



e-ISSN 2446-8118

PRÁTICAS ALIMENTARES DE TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA NA REGIÃO OESTE PARANAENSE

EATING HABITS OF WORKERS OF PRIMARY CARE IN THE WESTERN REGION OF PARANA

PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE TRABAJADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA REGIÓN OESTE DE PARANÁ

Marcia Cristina Dalla Costa¹
Claudia Regina Felicetti Lordani²
Eliani Frizon³
Josene Cristina Biesek⁴
Allan Cezar Faria Araújo⁵

RESUMO: Objetivo: conhecer as práticas alimentares de trabalhadores da atenção básica à saúde da região Oeste paranaense. Materiais e métodos: estudo transversal a partir de dados secundários do teste ‘Como está sua Alimentação’ do Ministério da Saúde, realizado com profissionais de 20 municípios da região Oeste paranaense participantes do ‘III Encontro da Atenção à Obesidade’, realizado em agosto/2018. O teste auto aplicado abordou doze perguntas objetivas sobre as práticas alimentares habituais, frequência e quantidade de consumo de frutas; verduras/legumes; feijão/leguminosas; arroz/cereais; carnes; óleos/gorduras; embutidos; guloseimas/doces; sal e derivados. O teste contemplou, ainda, a frequência e quantidade de ingestão hídrica; de bebidas alcoólicas e a substituição das principais refeições por lanches. Para classificação das práticas alimentares utilizou-se a somatória de pontos positivos e negativos recomendadas pelo próprio instrumento, a saber: ‘Saudável’ (mais pontos positivos), ‘Regular’ (pontos positivos iguais aos negativos) e ‘Não saudável’(mais pontos negativos). Além disso, cada questão foi analisada individualmente considerando as recomendações dos 10 Passos para Alimentação Saudável e da Pirâmide Alimentar para a População Brasileira. Resultados: Verificou-se que 86,5% dos trabalhadores apresentaram mais práticas positivas, no entanto, ao analisar as questões individualmente foi observado um consumo abaixo das recomendações para água, frutas, verduras, feijão, cereais e elevado consumo de salgadinhos industrializados e doces em geral, assim como de frituras. Conclusão: apesar da elevada pontuação positiva, o grupo demonstrou práticas alimentares inadequadas demonstrando a necessidade de reflexão sobre os hábitos alimentares no cotidiano de suas vidas pois estes podem influenciar nas orientações nutricionais oferecidas à população.

¹ Nutricionista, Mestre em Saúde Coletiva, Docente da Unioeste/Cascavel, nos cursos de Farmácia e Residência Médica em Cirurgia Geral.

² Nutricionista Clínica do HUOP, Especialista em Nutrição Clínica e Metabolismo, Mestre em Saúde Coletiva, Doutora em Políticas Públicas, Membro do GAO, Membro do SOCB/HUOP.

³ Nutricionista, Especialista em Nutrição Clínica, Mestre em Ciências da Saúde, Professora Adjunta do Curso de Nutrição da UFFS, Membro do GAO, Membro do SOCB/HUOP.

⁴ Nutricionista Clínica do HUOP, Membro do GAO, Membro do SOCB/HUOP.

⁵ Médico, Residência Médica em Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo, Mestre em Cirurgia, Doutor em Cirurgia, Professor Adjunto do Curso de Medicina da Unioeste/Cascavel, Diretor Pedagógico do HUOP, Coordenador do SOCB/HUOP, Membro do GAO.

DESCRITORES: hábitos alimentares; educação em saúde; doenças crônicas.

ABSTRACT: Objective: to know the eating practices of health workers who work in primary care in the Western region of Paraná. Materials and methods: cross-sectional study conducted from secondary data extracted from the test called *Como está sua alimentação* (How your eating habits are), from the Ministry of Health, conducted with primary care professionals from 20 municipalities in the West of Paraná, participants of the III Obesity Care Meeting: Building Bridges, which took place in Cascavel/Paraná in August 2018. The self-applied test addressed twelve objective questions about the usual eating practices, frequency of consumption, and quantity of the following foods: fruits, vegetables, beans and other legumes, rice and other cereals, meat, oils/fats, sausages, treats, salt and derivatives. The test also contemplated the frequency and amount of water intake, alcoholic beverages, and the replacement of main meals by snacks. For the classification of eating practices, the sum of positive and negative points recommended by the test itself used, being 'Healthy' (higher score), 'Regular' (medium score) and 'Unhealthy' (lower score). Besides, each question was analyzed individually, considering the recommendations of the Ten Steps to Healthy Diets, the Food Guide for the Brazilian Population, and the Food Pyramid adapted for the Brazilian Population. Results: After the sum of the points, 86.5% of the workers showed more positive, healthy practices. However, when analyzing the issues individually, we observed a consumption below the recommendations for water, fruits, vegetables, beans and cereals, and high consumption of processed foods, such as snacks and sweets in general, as well as fried foods. Conclusion: Although the overall result reveals healthy eating practices among participants, the individual analysis of the questions showed a significant discrepancy revealing unhealthy eating habits. These results demonstrate the need to reflect on the daily eating habits of their lives, as these may somehow and measure the influence the nutritional orientations offered to the population.

DESCRIPTORS: eating habits; health education; chronic diseases.

