |
| Sim | 88 (50,6%) | 71 (80,7%) | 17 (19,3%) | |
| Teve diagnóstico de desnutrição alguma vez na vida | | | | |
| Não | 763 (95,5%) | 557 (73,0%) | 206 (27,0%) | 1,000 |
| Sim | 36 (4,5%) | 26 (72,2%) | 10 (27,8%) | |
| Teve diagnóstico de desnutrição há menos de 12 meses | | | | |
| Não | 39 (73,6%) | 33 (84,6%) | 6 (15,4%) | 0,134 |
| Sim | 14 (26,4%) | 9 (64,3%) | 5 (35,7%) | |
| Teve diagnóstico de obesidade alguma vez na vida | | | | |

| | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------|
| Não | 779 (97,5%) | 567 (72,8%) | 212 (27,2%) | 0,614 |
| Sim | 20 (2,5%) | 16 (80,0%) | 4 (20,0%) | |
| Teve diagnóstico de obesidade há menos de 12 meses | | | | |
| Não | 27 (69,2%) | 24 (88,9%) | 3 (11,1%) | 0,348 |
| Sim | 12 (1,5%) | 9 (75,0%) | 3 (25,0%) | |

A configuração domiciliar da amostra era caracterizada por um predomínio de residências feitas de madeira e outros materiais 563 (68,7%), com paredes em grande parte compostas por madeira, palha, lona, lata, papelão ou outros materiais 588 (71,7%) e telhados, em sua maioria, de barro, amianto ou laje de concreto (62,6%). As calçadas feitas de terra (ou inexistentes) eram maioria, configurando a realidade da moradia de 712 (86,8%) dos entrevistados. Além disso, a maioria (95,24%) não possuía água mineral para consumo. O tipo de sanitário mais frequentemente encontrado era do tipo banheiro com sanitário e descarga, presente em 50,8% dos domicílios, seguido de fossa ou “casinha” sem fossa (44,9%) e ausente em 4,1%. Sobre a presença de energia elétrica na casa, 99,7% das moradias eram assistidas pela Eletronorte. Dos entrevistados, 300 (36,6%) já haviam morado em área rural (Tabela 2).

Tabela 2 – Características domiciliares dos participantes do estudo conforme o consumo de doces, Mâncio Lima, AC, 2012.

| Variável | N (%) | Frequência de consumo | | Valor de P |
|--|-------------|-----------------------|--------------------------------|------------|
| | | <= 4 dias na semana | 5 dias ou mais vezes na semana | |
| Tipo de domicílio | | | | |
| Alvenaria ou maior parte de alvenaria | 257 (31,3%) | 187 (72,8%) | 70 (27,2%) | 0,865 |
| Madeira e outros | 563 (68,7%) | 414 (73,5%) | 149 (26,5%) | |
| Tipo de telhado | | | | |
| Telha de barro, amianto e laje de concreto | 513 (62,6%) | 392 (76,4%) | 121 (23,6%) | 0,014 |
| Zinco e outros (alumínio) | 298 (36,4%) | 201 (67,4%) | 97 (32,6%) | |
| Madeira, plástico e palha | 8 (1,0%) | 7 (87,5%) | 1 (12,5%) | |

| | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------|
| Tipo de parede | | | | |
| Tijolo/bloco como ou sem revestimento | 231 (28,2%) | 171 (74,0%) | 60 (26,0%) | |
| Madeira, palha, lona, lata/papelão, outros | 588 (71,7%) | 429 (73,0%) | 159 (27,0%) | 0,793 |
| Tipo de calçada | | | | |
| Tijolo ou cimentada | 111 (13,5%) | 86 (77,5%) | 25 (22,5%) | |
| Terra, barro, grama ou não tem | 708 (86,5%) | 514 (72,6%) | 194 (27,4%) | 0,301 |
| Calçada desta casa | | | | |
| Não tem, ou é de terra ou grama | 712 (86,9%) | 517 (72,6%) | 195 (27,4%) | |
| Tijolo | 68 (8,3%) | 53 (77,9%) | 15 (22,1%) | 0,554 |
| Cimento | 39 (4,8%) | 30 (76,9%) | 9 (23,1%) | |
| Tipo de sanitário | | | | |
| Banheiro com sanitário e descarga | 417 (50,9%) | 303 (72,7%) | 114 (27,3%) | |
| Fossa ou “casinha” sem fossa | 368 (44,9%) | 273 (74,2%) | 95 (25,8%) | 0,833 |
| Ausente | 34 (4,2%) | 24 (70,6%) | 10 (29,4%) | |
| Rua da casa | | | | |
| Não tem ou é de terra ou grama | 546 (66,7%) | 396 (72,5%) | 150 (27,5%) | |
| Tijolo | 80 (9,8%) | 60 (75,0%) | 20 (25,0%) | 0,813 |
| Asfalto | 193 (23,6%) | 144 (74,6%) | 49 (25,4%) | |
| Possui chuveiro com água encanada em casa? | | | | |
| Não | 451 (55,1%) | 330 (73,2%) | 121 (26,8%) | |
| Sim | 368 (44,9%) | 270 (73,4%) | 98 (26,6%) | 1,000 |
| Possui chuveiro elétrico em casa? | | | | |
| Não | 786 (96,0%) | 578 (73,5%) | 208 (26,5%) | |
| Sim | 33 (4,0%) | 22 (66,7%) | 11 (33,3%) | 0,422 |
| Usa água mineral para beber? | | | | |
| Não | 781 (95,4%) | 574 (73,5%) | 207 (26,5%) | |
| Sim | 38 (4,6%) | 26 (68,4%) | 12 (31,6%) | 0,573 |
| Existe energia da Eletronorte em sua casa? | | | | |
| Não | 2 (0,3%) | 1 (50,0%) | 1 (50,0%) | 1,000 |

