

Cuidados alimentares e fatores associados em Canoas, RS, Brasil

Concerns about Eating Habits and Associated Factors in Canoas, Rio Grande do Sul State, Brazil

Vera Beatriz Zart

Setor de Vigilância Sanitária, Secretaria Municipal de Saúde de Carazinho-RS, Brasil

Denise Aerts

Faculdade de Medicina e Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil, Canoas-RS, Brasil

Cristiano Rosa

Faculdade de Educação Física, Universidade Luterana do Brasil, Canoas-RS, Brasil

Jorge Umberto Béria

Faculdade de Medicina e Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil, Canoas-RS, Brasil

Beatriz Warth Raymann

Curso de Fonoaudiologia e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil, Canoas-RS, Brasil
Christoffel Blindenmission

Luciana Petrucci Gigante

Faculdade de Medicina e Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil, Canoas-RS, Brasil

Andréia Figueiredo

Faculdade de Medicina e Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil, Canoas-RS, Brasil

Resumo

Foi realizado um estudo transversal, de base populacional, com 1.951 indivíduos de 14 anos e mais, com o objetivo de investigar a associação entre cuidados alimentares e variáveis demográficas, socioeconômicas e outros hábitos relacionados à saúde em Canoas-RS. Desses, 45% referiram consumo de gorduras sem restrições, 61% de doces, 64% de carnes e 81% de farinhas/massas. Ao consumo de carnes sem restrições, associaram-se: sexo masculino; escolaridade entre cinco e oito anos; idade ≤ 59 anos; consumo de gorduras e farinhas/massas sem restrições; e não uso de homeopatia. Ao consumo de gorduras sem restrições, associaram-se: sexo masculino; escolaridade ≤ 8 anos; idade ≤ 59 anos; auto-percepção de vida não-saudável; tabagismo; uso de álcool, não uso de chás e medicamentos; consumo de carnes, doces e farinhas/massas sem restrições; não realização de exames preventivos. Ao consumo de doces sem restrições, associaram-se: idade ≤ 59 anos; auto-percepção de vida não-saudável; consumo de gorduras e farinhas/massas sem restrições. Ao consumo de farinhas/massas sem restrições, associaram-se: sexo masculino, idade ≤ 59 anos; consumo de carnes, gorduras e doces sem restrições. As associações evidenciadas entre ausência de cuidados alimentares e outros hábitos relacionados ao uso de álcool e tabaco, fatores de risco para doenças crônico-degenerativas, apontam para a necessidade da implementação de políticas intersetoriais de promoção da saúde.

Palavras-chave: hábitos alimentares; estilo de vida; promoção da saúde.

Summary

A cross-sectional population-based study was conducted with 1,951 individuals aged >14 years old to investigate the association between concerns about eating habits and eating habits and demographic, socio-economic, and other health-related habits in residents of Canoas, Rio Grande do Sul. Individuals reported unrestricted consumption of fats (45%), meat (64%), sweets (61%), and flours/pastas (81%). The variables associated with unrestricted consumption of meat were: male sex; five to eight years of schooling; people with unrestricted consumption of fats and flours/pastas; and no homeopathic treatment. The variables associated with unrestricted consumption of fats were: male sex; individuals with 8 years of schooling or less; self-perception of their unhealthy lifestyle; smoking; alcohol consumption, no tea drinking and nonuse of medication; unrestricted consumption of meats, sweets and flours/pastas, and absence of preventive exams. The factors associated with unrestricted consumption of sweets were self-perception of their unhealthy lifestyle; and unrestricted consumption of fats and flours/pastas. The variables associated with unrestricted consumption of flours/pastas were: male sex; and unrestricted intake of fats, meats and sweets. Regarding the age group, unrestricted consumption for all variables was associated mainly with people aged less than 59 years old. The associations between eating habits and other risk factors for chronic diseases, like those related to alcohol and tobacco, point out the need for the implementation of health promotion inter-organizational policies.