RESUMEN: Objetivo: conocer las prácticas alimentarias de los trabajadores de salud que actúan en atención primaria en la región Oeste de Paraná. Materiales y métodos: estudio transversal realizado a partir de datos secundarios extraídos de la prueba: '¿Cómo es tu alimentación?' del Ministerio de Salud, realizada con profesionales de atención primaria de 20 ciudades de la región Oeste de Paraná, participantes del 'III Encuentro de atención de la obesidad: construyendo caminos', que tuvo lugar en Cascavel/Paraná, en agosto de 2018. La prueba autoaplicada contenía doce preguntas objetivas sobre las prácticas habituales de alimentación, la frecuencia y la cantidad de consumo de frutas; verduras/legumbres; frijoles/leguminosas; arroz/cereales; carnes; aceites/grasas; embutidos; golosinas/dulces; y sal y derivados. La prueba también incluyó la frecuencia y la ingesta de agua; de bebidas alcohólicas; y la sustitución de comidas principales por bocadillos. Para la clasificación de las prácticas alimentarias, se utilizó la suma de puntos positivos y negativos recomendados por el propio instrumento, siendo 'saludable' (más puntos positivos), 'regular' (la misma cantidad de puntos positivos y negativos) y 'no saludable' (más puntos negativos). Además, se analizó individualmente cada pregunta, considerando las recomendaciones de los 10 diez pasos para una alimentación saludable de la 'Guía alimentaria para la población brasileña' y de la 'Pirámide alimentaria adaptada para la población brasileña'. Resultados: Se observó que el 86.5% de los trabajadores tenían prácticas más positivas. Sin embargo, al analizar las preguntas individualmente, se observó un consumo de agua, frutas, verduras, frijoles y cereales por debajo de las recomendaciones, y un alto consumo de salados industrializados, dulces en general, así como de alimentos fritos. Conclusión: a pesar de la elevada puntuación positiva, el grupo demostró prácticas de alimentación no saludables, demostrando la necesidad de reflexionar sobre sus hábitos alimentarios en la vida diaria porque pueden, de alguna manera, influir en las orientaciones nutricionales ofrecidas a la población.

DESCRIPTORES: hábitos alimentarios; educación para la salud; enfermedades crónicas.

INTRODUÇÃO

A promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis para a população em geral tem se tornado prioridade nas políticas públicas de saúde nacionais e internacionais, especialmente diante do panorama de transição epidemiológica, nutricional e demográfica vivenciada nas últimas décadas que vem gerando, em boa medida, as emergentes e crescentes demandas de atenção à saúde, principalmente relacionadas aos agravos que acompanham as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e, portanto, se apresentam como importante problema de saúde pública em grande parte do mundo ocidental, incluindo o Brasil¹.

Dentre as causas das DCNT destaca-se a alimentação inadequada. Assim, muitos países, entre eles o Brasil, definiram a promoção da alimentação saudável como uma das principais estratégias para o controle destes agravos². Neste sentido, o Guia Alimentar para a População Brasileira,³ contendo os 10 Passos para a Alimentação Saudável proposto pelo Ministério da Saúde é uma das estratégias para a prevenção e controle destas morbidades, sendo ele parte integrante da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), cujos objetivos principais são direcionados à melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis e da manutenção do peso saudável por meio de atividade física regular⁴.

Conforme recomendação da PNAN, as ações de alimentação e nutrição devem ser realizadas em toda a rede de atenção à saúde, sobretudo na Atenção Básica, que visa contribuir com a garantia da integralidade do cuidado em saúde prestado à população brasileira com vistas a aumentar sua capacidade de compreender os fenômenos relacionados ao processo saúde-doença e sua relação com a qualidade de vida. Para isto, o trabalho multiprofissional desenvolvido na Atenção Básica pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Enfermeiros, Médicos e Técnicos de Enfermagem, pode auxiliar na efetividade destas ações de alimentação e

nutrição, a partir da construção compartilhada de conhecimentos e, ainda, por serem estes profissionais os multiplicadores primários destas informações na sociedade⁵. Assim, a busca por conhecimentos sobre a promoção da alimentação saudável é parte fundamental do processo que auxilia a realizar suas ações relacionadas à orientação alimentar. É válido ressaltar, no entanto, que as práticas alimentares habituais destes profissionais-cidadãos podem apresentar um impacto real (positivo ou negativo), nas orientações nutricionais oferecidas à população e, conseqüentemente, na saúde coletiva, especialmente se estes enfrentam conflitos com a escolha da alimentação de suas famílias⁶.

Diante disto, o presente estudo teve por objetivo conhecer as práticas alimentares dos diversos trabalhadores de saúde que atuam em nível de atenção básica na região Oeste paranaense.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal conduzido a partir de dados secundários extraídos do teste: ‘Como está sua Alimentação’ do Ministério da Saúde⁷ realizado com profissionais da atenção básica, provenientes de 20 municípios da região Oeste paranaense, participantes do ‘III Encontro da Atenção à Obesidade: construindo caminho’, promovido pelo Grupo de Atenção à Obesidade (GAO), ocorrido em Cascavel, Paraná, no mês de agosto de 2018.

Trata-se de um recorte do projeto de pesquisa “Assistência interdisciplinar ao indivíduo com obesidade da região Oeste do Paraná no Hospital Universitário do Oeste do Paraná”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, nº 1.180.202/2015.

O teste utilizado neste estudo⁷, auto aplicado, constava de doze (12) perguntas objetivas sobre as práticas alimentares habituais; a frequência e quantidade de consumo dos seguintes alimentos: frutas; verduras/legumes; feijão e demais leguminosas; arroz e demais cereais; carnes; óleos/gorduras; embutidos; guloseimas/doces e; sal e derivados. O teste contemplou, ainda, a

frequência e quantidade de ingestão hídrica; de bebidas alcoólicas e; a substituição das principais refeições por lanches. No mesmo formulário do teste, o participante era orientado sobre o preenchimento de apenas uma alternativa por questão, ou seja, a alternativa que mais identificava o seu hábito alimentar diário.