| | | | |
|-----|-------------|-------------|-------------|
| Sim | 817 (99,7%) | 599 (73,3%) | 218 (26,7%) |
|-----|-------------|-------------|-------------|

No que tange as variáveis socioeconômicas, 447 (54,5%) dos entrevistados não havia tido trabalho remunerado nos últimos 90 dias; 320 (39%) recebiam bolsa família (programa de auxílio social do Governo Federal); 332 (40,5%) obtinham sua renda informalmente e 283 (34,5%) o faziam de maneira formal (através de emprego). Já em relação a venda de alimentos provenientes de produção própria, merece destaque a produção de verduras e legumes, que era realizada por 60% dos entrevistados. A venda de produtos industrializados ou obtidos de roças ou hortas, pesca e artesanato era realizada por uma parcela pequena da população. O mesmo vale para a produção de leite e derivados, feita por apenas 3,4%; ovos (13,2%); arroz e/ou milho (8,1%). Quanto a produção de carnes e frutas, respectivamente, 32,8% e 47,7% dos entrevistados praticavam (Tabela 3).

Tabela 3 – Características de bens de consumo dos participantes do estudo conforme o consumo de doce, Mâncio Lima, AC, 2012.

| Variável | N (%) | Frequência de consumo | | Valor de P |
|---|-------------|-----------------------|--------------------------------|------------|
| | | <= 4 dias na semana | 5 dias ou mais vezes na semana | |
| Possui televisão? | | | | |
| Não | 22 (2,7%) | 14 (63,6%) | 8 (36,4%) | 0,330 |
| Sim | 797 (97,3%) | 586 (73,5%) | 211 (26,5%) | |
| Possui aparelho de som? | | | | |
| Não | 323 (39,4%) | 242 (74,9%) | 81 (25,1%) | 0,419 |
| Sim | 496 (60,6%) | 358 (72,2%) | 138 (27,8%) | |
| Possui vídeo cassete (dvd player)? | | | | |
| Não | 301 (36,8%) | 224 (74,4%) | 77 (25,6%) | 0,623 |
| Sim | 518 (63,2%) | 376 (72,6%) | 142 (27,4%) | |
| Possui fogão a gás? | | | | |
| Não | 26 (3,2%) | 22 (84,6%) | 4 (15,4%) | 0,260 |
| Sim | 793 (96,8%) | 578 (72,9%) | 215 (27,1%) | |
| Possui geladeira? | | | | |
| Não | 21 (2,6%) | 19 (90,5%) | 217 (27,2%) | 0,082 |
| Sim | 798 (97,4%) | 581 (72,8%) | 219 (26,7%) | |

| | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------|
| Possui máquina de lavar roupas? | | | | |
| Não | 407 (49,7%) | 294 (72,2%) | 113 (27,8%) | 0,528 |
| Sim | 412 (50,3%) | 306 (74,3%) | 106 (25,7%) | |
| Possui telefone fixo? | | | | |
| Não | 792 (96,7%) | 582 (73,5%) | 210 (26,5%) | 0,507 |
| Sim | 27 (3,3%) | 18 (66,7%) | 9 (33,3%) | |
| Possui liquidificador? | | | | |
| Não | 169 (20,6%) | 120 (71,0%) | 49 (29,0%) | 0,495 |
| Sim | 650 (79,4%) | 480 (73,8%) | 170 (26,2%) | |
| Possui bicicleta? | | | | |
| Não | 330 (40,3%) | 236 (71,5%) | 94 (28,5%) | 0,376 |
| Sim | 489 (59,7%) | 364 (74,4%) | 125 (25,6%) | |
| Possui ferro elétrico? | | | | |
| Não | 348 (42,5%) | 259 (74,4%) | 89 (25,6%) | 0,524 |
| Sim | 471 (57,5%) | 341 (72,4%) | 130 (27,6%) | |
| Possui carro? | | | | |
| Não | 692 (84,5%) | 509 (73,6%) | 183 (26,4%) | 0,663 |
| Sim | 127 (15,5%) | 91 (71,7%) | 36 (28,3%) | |
| Jogo de sala estofado? | | | | |
| Não | 193 (23,6%) | 144 (74,6%) | 49 (25,4%) | 0,643 |
| Sim | 626 (76,4%) | 456 (72,8%) | 170 (27,2%) | |
| Possui antena parabólica? | | | | |
| Não | 72 (8,8%) | 48 (66,7%) | 24 (33,3%) | 0,209 |
| Sim | 747 (91,2%) | 552 (73,9%) | 195 (26,1%) | |
| Possui telefone celular? | | | | |
| Não | 65 (7,9%) | 47 (72,3%) | 18 (27,7%) | 0,884 |
| Sim | 754 (92,1%) | 553 (73,3%) | 201 (26,7%) | |
| Possui moto? | | | | |
| Não | 1 (0,3%) | 0 (0,0%) | 1 (100,0%) | 0,158 |
| Sim | 372 (99,7%) | 255 (71,6%) | 117 (25,3%) | |
| Possui poço de água sem bomba? | | | | |
| Não | 1 (0,1%) | 1 (100,0%) | 0 (0,00%) | 0,294 |

| | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------|
| Sim | 713 (99,9%) | 516 (72,4%) | 197 (27,6%) | |
| Possui poço de água com bomba? | | | | |
| Não | 651 (79,5%) | 477 (73,3%) | 174 (26,7%) | 1,000 |
| Sim | 168 (20,5%) | 123 (73,2%) | 45 (26,8%) | |
| Possui canoa (barco sem motor)? | | | | |
| Não | 664 (81,1%) | 484 (72,9%) | 180 (27,1%) | 0,687 |
| Sim | 155 (18,9%) | 116 (74,8%) | 39 (25,2%) | |
| Possui bote ou barco com motor? | | | | |
| Não | 739 (90,2%) | 536 (72,5%) | 203 (27,5%) | 0,183 |
| Sim | 80 (9,8%) | 64 (80,0%) | 16 (20,0%) | |
| Possui computador? | | | | |
| Não | 642 (78,4%) | 475 (74,0%) | 167 (26,0%) | 0,388 |
| Sim | 177 (21,6%) | 125 (70,6%) | 52 (29,4%) | |
| Possui microondas? | | | | |
| Não | 723 (88,3%) | 531 (73,4%) | 192 (26,6%) | 0,806 |
| Sim | 86 (11,7%) | 69 (71,9%) | 27 (28,1%) | |
| Possui motosserra? | | | | |
| Não | 755 (92,2%) | 552 (73,1%) | 203 (26,9%) | 0,772 |
| Sim | 64 (7,8%) | 48 (75,0%) | 16 (25,0%) | |
| Possui colchão? | | | | |
| Não | 3 (0,4%) | 1 (33,3%) | 2 (66,7%) | 0,176 |
| Sim | 816 (99,6%) | 599 (73,4%) | 217 (26,6%) | |
| Possui cama para dormir? | | | | |
| Não | 6 (0,7%) | 1 (16,7%) | 5 (83,3%) | 0,006 |
| Sim | 813 (99,3%) | 599 (73,7%) | 214 (26,3%) | |

Os bens de consumo mais frequentemente encontrados nos domicílios estudados eram: geladeira (97,5%), fogão a gás (96,7%), televisão (93,5%), telefone celular (92%), liquidificador (79,3%), jogo de sala estofado (76,3%) e ferro elétrico (57,4%). Itens como computador, máquina de lavar roupa, carro, moto, micro-ondas e motosserra, por sua vez, eram menos frequentes entre os entrevistados (Tabela 4).