Key words: eating habits; lifestyle; health promotion; epidemiological factors.

Endereço para correspondência:

Avenida Pátria, 105/201, Centro, Carazinho-RS, Brasil. CEP: 99500-000
E-mail: verazart@terra.com.br

Introdução

Nas últimas décadas, o Brasil vem passando por mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais que determinaram alteração nos padrões demográficos, epidemiológicos e nos hábitos alimentares da população.¹⁻⁴ Dessa forma, o País, que na década de 60 ainda sofria combatendo a desnutrição, passou a enfrentar também o problema da obesidade^{5,6} a partir da década de 90.^{3,7-13}

Além do sobrepeso e da obesidade,^{3,7,10,14,15} a falta de atividade física^{3,15-19} e os hábitos alimentares inadequados^{15,17,19,20} são responsáveis pelo aumento das dislipidemias,^{3,15} estando associados a uma maior prevalência de doenças crônico-degenerativas.^{14,15,20-22} Por sua vez, hábitos alimentares são influenciados por fatores socioeconômicos^{23,24} e, em especial, por fatores culturais^{3,21,23,24-28} que influenciam o aprendizado sobre o quê, com quem, quando e quanto se deve comer. Assim, expressam o estilo de vida, as crenças e os tabus dos grupos sociais.^{3,26,29}

Apesar de os dados sobre o padrão alimentar no País serem escassos e coletados com periodicidade irregular, as informações disponíveis mostram que, nos últimos 20 anos, o brasileiro passou a consumir mais alimentos de origem animal^{3,12} e menos grãos e cereais.^{7,9,17,18} Em algumas regiões, o consumo de gordura^{3,15,18,30} está acima da recomendação máxima de 30% das calorias totais e a proporção de adultos obesos aumentou em mais de 50% desde 1970.²

Os fatores associados aos hábitos alimentares têm sido alvo de vários estudos, pois são considerados fatores de risco para uma série de doenças crônico-degenerativas.^{3,15,21,27} Estudos realizados no Brasil,²⁰ Chile³¹ e Alemanha²⁵ mostraram que, independente do sexo, o total calórico da dieta diminui com a idade, chegando a ser insuficiente no grupo etário acima de 60 anos.^{17,32}

Outros estudos têm demonstrado que homens apresentam um consumo maior de gorduras saturadas,^{3,19,22} colesterol,¹⁸ sal^{3,22} e açúcar¹⁷ do que as mulheres.

No que se refere à inserção socioeconômica,²³ tem sido apontado que a escolaridade³⁰ influencia as práticas alimentares.^{7,8} Essa influência deve-se tanto ao fato da conhecida associação entre baixa escolaridade e baixa renda quanto ao menor acesso a informações nutricionais e baixo poder aquisitivo,^{23,28,30} por parte daqueles que pouco frequentaram a escola.^{2,8}

Assim, sexo,^{3,13} faixa etária^{23,32} e escolaridade^{9,13,17,33} são fatores determinantes dos hábitos alimentares, pois influenciam na adoção de comportamentos de risco ou proteção, de acordo com os padrões culturais pertinentes ao grupo.^{12,26} Além disso, alguns estudos mostram a influência de fatores como tabagismo,^{19,20,23,27} e uso de álcool,^{12,19,20,23,27,33} e a autopercepção da saúde.^{12,26,29,33,34} A forma como cada indivíduo percebe sua própria saúde determina, por sua vez, a adoção de práticas como a realização de consultas médicas e exames,³³⁻³⁵ que também podem estar associadas aos hábitos alimentares, visto o maior contato com os serviços de saúde e a possibilidade de recebimento de orientações.

Estudos realizados no Brasil, Chile e Alemanha mostraram que, independente do sexo, o total calórico da dieta diminui com a idade, chegando a ser insuficiente no grupo etário acima de 60 anos.