Para a classificação geral do hábito alimentar, utilizou-se a somatória de pontos positivos e negativos, recomendadas pelo próprio instrumento que classifica a alimentação enquanto “Saudável” (mais pontos positivos), “Regular” (pontos positivos iguais a negativos) e “Não saudável” (mais pontos negativos)⁷.

Além desta classificação geral, cada pergunta foi analisada individualmente considerando as recomendações dos 10 Passos para Alimentação Saudável do Guia Alimentar para a População Brasileira^{3,8} e as recomendações de porções da Pirâmide Alimentar Adaptada para a População Brasileira.⁹ Considerou-se adequado o consumo diário de 3 ou mais frutas; 5 ou mais colheres de sopa (c.s.) de verduras/legumes; 6 a 10 c.s. de arroz/farinha/macarrão/pão; 2 pedaços de carne ou 2 ovos; o consumo mínimo de 8 copos de água por dia; e ainda, o consumo de feijão de, no mínimo, 4 vezes na semana; o consumo de frituras, embutidos e doces diversos menos de 1 vez na semana; a retirada da gordura visível das carnes e pele do frango; o uso de óleo vegetal para o preparo dos alimentos; a não adição de sal no prato já servido; a não substituição das principais refeições por lanches; e a ingestão mensal/raramente/nunca de bebidas alcoólicas.^{3,8,9}

Para esta análise, as respostas do questionário foram re-categorizadas em “Adequado” para as respostas dentro das recomendações citadas e, “Inadequado” quando o hábito alimentar estava abaixo ou acima destas recomendações.

Como o teste do Ministério da Saúde⁷ não prevê a exclusão do questionário na ocorrência de questões não respondidas ou com mais de uma alternativa marcada, para

este trabalho, considerou-se excluída apenas as questões pontuais cuja resposta apresentasse estas características acima descritas, sendo mantido o restante das questões nas análises.

Além deste teste, foram coletados do banco de dados das inscrições do evento, informações sobre o gênero, idade e função exercida, a qual possibilitou indicar a escolaridade e caracterização dos participantes.

Todos os dados foram digitados em planilha do programa Excel for Windows e analisados por meio de estatística descritiva e analítica baseada no teste exato de Fischer - segundo o mais adequado, para verificar a associação entre exposições e desfechos admitindo-se um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

A população estudada foi composta de 226 trabalhadores de saúde, em idade média de $36,3 \pm 9,38$ anos, variando entre 20 e 59 anos, com predominância na faixa entre 30 e 39 anos (41,25%) e do gênero feminino (91,03%). Dos 222 trabalhadores que informaram a função, 60,8% (n=135) correspondia ao ensino superior, distribuídos entre assistentes sociais, educadores físicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais, e 37,4% (n=83), ao ensino médio/técnico, distribuídos entre agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, técnicos administrativos, entre outros, 4 (1,8%) eram gestores.

Do total de participantes, 214 responderam todas as questões do instrumento de pesquisa. De acordo com a classificação geral proposta para os hábitos alimentares, verificou-se que 185 (86,5%) estavam adequados por apresentarem mais práticas positivas, ou seja, saudáveis, 3 (1,4%) estavam regulares e 26 (12,1%) foram considerados não saudáveis por apresentarem mais práticas negativas (Tabela 1).

Tabela 1. Classificação (n° e %) das práticas alimentares de trabalhadores da atenção básica na região Oeste paranaense, conforme o teste ‘Como está sua Alimentação’. * Cascavel, Paraná, 2018.

Classificação Geral	n	%
Saudável	185	86,5
Regular	3	1,4
Não saudável	26	12,1
TOTAL	214**	100

*Baseado em Ministério da Saúde.⁷

**Para esta análise, foram excluídos os questionários com respostas em duplicidade.

Fonte: Dados preliminares, SOCB/HUOP.

Esses dados sugerem que os trabalhadores da saúde pesquisados seguem, de uma maneira geral, uma alimentação mais saudável em suas rotinas diárias demonstrando que sua “bagagem de conhecimento” funciona como um esquema de referência para a própria prática alimentar habitual.

No entanto, ao analisar individualmente a adequação das práticas alimentares para cada questão, considerando as recomendações dos 10 Passos para Alimentação Saudável do Guia Alimentar para a População Brasileira^{3,8} e as recomendações

de porções da Pirâmide Alimentar Adaptada para a População Brasileira,⁹ verificou-se que apenas 22,7% (n=50) e 37,2% (n=84) consomem frutas e verduras/legumes dentro da recomendação diária, respectivamente. A adequação no consumo de frutas apresentou significância estatística para o gênero masculino (p=0,0002) e para maior escolaridade (p=0,0076), enquanto o consumo de verduras/legumes, foi estatisticamente mais adequado no gênero masculino (p=0,0497) (Tabela 2).

Tabela 2. Práticas alimentares (nº e %) dos trabalhadores da atenção básica na região oeste paranaense, de acordo com gênero e escolaridade. Cascavel, Paraná, 2018.