Tabela 4 – Características socioeconômicas dos participantes do estudo conforme o consumo de doces, Mâncio Lima, AC, 2012.

| Variável | N (%) | Frequência de consumo | | Valor de P |
|--|-------------|-----------------------|--------------------------------|------------|
| | | <= 4 dias na semana | 5 dias ou mais vezes na semana | |
| Recebe bolsa família? | | | | |
| Não | 499 (90,9%) | 359 (71,9%) | 140 (28,1%) | 0,294 |
| Sim | 321 (39,1%) | 241 (75,3%) | 79 (24,7%) | |
| Possui fonte de renda formal? | | | | |
| Não | 536 (65,4%) | 400 (74,6%) | 136 (25,4%) | 0,245 |
| Sim | 283 (34,6%) | 200 (70,7%) | 83 (29,3%) | |
| Possui fonte de renda informal? | | | | |
| Não | 332 (40,5%) | 233 (70,2%) | 99 (29,8%) | 0,108 |
| Sim | 487 (59,5%) | 367 (75,4%) | 120 (24,6%) | |
| Recebe renda de bolsas, aposentadorias, pensões ou seguro desemprego? | | | | |
| Não | 274 (33,5%) | 190 (69,3%) | 84 (30,7%) | 0,079 |
| Sim | 545 (66,5%) | 410 (75,2%) | 135 (24,8%) | |
| Prática roça ou horta para venda? | | | | |
| Não | 742 (90,7%) | 538 (72,5%) | 204 (27,5%) | 0,102 |
| Sim | 76 (9,3%) | 62 (81,6%) | 14 (18,4%) | |

Pratica extrativismo?

| | | | | |
|-----|-------------|-------------|-------------|-------|
| Não | 811 (99,1%) | 593 (73,1%) | 218 (26,9%) | 0,199 |
| Sim | 7 (0,9%) | 7 (100,0%) | 0 (0,0%) | |

Pratica pesca para venda?

| | | | | |
|-----|-------------|-------------|-------------|-------|
| Não | 780 (95,4%) | 571 (73,2%) | 209 (26,8%) | 0,713 |
| Sim | 38 (4,6%) | 29 (76,3%) | 9 (23,7%) | |

Pratica artesanato?

| | | | | |
|-----|-------------|-------------|-------------|-------|
| Não | 815 (99,6%) | 597 (73,3%) | 218 (26,7%) | 0,569 |
| Sim | 3 (0,4%) | 3 (100,0%) | 0 (0,00%) | |

Pratica comércio de produtos industrializados?

| | | | | |
|-----|-------------|-------------|-------------|-------|
| Não | 789 (96,5%) | 576 (73,0%) | 213 (27,0%) | 0,218 |
| Sim | 29 (3,5%) | 24 (82,8%) | 5 (17,2%) | |

Produz verduras e legumes?

| | | | | |
|-----|-------------|-------------|-------------|-------|
| Não | 327 (39,9%) | 230 (70,3%) | 97 (29,7%) | 0,072 |
| Sim | 492 (60,1%) | 370 (75,2%) | 122 (24,8%) | |

Produz leite e derivados?

| | | | | |
|-----|-------------|-------------|-------------|------|
| Não | 791 (96,6%) | 579 (73,2%) | 212 (26,8%) | 1,00 |
| Sim | 28 (3,4%) | 21 (75%) | 7 (25%) | |

Produz carnes?

| | | | | |
|-----|-------------|-------------|-------------|-------|
| Não | 550 (67,2%) | 391 (71,1%) | 159 (28,9%) | 0,053 |
|-----|-------------|-------------|-------------|-------|

| | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------|
| Sim | 269 (32,8%) | 209 (77,7%) | 60 (22,3%) | |
| Produz ovos? | | | | |
| Não | 502 (61,3%) | 361 (71,9%) | 141 (28,1%) | 0,293 |
| Sim | 317 (38,7%) | 239 (75,4%) | 78 (24,6%) | |
| Produz feijão? | | | | |
| Não | 711 (86,8%) | 513 (72,2%) | 198 (27,8%) | 0,080 |
| Sim | 108 (13,2%) | 87 (80,6%) | 21 (19,4%) | |
| Produz arroz, milho? | | | | |
| Não | 752 (91,8%) | 543 (72,2%) | 209 (27,8%) | 0,030 |
| Sim | 67 (8,2%) | 57 (85,1%) | 10 (14,9%) | |
| Produz frutas? | | | | |
| Não | 428 (52,3%) | 303 (70,8%) | 125 (29,2%) | 0,098 |
| Sim | 391 (47,7%) | 297 (76,0%) | 94 (24,0%) | |
| Pratica extrativismo para consumo próprio? | | | | |
| Não | 802 (97,9%) | 593 (73,1%) | 208 (27,3%) | 0,199 |
| Sim | 17 (2,1%) | 45 (80,4%) | 11 (19,6%) | |
| Pratica pesca para consumo próprio? | | | | |
| Não | 515 (62,9%) | 373 (72,4%) | 142 (27,6%) | 0,514 |
| Sim | 304 (37,1%) | 227 (74,7%) | 77 (25,3%) | |

Acerca do consumo de frutas, verduras e frituras, a parcela dos participantes que relatou consumir 4 vezes na semana ou menos foi de, respectivamente, 37,9%, 41,5% e

26,5%. Quanto ao consumo de mais de 4 vezes na semana, o consumo de verduras e legumes se sobressaiu (67,1%) (Tabela 1).