A importância do conhecimento de fatores associados aos hábitos alimentares justifica-se pela estreita relação entre dieta e risco de morbimortalidade. Assim, o presente estudo teve por objetivo investigar a associação entre a referência de cuidados alimentares e variáveis demográficas, socioeconômicas, outros hábitos relacionados à saúde e percepção de saúde.

Metodologia

Foi realizado um estudo transversal de base populacional com o objetivo de investigar a prevalência de surdez e as condições de saúde de moradores de Canoas-RS, entre novembro de 2002 a junho de 2003. Esse estudo foi integrado por vários projetos satélites,³⁴ entre eles, o que deu origem a esta pesquisa.

A cidade de Canoas está situada na região Metropolitana de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, e contava com uma população de 306.093 habitantes³⁶ segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para a obtenção de uma amostra representativa de seus moradores, foi utilizada uma amostragem multifásica.

A amostra do estudo maior foi estimada tendo como parâmetros uma prevalência esperada do desfecho de

10%, nível de confiança de 95% e efeito de delineamento 2. Com isso, a amostra foi calculada em 1.040 domicílios, considerando-se uma média de 3,75 pessoas por domicílio (<http://www.ibge.gov.br>, acessado em março de 2009). Inicialmente, foram sorteados 40 dos 391 setores censitários do município. Na segunda etapa, em cada setor, foram selecionados sistematicamente 26 domicílios, utilizando-se o módulo 4. Em cada domicílio, todos os moradores que aceitaram participar do estudo foram incluídos.

Os domicílios foram visitados por dez duplas de entrevistadores que receberam um manual contendo todas as informações necessárias sobre o instrumento de pesquisa e a coleta dos dados. Foram realizadas reuniões que tiveram como objetivo discutir o instrumento de coleta de dados. Essa capacitação foi realizada pelos pesquisadores do estudo.

Para o presente estudo, do total de 2.609 participantes do projeto maior, foram selecionados aqueles com 14 ou mais anos de idade, totalizando 1.954. Desses, três casos foram excluídos por apresentarem dados ignorados. Assim, a amostra foi composta por 1.951 indivíduos. Esse tamanho foi considerado adequado para estimar desfechos com prevalências entre 10% e 40%, com um erro máximo de $\pm 2,5\%$ e nível de significância de 0,05. Além disso, o poder do estudo foi suficiente para detectar razões de prevalência com magnitude igual ou superior a 1,2.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário pré-codificado. As variáveis relacionadas a hábitos de tabagismo; uso de álcool; chás medicinais; vitaminas; homeopatia e medicamentos; realização de exames preventivos periódicos e de consulta médica regular que foram obtidas mediante perguntas fechadas do tipo sim e não. A escolaridade e a idade foram coletadas de forma contínua, sendo depois categorizadas em três faixas: <4 anos, 5 a 8 anos e >9 anos, para a primeira, e <20 anos, de 20 a 59 anos e <60 anos, para a segunda. A variável relacionada à percepção de vida saudável foi coletada por meio da pergunta: "Você considera que está tendo uma vida saudável?", tendo como possibilidade de resposta sim e não.

Foram analisados quatro diferentes desfechos, indicadores da percepção dos sujeitos sobre cuidados/restrições alimentares em relação ao consumo de carnes, gorduras, farinhas/massas e doces. Para tanto, foi perguntado aos entrevistados: você evita consumir algum tipo de carne?; Você evita consumir gorduras?

Você evita consumir farinhas/massas? Você evita consumir doces? Quando uma dessas variáveis foi utilizada como desfecho (consumo de carnes, gorduras, farinhas/massas ou doces sem restrições), as demais ingressaram no modelo como fatores em estudo.