VARIÁVEIS	Classificação geral*		Gênero				Escolaridade conforme função					
			Homens		Mulheres		Superior		Médio/técnico		Gestor	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Consumo de Frutas	221	100,0	20	100,0	199	100,0	131	100,0	83	100,0	4	100,0
Adequado	50	22,6	13 ¹	65,0	45	22,6	39 ²	29,8	11	13,3	0	0
Inadequado	171	77,4	7	35,0	154	77,4	92	70,2	72	86,7	4	100
Consumo de Verduras/Legumes	226	100,0	20	100,0	203	100,0	135	100,0	83	100,0	4	100,0
Adequado	84	37,2	12 ³	60	71	35	56	41,5	26	31,4	2	50
Inadequado	142	62,8	8	40	132	65	79	58,5	57	68,6	2	50
Consumo de Feijão e leguminosas	226	100,0	20	100,0	197	100,0	135	100,0	83	100,0	4	100,0
Adequado	107	47,3	12	60	95	48,2	64	47,4	42	50,6	3	75
Inadequado	119	52,7	8	40	102	51,8	71	52,6	41	49,4	1	25
Consumo de Arroz e demais cereais/dia	226	100,0	20	100,0	203	100,0	135	100,0	83	100,0	4	100,0
Adequado	42	18,6	7	35,0	32	15,8	27	20	11	13,2	1	25
Inadequado	184	81,4	13	65	171	84,2	108	80	72	96,8	3	75
Consumo de Carnes/ovos/dia	226	100,0	20	100,0	203	100,0	135	100,0	83	100,0	4	100,0
Adequado	105	46,5	4	20	103 ⁴	50,7	68	50,4	36	43,3	2	50
Inadequado	121	53,5	16	80	100	49,3	67	49,6	47	56,7	2	50
Consumo de gordura aparentes/pele de frango	226	100,0	20	100,0	203	100,0	135	100,0	83	100,0	4	100,0
Adequado	158	69,9	13	65	146	71,9	94	69,7	58	70	3	75
Inadequado	68	30,1	7	35	57	28,1	41	30,3	25	30	1	25
Consumo de alimentos industrializados (gordura/sal/açúcar)	226	100,0	20	100,0	203	100,0	135	100,0	83	100,0	4	100,0
Adequado	74	32,7	8	40	67	33	48	35,6	24	28,9	1	25
Inadequado	152	67,3	12	60	136	67	87	64,4	59	71,1	3	75
Tipo gordura para cozimento	221	100,0	19	100,0	200	100,0	132	100,0	74	100,0	4	100,0
Adequado	153	69,2	15	78,9	117	58,5	97	73,4	55	74,3	2	50
Inadequado	68	30,8	4	21,1	83	41,5	35	26,6	19	25,7	2	50
Uso de sal adicional após o preparo	224	100,0	20	100,0	202	100,0	134	100,0	83	100,0	4	100,0
Adequado	219	97,8	20	0	197	97,5	132	97,8	81	97,6	4	100
Inadequado	5	2,2	0	0	5	2,5	2	2,2	2	2,4	0	0
Substituição de refeição por lanches	224	100,0	20	100,0	202	100,0	134	100,0	83	100,0	4	100,0
Adequado	128	57,1	11	55	118	58,4	74	55,2	54	65,0	1	25
Inadequado	96	42,9	9	45	84	41,6	60	44,8	29	35,0	3	75
Consumo hídrico	226	100,0	20	100,0	203	100,0	135	100,0	83	100,0	0	100,0
Adequado	53	23,5	10 ⁵	50	46	22,7	40	29,6	15	18,1	0	0
Inadequado	173	76,5	10	50	157	77,3	95	70,4	68	81,9	0	0
Consumo de bebida alcoólica	225	100,0	20	100,0	201	100,0	135	100,0	83	100,0	4	100,0
Adequado	160	71,1	8	40	148 ⁶	73,6	91	67,3	68 ⁷	81,9	0	0
Inadequado	65	28,9	12	60	53	26,4	44	32,7	15	18,1	4	100

*Conforme o número de respostas para cada questão.

**Significância Estatística: ¹p=0,0002; ²p=0,0076; ³p=0,0497; ⁴p=0,0096; ⁵p=0,0129; ⁶p=0,0035; ⁷p=0,0195

Fonte: Dados preliminares, SOCB/HUOP.

O consumo adequado de feijão e demais leguminosas na frequência de 4 ou mais vezes na semana foi verificado em 47,3% (n=107), sendo que 3,5% (n=8) relataram nunca consumir e 13,3% (n=30) consomem apenas 1 vez na semana. Tanto a adequação quanto o não consumo foi mais prevalente nos homens, porém, sem significância estatística.

Já a quantidade de arroz e demais cereais consumidos adequadamente, foi verificado em apenas 18,6% (n=42) dos entrevistados. A maioria, 81,4% (n=184) apresenta inadequação, destes 5,7% (n=13) relataram não consumir estes alimentos. O consumo de 1 a 5 porções diárias destes carboidratos foi a resposta mais encontrada entre os participantes (70,8%, n=160), sem diferença estatística entre os gêneros e funções, porém com maior tendência de adequação entre os homens.

Inversamente proporcional, a ingestão adequada de carne foi verificada em 46,5% (n=105) dos participantes, enquanto que entre os inadequados (n=121), 54,5% (n=66) consomem acima da recomendação. A adequação apresentou significância estatística para o gênero feminino (p=0,0096), na qual 50,7% (n=103) das mulheres consomem dentro da recomendação em comparação aos homens (20%, n=4).

A maioria dos participantes (69,9%, n=158) relatou não consumir a gordura visível de carnes e/ou a pele do frango, sendo mais frequente entre as mulheres (71,9%, n=146), porém sem diferenças significativas. A maioria dos entrevistados utiliza óleo vegetal no preparo diário dos alimentos (69,2%, n=153), os demais utilizam banha ou manteiga (27,1%, n=60) e margarina ou gordura vegetal (3,7%, n=8).