Prevalência do consumo de doces e fatores associados

A prevalência do consumo de doces em mais de 5 dias na semana foi de 27,80%.

Pessoas do sexo masculino consumiram doces com mais frequência (5 dias ou mais vezes na semana) as do sexo feminino (OR = 1,77, IC 95% 1,28 – 2,46, $p < 0,001$) (Tabela 5).

O consumo mais frequente de doces também teve associação com a idade, sendo que a chance de comer doce aumentou conforme a idade, os que mais consumiram foram os indivíduos com 50 anos ou mais (OR = 2,58, IC 95% 1,62 – 4,11, $p < 0,001$) (Tabela 5).

O tipo de telhado do domicílio dos entrevistados apresentou associação com o maior consumo de doces, sendo que os indivíduos cujos domicílios têm telhado de zinco, alumínio, madeira ou outros, mostraram ter maior chance de consumir doces do que aqueles que tem um telhado composto por telha de barro, amianto ou laje de concreto (OR = 1,64, IC 95% 1,17 – 2,28, $p = 0,004$) (Tabela 5).

Indivíduos que praticam extrativismo para consumo próprio consumiram doces com mais frequência (5 dias ou mais vezes na semana) do que aqueles que não praticavam o hábito (OR = 3,37, IC = 95% 1,21 – 9,33, $p = 0,02$) (Tabela 5).

Os entrevistados que já tiveram um diagnóstico de diabetes alguma vez na vida demonstraram ter menos chances de comer doces que os indivíduos que nunca tiveram o diagnóstico da doença (OR = 0,25, IC 95% 0,06 – 1,08, $p = 0,063$) (Tabela 5).

Em relação aos hábitos alimentares, o consumo de doces apresentou associação com o consumo de frituras, sendo que os indivíduos que mais consumiram doces foram os indivíduos que consumiam frituras 5 dias ou mais vezes na semana (OR 1,76, IC 95% 1,24 – 2,5, $p = 0,002$). Uma relação semelhante ocorre com o consumo de verduras, em que os indivíduos que mais consumiram doces foram os indivíduos que consumiram verduras e legumes 5 dias ou mais vezes na semana (OR 1,68, IC 95% 1,18 – 2,38, $p = 0,004$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Fatores associados ao consumo de doces, Município de Mâncio Lima, AC, 2012.

| Variáveis | OR não ajustado | IC 95% | OR ajustado | IC 95% | Valor de P |
|-----------|-----------------|--------|-------------|--------|------------|
|-----------|-----------------|--------|-------------|--------|------------|

| | | | | | |
|--|------|-------------|------|-------------|--------|
| Sexo | | | | | |
| Feminino | 1 | | | | |
| Masculino | 1,78 | 1,29 – 2,44 | 1,77 | 1,28 – 2,46 | <0,001 |
| Idade | | | | | |
| 17 – 24 anos | 1 | | | | |
| 25 – 33 anos | 1,21 | 0,74 – 1,99 | 1,16 | 0,7 – 1,92 | 0,574 |
| 34 – 49 anos | 1,44 | 0,89 – 2,34 | 1,33 | 0,8 – 2,21 | 0,266 |
| ≥ 50 anos | 3 | 1,91 – 4,7 | 2,58 | 1,62 – 4,11 | <0,001 |
| Tipo de telhado | | | | | |
| Telha de barro, amianto e laje de concreto | 1 | | | | |
| Zinco alumínio, madeira e outros | 1,58 | 1,15 – 2,17 | 1,64 | 1,17 – 2,28 | 0,004 |
| Pratica extrativismo para consumo próprio? | | | | | |
| Não | 1 | | | | |
| Sim | 3,13 | 1,19 – 8,22 | 3,37 | 1,21 – 9,33 | 0,02 |
| Já teve diagnóstico de diabetes alguma vez na vida? | | | | | |
| Não | 1 | | | | |
| Sim | 0,17 | 0,04 – 0,73 | 0,25 | 0,06 – 1,08 | 0,063 |
| Consumo habitual de verduras e legumes | | | | | |

| | | | | | |
|-------------------------------------|------|-------------|------|-------------|-------|
| ≤ 4 vezes na semana | 1 | | | | |
| > 5 vezes na semana | 1,45 | 1,04 – 2,03 | 1,68 | 1,18 – 2,38 | 0,004 |
| Consumo habitual de frituras | | | | | |
| ≤ 4 vezes na semana | 1 | | | | |
| > 5 vezes na semana | 2,25 | 1,62 – 3,12 | 1,76 | 1,24 – 2,5 | 0,002 |

Neste estudo, o consumo de doces por mais de 5 vezes na semana foi mais prevalente em homens. Essa mesma tendência pode ser observada, também, nos dados coletados pela VIGITEL no ano de 2012, mesmo ano da coleta de dados para este estudo. No que diz respeito à frequência no consumo de refrigerante, bebida com alto teor de adição de açúcar, no Brasil, os homens (29,8%) também saem na frente em relação as mulheres (22,7%) (VIGITEL 2012). Essa disparidade continua sendo observada no estado do Acre, em que os homens (32,6%) consomem refrigerante com uma frequência muito maior que as mulheres (25,7%) (VIGITEL 2012).