A associação entre cada desfecho e os fatores em estudo foi investigada com uma regressão de Cox modificada para estudos transversais.³⁷ A introdução dos fatores em estudo na regressão ocorreu segundo modelo hierarquizado do processo de determinação dos hábitos alimentares (Figura 1) definido *a priori* pelos autores. Para tanto, considerou-se que as condições socioeconômicas da família influenciam a percepção de saúde de seus moradores. Essas, por sua vez, influenciam o estilo de vida do indivíduo, aqui indicado pelos cuidados no consumo de certos tipos de alimentos, uso de álcool, tabaco e chás. O estilo de vida influencia mais diretamente as condições de saúde, determinando a busca por serviços de saúde, uso de medicamentos, homeopatia e vitaminas. Por fim, considerou-se que o desfecho específico para cada cuidado alimentar é influenciado por todos esses fatores. O sexo e a idade foram introduzidos na primeira etapa do modelo em função de não sofrerem influência de nenhuma outra variável.

Em cada etapa, permaneceram no modelo somente as variáveis que apresentaram associação com nível de significância $\leq 0,10$ na etapa em que ingressaram, com o intuito de não perder possíveis fatores de confusão.^{37,38} Por fim, os modelos finais, foram compostos pelas variáveis que apresentaram nível de significância $< 0,05$ na etapa em que foram introduzidas no modelo e participaram com as razões de prevalências e intervalos de confiança originais.

A análise hierarquizada permite verificar se a associação entre o desfecho e o fator em estudo é direta ou mediada pelo efeito de outras variáveis. Assim, as variáveis que se encontram em um mesmo nível hierárquico funcionam como fatores de confusão para as demais do mesmo nível e para as de níveis inferiores. Por sua vez, essas últimas podem exercer um efeito mediador das influências das variáveis de níveis superiores.³⁸

Considerações éticas

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Luterana do Brasil (2004-060H) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

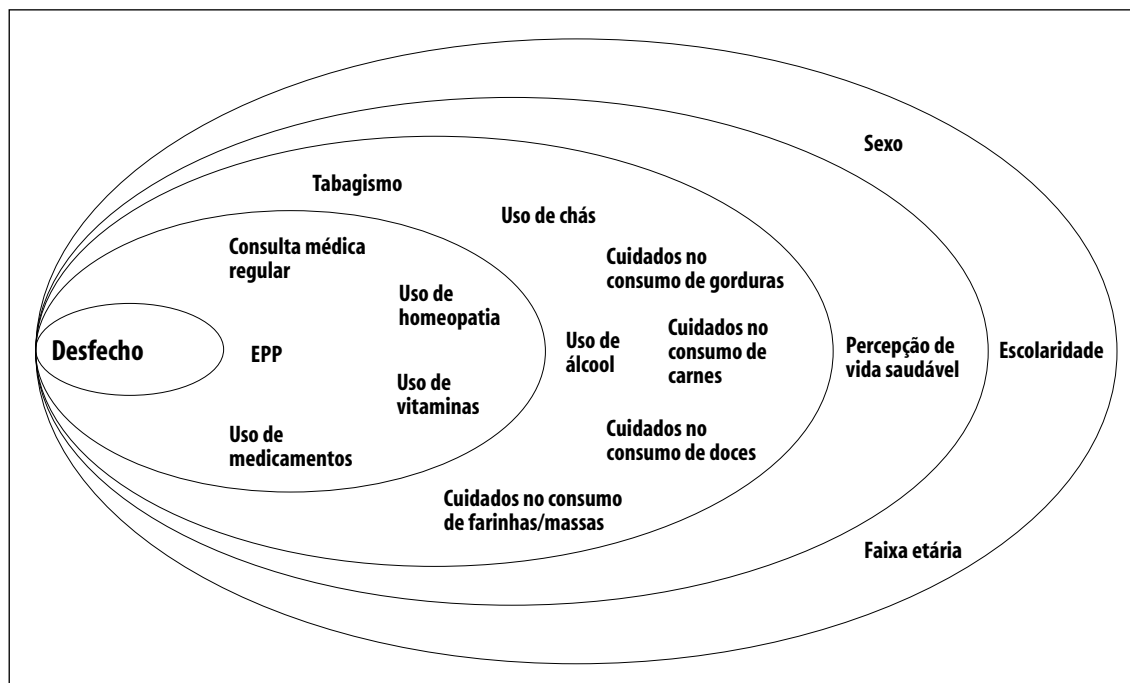


Figura 1 - Modelo hierarquizado do processo de determinação dos cuidados alimentares