O consumo de alimentos industrializados (embutidos e derivados, doces e derivados), na frequência de 2 a 5 vezes/semana foi relatado por 49,2% (n=111) dos participantes e 18,1% (n=41) informaram o consumo diário. Apenas 32,7% (n=74) consomem tais alimentos menos de 1 vez na semana, sendo considerado adequado neste estudo, não havendo diferenças entre gênero e escolaridade.

Ao investigar a prática de acrescentar sal nas preparações já finalizadas, 2,2% (n=5) confirmaram e 97,8% (n=219) não tem esse hábito, apresentando adequação.

A substituição do jantar por lanches foi relatada por 42,9% (n=96) dos participantes deste estudo. Destes, 6,7% (n=15) relataram esta prática como frequente e 36,2% (n=81) como esporádica. A inadequação foi maior entre os participantes de maior escolaridade e homens, porém sem significância estatística. Apesar disto, pouco mais da metade (57,1%, n=128) referiram não substituir o jantar por lanches, estando adequados, conforme a classificação proposta para este estudo.

A adequação para ingestão de água de 8 ou mais copos/dia foi relatada por apenas 23,5% (n=53), sendo significativamente maior entre os homens (p=0,0129), mas também expressivo entre os trabalhadores com maior escolaridade, estes não significativos (p=0,0767). Chama a atenção o fato de que 76,5% (n=173) dos entrevistados ingerem água abaixo das suas necessidades e recomendação diária.

Para o consumo de bebidas alcoólicas, 15,1% (n=34) relatou nunca ingerir, 0,5% (n=1) ingere diariamente e 28,9% (n=65) semanalmente. A adequação (71,1%) foi maior para as mulheres (p=0,0035) e para nível de escolaridade médio/técnico (p=0,0195).

DISCUSSÃO

Apesar da maioria dos trabalhadores de saúde deste estudo apresentar uma alimentação saudável, conforme a classificação proposta pelo instrumento de pesquisa, ao analisar cada questão individualmente, o consumo de frutas e de verduras/legumes mostrou-se muito baixo, apresentando maior adequação entre os homens, enquanto que o consumo de frutas foi maior naqueles com maior escolaridade. Os resultados verificados neste estudo são menores dos encontrados por Pretto e colaboradores no município de Pelotas – RS que, no entanto, também estavam abaixo das recomendações diárias adequadas¹⁰.

Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), mostram que

o consumo regular de frutas e hortaliças de adultos brasileiros, ou seja, consumidos em cinco ou mais dias da semana, foi de 34,6%, sendo menor em homens (27,8%) do que em mulheres (40,4%). Em ambos os sexos, o consumo regular de frutas e hortaliças tendeu a aumentar com a idade e com a escolaridade¹¹.

Esse baixo consumo de frutas, legumes e hortaliças pela população brasileira também foi encontrado em revisão da literatura descrita por Azevedo et al¹². E ainda, dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2008-2009, mostraram que menos de 10% da população brasileira atingem as recomendações de consumo de frutas, verduras e legumes, apresentando um baixo consumo de alimentos ricos em fibras^{13,14}. Estudos nacionais referem a falta de tempo e as condições financeiras como as principais dificuldades para a inclusão destes alimentos na rotina diária^{15,16}. O baixo consumo de frutas e verduras por profissionais de saúde e, mesmo, na população em geral, contrariam as metas do Ministério da Saúde contidas no Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil.

A alimentação saudável, com destaque para o consumo de frutas, verduras e legumes tem um importante papel na manutenção da saúde por trazer inúmeros benefícios funcionais e reguladores. Por outro lado, seu consumo inadequado apresenta-se como um dos principais fatores de risco para a carga global de doenças^{17,18}.

Ao analisar a adequação para o consumo de arroz e demais cereais, verificou-se que grande parte do grupo (70,8%) consome abaixo das recomendações, tendo uma maior adequação entre o gênero masculino, contrapondo à substituição do jantar por lanches, pois mais da metade relatou não substituir.

Atualmente, a restrição de carboidratos na alimentação ganhou popularidade entre os profissionais da área e mesmo da população em geral, devido a redução do peso em um período curto de tempo. As hipóteses para tal fenômeno baseiam-se na maior saciedade que proteínas e gorduras da dieta geram (pois estes nutrientes geralmente encontram-se aumentados na dieta) em comparação aos carboidratos e, conseqüentemente, produzem

menos hipoglicemia concomitante. Este aumento na saciedade e menor hipoglicemia reduzem a fome e a ingestão total de alimentos produzindo um déficit calórico. Além disso, outra hipótese afirma que as dietas de baixo carboidrato podem produzir uma maior queima metabólica do que as dietas ricas em carboidratos. Em estudos recentes, parece haver uma vantagem metabólica de aproximadamente 200 a 300 calorias queimadas em comparação com uma dieta isocalórica rica em carboidratos^{19,20}.

No entanto, essas dietas são alvo de discussão e divergência no meio acadêmico^{21,22,23} ocasionada pelas preocupações hipotéticas de segurança a longo prazo relacionadas, sobretudo aos eventos de cetose, à segurança cardiovascular a longo prazo e aos efeitos lipídicos e renais²⁴.