Sabe-se que homens e mulheres lidam cada um à sua maneira com a saúde e a alimentação. Pode-se atribuir essas diferenças pelos, entre outros motivos, determinantes sociais que moldam a concepção de masculino e feminino na sociedade, implicando padrões de corpos, valores e comportamentos a serem seguidos (BERNARDES, 2016). Um reflexo disso, é a maior procura por parte das mulheres aos serviços de atenção básica, quando comparadas aos homens – de modo que estes acabam se distanciando de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, como é o caso de uma alimentação saudável, que, por sua vez, conta com um baixo teor de açúcar (BERNARDES, 2016). Outro reflexo dessas distinções sociais e culturais entre o feminino e masculino se mostra na preocupação exacerbada com a forma física e estética corporal por parte das mulheres (JOMORI, 2008) fazendo-as adotar com maior frequência, por exemplo, dietas restritivas - de modo que se torna comum observar mulheres que buscam consumir menos doces, guloseimas ultraprocessadas e outros alimentos com adição de açúcares.

Dessa forma, torna-se evidente que a maneira de se alimentar não sai ileso às questões simbólicas que atravessam a ideia de gênero (MACIE, 2012). Nessa perspectiva, Contreras & Garcia demonstraram, em seu estudo, que as mulheres estão mais ligadas à alimentação no âmbito doméstico. Pois, além de histórica e culturalmente o cargo de cozinhar pertencer à mulher, os homens, que predominantemente assumem o mercado de trabalho, passam mais tempo fora de casa (JABLONSKI, 2010). Assim, estes passam a ter que fazer escolhas de alimentação no ambiente urbano, o que pode tornar a alimentação saudável ainda mais complexa (JOMORI et al., 2008), uma vez que a substituição de uma refeição *in natura* por um lanche ultraprocessado se torna uma possibilidade mais atraente, devido a praticidade de consumo associada ao baixo custo.

Os dados analisados neste estudo sugerem que os indivíduos que consomem muito doce, estendem o hábito de uma alimentação desregrada para o consumo de frituras, uma vez que uma associação entre esses dois consumos foi encontrada na população de Mâncio Lima. Uma hipótese que explique esse fenômeno é exposta no estudo de Garcia (2003), que destaca o impacto do modo de vida urbano sobre a alimentação dos indivíduos. Ao assumir uma vida predominantemente urbana, a população sofre um impacto na maneira de se alimentar, uma vez que o *modus vivendi* fora do lar repercute diretamente nos processos que envolvem o preparo da alimentação a ser consumida. Afinal, o indivíduo que passa a maior parte do seu tempo fora de casa está submetido a uma constante readequação do seu tempo, dos seus recursos financeiros e, portanto, dos locais em que se alimenta, além de precisar adaptar a periodicidade e qualidade de compras alimentícias (GARCIA, 2003). Consoante aos achados em Mâncio Lima, Garcia (2003) demonstra que no município de Campinas os principais itens que garantem o aporte energético aos indivíduos que estão fora de casa incluem refrigerante, bolacha doce e salsicha (que, no contexto urbano, pode indicar um preparo que diz respeito às frituras, a exemplo, salgado frito de salsicha) (GARCIA, 2003).

Ainda sobre o impacto do ambiente urbano na alimentação, observa-se que, neste meio, o custo de refeições ultraprocessadas, guloseimas e lanches fritos é consideravelmente mais baixo quando comparado a uma alimentação *in natura*. Além de serem atraídos pelo baixo preço, diversidade de opções e garantia de saciedade, os indivíduos que conciliam diariamente as condições de tempo e trabalho são

surpreendidos pela facilidade de acesso aos alimentos com alto teor de óleos, gorduras e açúcares. Nota-se que a maioria dos centros urbanos, onde há um trânsito importante de pessoas, são repletos lanchonetes, barracas e ambulantes comercializando essas opções alimentícias. De modo concordante aos achados deste estudo, o POF 2008-2009 revela que a prevalência do consumo de chocolates; achocolatados; doces à base de leite; óleos e gorduras; refrigerantes; e salgados fritos e assados é consideravelmente maior no meio urbano, em comparação com o meio rural (IBGE).