Resultados

A maioria dos indivíduos era do sexo feminino, com nove ou mais anos de escolaridade e estava na faixa etária entre 20 e 59 anos (Tabela 1). A comparação entre a distribuição das faixas etárias da amostra e da população de Canoas não mostrou diferenças estatisticamente significativas. No entanto, em relação ao sexo, a pesquisa amostrou mais mulheres do que a proporção existente na população em geral (57,4% na pesquisa *versus* 52,2% na população, com um $\chi^2=21,21$ e $p<0,05$).

Entre os entrevistados, cerca de 82% referiram ter uma vida saudável, 24% eram tabagistas e/ou consumiam álcool, dois terços informaram ter o hábito de consumir chás medicinais e o uso de vitaminas e homeopatia foi mencionado por, cerca de 11% (Tabela 1).

A prática de consulta médica regular e a realização de exames preventivos periódicos foram mencionadas por cerca de metade dos entrevistados. Em contrapartida, grande número de entrevistados não utilizavam medicamentos (62%) (Tabela 1).

Em relação aos hábitos alimentares, as gorduras eram consumidas com mais restrições do que os outros alimentos. Dos pesquisados, 55% consumiam

esse alimento com restrições, enquanto que um menor número apresentou o mesmo cuidado em relação ao consumo de doces (39%), carnes (36%) e farinhas/massas (19%) (Tabela 1).

Os homens apresentaram um consumo sem restrições significativamente maior de carnes, gorduras e farinhas/massas do que as mulheres. Da mesma forma, os indivíduos com escolaridade igual ou inferior a 4 anos e entre cinco a oito anos consumiram mais gorduras do que seus pares de referência. Em relação ao consumo de carnes, foi encontrada diferença estatisticamente significativa apenas entre os de escolaridade maior e intermediária (Tabela 2).

Quanto à faixa etária, essa apresentou associação significativa com todos os desfechos, sendo que os entrevistados com idade inferior ou igual a 59 anos apresentaram maior prevalência de consumo sem restrições dos alimentos do que aqueles com 60 ou mais anos (Tabelas 2 e 3).

Os indivíduos pesquisados que manifestaram percepção de vida não saudável, apresentaram comportamento de risco para o consumo de gorduras e doces sem restrições (Tabelas 2 e 3).

Os tabagistas, que faziam uso de álcool e os que não utilizavam chás medicinais referiram um consumo de

Tabela 1 - Distribuição da população estudada segundo variáveis de interesse, Município de Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2002-2003

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	1.120	57,4
Masculino	831	42,6
Escolaridade		
≤4 anos	506	26,1
5 a 8 anos	690	35,3
≥9 anos	755	36,6
Faixa etária		
<20 anos	261	13,4
20 a 59 anos	1.429	73,2
20 a 59 anos	261	13,4
Vida saudável		
Sim	1.593	81,7
Não	358	18,3
Tabagismo		
Sim	465	23,8
Não	1.486	76,2
Uso de álcool		
Sim	478	24,5
Não	1.473	75,5
Uso de chás medicinais		
Sim	1.285	65,9
Não	666	34,1
Uso de vitaminas		
Sim	213	10,9
Não	1.738	89,1
Uso de homeopatia		
Sim	222	11,3
Não	1.729	88,7
Exames preventivos periódicos		
Sim	956	49,0
Não	995	51,0
Uso de medicamentos		
Sim	742	38,0
Não	1.209	62,0
Consulta médica regular		
Sim	863	44,2
Não	1.088	55,8
Consumo de carnes		
Com restrições	699	35,8
Sem restrições	1.252	64,2
Consumo de gorduras		
Com restrições	1.070	54,8
Sem restrições	881	45,2
Consumo de doces		
Com restrições	755	38,7
Sem restrições	1.196	61,3
Consumo de farinhas e massas		
Com restrições	369	18,9
Sem restrições	1.582	81,1
TOTAL	1.951	100,0