Apesar de grande parte dos entrevistados referirem baixo consumo de arroz e demais cereais, não houve um aumento no consumo de feijão, como, a priori, se esperaria: os resultados, inclusive, demonstraram similaridade com os achados observados na população brasileira pelo VIGITEL, ou seja, um consumo regular de feijão em cinco ou mais dias na semana de 66%, sendo também maior entre os homens (73%) e menor entre as mulheres (61%) como no presente trabalho. De uma maneira geral, estudos mostram que no Brasil, a população apresenta baixo consumo de leguminosas^{13,14}, com crescente queda ao longo dos anos, ou seja, em 2011 de 67,6% para 59,5% em 2017, ano em que a frequência do consumo de feijão foi maior entre homens (66,4%) do que entre mulheres (53,6%), apresentando pouca variação entre as faixas de idade e diminuiu com o aumento da escolaridade¹¹.

Por outro lado, o consumo de carnes apresentou-se bastante notório, metade do grupo estudado apresentou adequação para o seu consumo, mais expressivo entre as mulheres, enquanto que, os homens destacaram-se no consumo acima das recomendações.

O presente estudo demonstrou uma baixíssima prevalência do uso de sal extra acrescentado ao alimento depois de pronto, ou seja, na mesa, confirmando enquanto uma prática saudável recomendada pelo Ministério

da Saúde^{3,8}. Importante salientar, no entanto, que o fato destes profissionais não acrescentarem sal ao prato não significa que consomem pouco sal. Segundo dados da POF de 2008/2009²⁵, a população brasileira consome mais que o dobro de sal (12g), na preparação dos alimentos quando comparado à recomendação da OMS de, no máximo, 5g de cloreto de sódio por dia.

É válido ressaltar que o efeito da quantidade de ingestão dietética de sal na pressão arterial tem sido investigado em numerosos estudos de triagem epidemiológica, estudos clínicos e experimentais em animais.²⁶ Evidências conclusivas mostram que a ingestão de sal dietético de alto nível está intimamente associada à hipertensão arterial e ao desenvolvimento de lesões em órgãos-alvo relacionados à hipertensão²⁷; no entanto, muitos estudos relatam que a alta ingestão dietética de sódio afeta negativamente os sistemas cardiovascular e cerebrovascular, independente da pressão arterial elevada^{28,29}.

No presente estudo, levantou-se o consumo de guloseimas industrializadas em geral, incluindo salgadinhos fritos, embutidos e doces, cuja adequação foi verificada em, apenas, 1/3 do grupo. A maioria apresentou uma elevada frequência de consumo destes alimentos corroborando com os resultados de outros estudos^{30,31}, sendo preocupante uma vez que o consumo aumentado de alimentos ricos em gordura, sal e açúcar está correlacionado ao excesso de peso e elevado risco cardiovascular³². Extrapolando estes dados para a população brasileira, de acordo com a POF realizada em 2008/2009, os brasileiros apresentam alto consumo destes alimentos^{13,14}.

O consumo de óleos e gorduras para o preparo dos alimentos mostrou-se adequado neste grupo, pois mais de 2/3 mantém prática de não consumir a gordura visível das carnes, assim como usam óleo vegetal no preparo dos alimentos, e 1/3 cozinham com banha ou manteiga, e ainda, 12 (5%) respostas foram excluídas para esta questão por apresentarem mais de uma resposta, ou seja, usam banha e óleo no preparo dos alimentos, tendo em vista que esta região é agrícola e esta prática é expressiva. Ressalta-se aqui uma limitação do instrumento utilizado que considera apenas o consumo de óleo vegetal como adequado,

tendo em vista que o mais importante é a quantidade e a forma como esse óleo, ou mesmo banha, será utilizado, tendo em vista a cultura alimentar desta região.

A maioria dos trabalhadores de saúde investigados informou um consumo hídrico abaixo da quantidade de 8 ou mais copos/dia (76,5%), tornando-se uma informação preocupante pelas consequências maléficas à saúde, aproximando-se dos achados de Preto e col¹⁰. Ao contrário do consumo de bebidas alcoólicas, no qual a grande maioria encontrou-se dentro das recomendações de nunca consumir ou raramente (menos que mensalmente). E ainda, nas mulheres e nos participantes de menor escolaridade prevaleceu o consumo adequado. Estes resultados foram similares ao de Bazarganeet al³³ e muito distantes dos verificados por Brites e Abreu³⁴ em que 12,7% dos pesquisados faziam uso nocivo e provável dependência.

Dados da VIGITEL de 2006 a 2017,¹¹ o consumo de álcool levantado desde 2013, mostrou aumento de 16,4% para 19,1% no período, mantendo-se estável nos últimos 2 anos. No conjunto das 27 cidades, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias foi de 19,1%, sendo maior para os homens (27,1%) do que para as mulheres (12,2%). Em ambos os gêneros, a frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas tendeu a diminuir com a idade a partir dos 35 anos e a aumentar com a escolaridade, reforçando os achados no presente estudo.

De acordo com o acordo do Ministério da Saúde no Plano de Enfrentamento de DCNT 2011-2022, as ações para o seu enfrentamento inclui, entre outras medidas, a redução da prevalência de obesidade infantil e adulta; a redução do consumo nocivo de álcool; o aumento da atividade física no lazer; o aumento do consumo de frutas e hortaliças; a redução do consumo de sal; entre outras, com vistas a implementar políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e apoiar os serviços de saúde voltados às doenças crônicas¹⁴.

CONCLUSÃO

A recomendação de praticar alimentação adequada e saudável é indicada para toda a população, indistintamente. Neste trabalho, pela somatória dos pontos proposta pelo instrumento de pesquisa, a maioria possui uma alimentação adequada, no entanto, ao analisar individualmente as questões, demonstrou que, apesar de os profissionais de saúde possuírem conhecimento sobre hábitos alimentares saudáveis, ainda se observa uma distância entre o conhecimento e o comportamento referidos por eles.