À vista do impacto do baixo custo dessas refeições sobre a alimentação da população, torna-se evidente que a escolha dos alimentos a serem consumidos sofre uma influência direta da renda dos indivíduos, conforme constatado na POF 2008-2009 (IBGE). A esse respeito, observa-se que os indivíduos de Mâncio Lima que possuem moradias mais simples, consomem mais doces. Pois, ao assumir que as características domiciliares permitem uma melhor de captação de renda das famílias (ROCHA. 2003), pode-se inferir que os indivíduos com uma mais baixa renda neste município consomem mais doces. De modo a confirmar essa hipótese, Borges (2015), ao estudar detalhadamente os dados da POF 2008-2009, identificou uma aquisição excessiva de açúcares e doces por parte da população de baixa renda de todo o Brasil (BORGES et al., 2015).

Foi observada, também, uma relação inesperada entre um maior consumo de verdura associado a uma frequência maior do consumo de doces nessa população. Em estudo paralelo, Borges et al., (2021) encontrou um consumo maior de doces em pessoas que consumiam cupuaçu frequentemente. Essa associação pode ter ocorrido devido as particularidades da região amazônica, diferente do restante do país.

Outra associação identificada na população entrevistada em Mâncio Lima, foi a observação de que os indivíduos que têm roça ou horta para consumo próprio consomem menos doces. Sobre a influência de se praticar o cultivo de horta, Coelho (2016) salienta que esta é uma prática que promove o estreitamento dos vínculos com uma alimentação saudável (COELHO et al., 2016), uma vez que o cultivo de horta em casa, além de interferir diretamente nos processos de produção e preparo do alimento, também promove uma oferta acessível a alimentos com alto valor nutritivo. Dessa maneira compreende-se que o indivíduo que tem uma disponibilidade corriqueira a diversas opções naturais de alimento proporcionadas pela horta – tal qual hortaliças, legumes e frutas -, certamente recorre aos alimentos ultraprocessados com uma

frequência menor, de modo a consumir menos guloseimas, doces e outros produtos com adição de açúcares. Além disso, é provável que ao optarem por comer doces, estes indivíduos priorizem um preparo caseiro, a fim de se aproveitar os recursos disponíveis em casa, garantindo, assim, que a adição de açúcares seja consideravelmente menor à encontrada nas guloseimas e bolachas doces industrializadas.

Por outro lado, em estudo de Borges (2021), foi encontrado que o consumo de cupuaçu, uma fruta regional, é um fator que se associa a um maior consumo de doce nessa população. Borges, (2021) observa que tanto a produção caseira de frutas como o extrativismo são uma importante fonte de renda para muitas famílias da Amazônia, sobretudo no que se refere aos recursos naturais de destaque dessa região, como é o caso do açaí, cupuaçu, castanha e buriti (BORGES et al., 2021). Os autores também constataram que entre os destaques do que se é preparado com o cupuaçu, encontra-se a produção de doces, geleias e bombons que são feitos a partir da polpa desse fruto. Sobre isso, Lobato (2019) também destaca que preparações como sorvete, picolé, doces e sobremesas feitas a partir da polpa de açaí são muito comuns na região amazônica (LOBATO et al., 2019), e que provém do extrativismo vegetal. Portanto, pode-se admitir que os indivíduos que praticam extrativismo no município de Mâncio Lima ou que produzem frutas em seus quintais aproveitam a recursos naturais para a produção e consumo de produtos doces.

De maneira curiosa, a população de Mâncio Lima demonstrou consumir mais doce conforme se deu o aumento da faixa etária. Este dado se mostrou contrário ao que é apresentado por diversos estudos que demonstram um maior consumo de açúcar por parte das crianças e adolescentes (ENES et al., 2010). Também de forma contraditória ao observado em Mâncio Lima, o POF 2008-2009 revela que, no Brasil, há um maior consumo de refrigerantes e biscoitos doces recheados na adolescência - depois dessa fase da vida, há a diminuição gradativa do consumo de doce conforme o aumento da faixa etária (IBGE). Uma hipótese possível para explicar esse fenômeno observado nessa população, é a de que o aspecto cultural tenha uma influência importante sobre o consumo de doces típicos por parte dos indivíduos mais velhos dessa região. Pois, sabe-se que por uma questão de saber tradicional, os mais velhos detêm o conhecimento de produção dos doces caseiros, podendo este ser um motivo para o maior consumo de doces em faixas etárias mais elevadas.