O instrumento pode, ainda, apresentar fragilidades, pois não é capaz de classificar os hábitos alimentares, bem como a renda dos participantes, mas indica as suas práticas alimentares, sendo útil para subsidiar ações de promoção e prevenção das DCNT. Apesar disto, os trabalhadores apresentam mais adequação nas suas práticas alimentares, entretanto, apresentam consumo de água, frutas, verduras, feijão e de cereais abaixo das recomendações, assim como elevado consumo de frituras e guloseimas industrializadas como salgadinhos e doces em geral, contrariando as metas acordadas pelo Ministério da Saúde contidas no Plano de Enfrentamento de DCNT 2011-2022.

A educação em saúde deve ser uma realidade nas atividades da atenção básica, nos quais os trabalhadores do presente estudo estão inseridos, podendo tornar-se preocupante a forma com que tais orientações são fornecidas, pelo fato de não serem praticadas em seus cotidianos.

Acredita-se que as orientações de alimentação saudável recomendadas pelo MS, OMS e por diversos atores envolvidos com a saúde da população deveriam ser uma constante na vida e na prática diária dos trabalhadores de saúde em todos os níveis de atenção, sobretudo, na atenção primária, que é, em boa medida, responsável pela prevenção e tratamento inicial das DCNT.

Entretanto, é necessário apontar neste trabalho, um possível viés pelo fato do instrumento estar sendo aplicado por profissionais de saúde e em um evento voltado ao tema obesidade, podendo se apresentar enquanto uma limitação do trabalho. Todavia,

é provável, ainda, que alguns profissionais tenham omitido ao referir o próprio hábito como não saudável em suas respostas, pelo fato de serem conhecedores dos hábitos de vida adequados. Outro fator limitante deste estudo foi seu caráter transversal, não sendo possível o acompanhamento das práticas alimentares dos trabalhadores de saúde.

Por fim, acredita-se que a questão de como abordar o conceito de alimentação saudável no âmbito da atenção básica pelos profissionais de saúde pode se tornar, de certo modo e medida, preocupante pois as orientações fornecidas não são, em parte, realizadas por eles, indicando a necessidade de refletir sobre seus próprios hábitos alimentares no cotidiano de suas vidas, considerando todos os fatores envolvidos no ato de decidir o quê, quando e quanto comer. Neste sentido, os trabalhadores de saúde devem assumir a alimentação como o resultado das múltiplas relações entre o biológico e o sócio-cultural-econômico da população da qual assiste, auxiliando-os de acordo com a especificidade de cada sujeito e não, portanto, as restritas receitas de estratégias técnicas a serem repassadas pelos profissionais à população sobre o idealismo alimentar.

AGRADECIMENTOS:

Nossos agradecimentos ao Grupo de Atenção à Obesidade (GAO), organizador do evento e a todos os participantes do evento que entenderam a proposta e a importância deste estudo.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: MS; 2012. [online] [acesso em 2018 Out 15]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao_2ed.pdf
2. World Health Organization (WHO). Diet, nutrition and prevention of chronic diseases. WHO Technical Report Series, n. 916. Report

FAO/WHO Expert Consultation. Geneva: WHO; 2003a. [online] [acesso em 2018 Out 15]. Disponível em: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/>

3. Ministério da Saúde (MS). Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: MS; 2006. [online] [acesso em 2018 Mar 10]. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guia_alimentar_conteudo.pdf

4. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: MS; 2012. [online] [acesso em 2018 Out 15]. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/politicas/pnan>

5. Costa MS, Silva MJ. Qualidade de vida e trabalho: o que pensam os enfermeiros da rede básica de saúde. R Enferm UERJ. 2007; 15(2):[online] [acesso em 2018 Nov 9]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a13.pdf>

6. MacFall M, Nonneman R, Rogers LQ, Mukerji V. Health care student attitudes toward the prevention of cardiovascular disease. Nurs Educ Perspect. 2009; 30(5): [online] [acesso em 2018 Out 2]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19824237>

7. Ministério da Saúde (BR). Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Teste Como está a sua alimentação? Brasília: MS; 2002. [online] [acesso em 2018 Mar 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/como_esta_alimentacao.pdf

8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: MS; 2014a. [online] [acesso em 2018 Nov 19]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf

9. Philippi ST. Redesenho da Pirâmide Alimentar Brasileira para uma alimentação saudável. UDC. 2013; [online] [acesso em 2018 Mar 10]. Disponível em: <http://www.udc.edu.br/libwww/udc/uploads/uploadsMateriais/14052018151529redesenho%20da%20pir%C3%A2mide%20alimentar.pdf>

10. Pretto ADB, Pastore CA, Assunção MCF. Comportamentos relacionados à saúde entre profissionais de ambulatórios do Sistema Único de Saúde no município de Pelotas-RS. Epidemiol. Serv. Saúde. 2014; 23(4):[online] [acesso 2019 Jul 26]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222014000400635&script=sci_abstract&tlng=pt

11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. VIGITEL Brasil 2017. Brasília: MS; 2018. [online] [acesso em 2018 Out 15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_risco.pdf

12. Azevedo ECC, Diniz AS, Monteiro JS, Cabral PC. Padrão alimentar de risco para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal - uma revisão sistemática. Ciênc. saúde coletiva. 2014; 19 (5):[online] [acesso em 2018 Nov 20]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014195.14572013>.

13. Ministério da Saúde (BR). Dez Passos para uma alimentação Saudável. Brasília: MS; 2010. [acesso 2018 Fev 18]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/enpacs_10passos.pdf

14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: MS; 2011. [online] [acesso em 2018 Out 15]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/vigilancia-em->

saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/plano-de-aco-es-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt

15. Oliveira MS, Lacerda LNL, Santos LC, Lopes ACS, Câmara AMCS, Menzel HJK, et al. Consumo de frutas e hortaliças e as condições de saúde de homens e mulheres atendidos na atenção primária à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(8): [online] [acesso em 2019 Abr 17]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802313

16. Toledo MTT, Abreu MN. Lopes ACS. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. *Ver Saude Publica* 2013; 47(3): [online] [acesso em 2019 Jul 5]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013000300540&script=sci_abstract&tlng=pt

17. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Robledo LMG, O'Donnell M, Sullivan R, Yusuf S. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet* 2015; 385(9967):[online] [acesso em 2019 Jul 5]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25468153>

18. Nicklett EJ, Kadell AR. Fruit and vegetable intake among older adults: a scoping review. *Maturitas*. 2013; 75(4):[online] [acesso em 2019 Jul 5]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3713183/>

19. Ebbeling CB, Feldman HA, Klein GL de, Wong JMW de, Bielak L de, Steltz SK de, et al. Efeitos de uma dieta baixa em carboidratos no gasto energético durante a manutenção da perda de peso: estudo randomizado. *BMJ*. 2018; 363: k4583. [online] [acesso em 2014 Nov 18]. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/363/bmj.k4583>

20. Ebbeling CB de, Swain JF de, Feldman HA, Wong WW, Hachey DL, Garcia-Lago E, et al. Efeitos da composição dietética no gasto

energético durante a manutenção da perda de peso. *JAMA*. 2012; 307 (24): 2627-34.[online] [acesso em 2019 Jul 5]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22735432>

21. Almeida G. Pouco carboidrato, muita controvérsia. *Cienc. Cult*. 2017;69(4): 18-19. [online] [acesso em 2019 Jul 5]. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252017000400007

22. HallKD, Bemis T, Brychta R, Chen KY, Courville A, EJ Crayner, et al. Calorie for Calorie, Dietary Fat Restriction Results in More Body Fat Loss than Carbohydrate Restriction in People with Obesity. *Cell Metab*. 2015; 22 (3): 427-36. [online] [acesso em 2019 Jul 5]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26278052>

23. Franz MJ, Van Wormer JJ, Crain AL, Boucher JL, Histon T, Caplan W, et al. Weight-loss outcomes: a systematic review and meta-analysis of weight-loss clinical trials with a minimum 1-year follow-up. *J Am Diet Assoc*. 2007;107(10):1755-67.[online] [acesso em 2019 Jul 5]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17904936>

24. Oh R, Uppaluri KR. Stat Pearls. Dieta de baixo Carboidrato. Treasure Island. 2019. [online] [acesso em 2019 Jul 5]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537084/>

25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2011. [online] [acesso em 2018 Out 15]. Disponível em:

26. Ozkaya B, Dede F, Ates I, Akyel F, Yildirim T, Altun B. A relação entre o consumo de sal na dieta e a variabilidade da pressão arterial ambulatorial em pacientes hipertensos não diabéticos. *Nefrologia*. 2016; 36 (6): 694-700. [online] [acesso em 2019 Jul 5]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27210544>
27. Denton D, Weisinger R, Mundy NI, Wickings EJ, Dixon A, Moisson P, Pingard AM, Shade R, Carey D, Ardaillou R, et al. The effect of increased salt intake on blood pressure of chimpanzees. *Nat Med*. 1995;1(10):1009-16. [online] [acesso em 2019 Jul 5]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7489355>
28. Liu Z, Peng J, Lu F, Zhao Y, Wang S, Sun S, et al. Carga de sal e suplementação de potássio: efeitos no índice de rigidez arterial ambulatorial e níveis de endotelina-1 em pacientes normotensos e hipertensos leves. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2013; 15, pp. 485 – 496: [online] [acesso em 2019 Jun 22]. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbcdha/profissional/revista/21-1.pdf>
29. Stocker SD, Madden CJ, Sved AFO. Excess dietary salt intake alters the excitability of central sympathetic networks. *Physiol Behav*. 2010; 100, p. 519-524. [online] [acesso em 2019 Jun 22]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20434471>
30. Marcondelli P, Costa THM, Schmitz BAA. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3 ao 5 semestres da área da saúde. *Rev Nutr*. 2008; 21(1): [online] [acesso em 2019 Jun 22]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732008000100005&script=sci_abstract&tlng=pt
31. Sobrinho CLN, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(2): [online] [acesso em 2019 Jun 22]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302006000200019
32. Pioltine MB, Paternez ACAC, Morimoto JM. Perfil dietético e risco cardiovascular em adolescentes de uma escola privada de SP. *Rev Cien Saude*. 2013;11(36): [online] [acesso em 2019 Jun 22]. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2014.v23n4/635-644/>
33. Bazargan M, Makar M, Bazargan-Hejazi S, Ani C, Wolf KE. Preventive, lifestyle and personal health behaviors among physicians. *Acad Psychiatry*. 2009; 33(4): [online] [acesso em 2019 Jun 22]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19690108>
34. Brites RMR, Abreu AMM. Padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre os trabalhadores e perfil socioeconômico. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(2): [online] [acesso em 2019 Jun 22]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002014000200002&script=sci_abstract&tlng=pt

Recebido em: 22.09.2019
Aprovado em: 19.12.2019