Por fim, observa-se uma menor frequência de consumo de doces por parte daqueles indivíduos que já tiveram o diagnóstico de diabetes ao longo da vida. Sabe-se que um dos pilares importantes para a promoção da saúde nos diabéticos consiste em controlar o índice glicêmico (COTTA et al., 2009). Assim, é natural que esses pacientes tenham sido orientados quanto a importância de uma alimentação saudável, que conta, por sua vez, com a restrição do consumo de açúcar. Visto isso, cabe ressaltar que há a possibilidade de haver, na amostra estudada, indivíduos diabéticos cujo diagnóstico nunca foi feito. Nesse sentido, Batista (2006) demonstra em seu estudo que os indivíduos hiperglicêmicos que não faziam tratamento com médico e/ou nutricionista apresentam uma chance 4,49 vezes maior de consumirem açúcar (BATISTA et al., 2006). Desse modo, não se descarta a possibilidade de haver, no município de Mâncio Lima, indivíduos diabéticos que consomem mais doce que os indivíduos sem essa comorbidade. Entende-se, pois, que o processo que possibilita o diagnóstico da doença indica, por si só, uma aproximação do sujeito às orientações que ditam uma alimentação saudável com baixo teor de açúcar - de modo que aqueles que sequer têm conhecimento da própria doença estariam alheios a essas recomendações.

CONCLUSÃO

Em conclusão, foi demonstrado que os hábitos de consumo de doces são influenciados por aspectos socioeconômicos e culturais, tal qual sexo, idade e renda. Ademais, são notórias algumas particularidades na população de Mâncio Lima em relação aos estudos prévios acerca deste tema no Brasil, como é o caso do maior consumo de doces associado a um maior consumo de verduras e legumes, além do aumento do consumo de doces conforme o aumento da faixa etária. Como demonstrado, observa-se que uma porcentagem considerável da população de Mâncio Lima consome doce em mais de 5 dias na semana. Sabendo que este é um indicativo importante de uma alimentação desregrada, urge-se por medidas afirmativas de prevenção em saúde neste município.

REFERÊNCIAS

BASTOS, J.; KELM TEIXEIRA, B.; REIS BITTENCOURT LINS, T.; COSTA LOUREIRO, M.; DE VARGAS ZANINI, R.; CARNEIRO ALMEIDA, L. Consumo de frituras e embutidos entre usuários da estratégia saúde da família de Itaqui/RS. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 7, n. 2, 27 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

CLARO, R.; SANTOS, M.; OLIVEIRA, T.; PEREIRA, C.; SZWARCOWALD, C.; MALTA, D.- **Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

CREPALDI, G. B. **Alimentação indígena em Mato Grosso: educação ambiental e sustentabilidade entre etnias de estudantes da Faculdade Indígena Intercultural**. 2012, 123f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Mato Grosso, Cáceres, 2012.

SILVA, A., DAMASCENO, M., MARINHO, N., - **Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil**.

FILMER, D.; PRITCHETT, L. H. Estimating wealth effects without expenditure data - or tears: an application to educational enrollments in states of India. **Demography**, v. 38, n. 1, p. 115-132, 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de Trabalho e Rendimento - Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Análise do Consumo Alimentar Pessoal no Brasil.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de Trabalho e Rendimento - Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018. Análise do Consumo Alimentar Pessoal no Brasil.

JOLLIFFE, I. T. Discarding Variables in a Principal Component Analysis II: Real Data. **Applied Statistics**, v. 21, p. 160-73, 1972.

KAISER, H. F. The application of electronic computers to factor analysis. **Educational and Psychological Measurement**, v. 20, p. 141-51, 1960.

LEITE, M. S. - **Transformação e persistência: antropologia da alimentação e nutrição em uma sociedade indígena amazônica** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 239 p. ISBN 978-85-7541-137-7. Available from SciELO Books.

LINO, M.; MUNIZ, P.; SIQUEIRA, K. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adulto inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008.

MARTINS, K. A. **Perfil de consumo alimentar de pacientes tabagistas em tratamento, na cidade de Goiânia**, em 2006. 2006. 203 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)-Programa Multi-institucional de Pós-graduação em Ciências da Saúde, convênio Rede Centro-Oeste UnB/UFMG/UFMS, Goiânia, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 36 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças crônicas por Inquérito Telefônico**, VIGITEL, Brasil, 2019.

JAIME, P., STOPA, S., OLIVEIRA, T., VIEIRA, M.; SZWARCOWALD, C.; MALTA, D. **Prevalência e distribuição sociodemográfica de marcadores de alimentação saudável**, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil 2013.

ZANINI, R.; MUNIZ, L.; SCHNEIDER, B.; TASSITANO, R; FEITOSA, W.; CHICA, D; **Consumo diário de refrigerantes, doces e frituras em adolescentes do Nordeste Brasileiro**; 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on non communicable diseases 2014. Geneva: WHO, 2014.