Tabela 2 - Resultados das análises multivariadas para o consumo de carnes e gorduras sem restrições, Município de Canoas-RS, Brasil, 2002-2003

Variáveis	Consumo de carnes sem restrições			Consumo de gorduras sem restrições		
	RP	IC _{95%}	p	RP	IC _{95%}	p
1ª Etapa						
Sexo						
Feminino	1,00	–	–	1,00	–	–
Masculino	1,16	1,09-1,24	0,000 ^a	1,55	1,40-1,70	0,000 ^a
Escolaridade						
>9 anos	1,00	–	–	1,00	–	–
5 a 8 anos	1,13	1,04-1,21	0,002 ^a	1,21	1,08-1,35	0,001 ^a
≤4 anos	1,09	0,99-1,19	0,056	1,21	1,07-1,38	0,002 ^a
Faixa etária						
≥60 anos	1,00	–	–	1,00	–	–
20 a 59 anos	1,28	1,13-1,45	0,000 ^a	1,97	1,57-2,46	0,000 ^a
<20 anos	1,45	1,26-1,68	0,000 ^a	2,74	2,17-3,47	0,000 ^a
2ª Etapa						
Vida saudável						
Sim	1,00	–	–	1,00	–	–
Não	0,99	0,91-1,08	0,914	1,20	1,08-1,34	0,001 ^a
3ª Etapa						
Tabagismo						
Não	1,00	–	–	1,00	–	–
Sim	1,06	0,99-1,15	0,055	1,24	1,13-1,36	0,000 ^a
Uso de álcool						
Não	1,00	–	–	1,00	–	–
Sim	1,05	0,98-1,134	0,198	1,14	1,04-1,25	0,007 ^a
Uso de chás medicinais						
Sim	1,00	–	–	1,00	–	–
Não	1,07	1,00-1,15	0,051	1,12	1,03-1,23	0,009 ^a
Consumo de carnes						
Com restrições				1,00	–	–
Sem restrições				1,72	1,51-1,96	0,000 ^a
Consumo de gorduras						
Com restrições	1,00	–	–			
Sem restrições	1,39	1,29-1,50	0,000 ^a			
Consumo de doces						
Com restrições	1,00	–	–	1,00	–	–
Sem restrições	1,04	0,97-1,12	0,285	1,63	1,45-1,83	0,000 ^a
Consumo de farinhas/massas						
Com restrições	1,00	–	–	1,00	–	–
Sem restrições	1,33	1,18-1,50	0,000 ^a	1,62	1,32-1,98	0,000 ^a
4ª Etapa						
Uso de vitaminas						
Sim	1,00	–	–	1,00	–	–
Não	0,98	0,88-1,10	0,800	1,07	0,91-1,26	0,412
Uso de homeopatia						
Sim	1,00	–	–	1,00	–	–
Não	1,23	1,07-1,41	0,003 ^a	1,14	0,94-1,38	0,192
Exames preventivos						
Sim	1,00	–	–	1,00	–	–
Não	1,08	0,99-1,18	0,066	1,16	1,02-1,32	0,021 ^a
Uso de medicamentos						
Sim	1,00	–	–	1,00	–	–
Não	1,04	0,96-1,12	0,322	1,12	1,02-1,25	0,045 ^a
Consultas médicas						
Sim	1,00	–	–	1,00	–	–
Não	1,02	0,94-1,10	0,651	1,07	0,95-1,20	0,285

a) Apresentaram associação estatisticamente significativa

■ Variáveis que não participaram da etapa

Tabela 3 - Resultados das análises multivariadas para consumo de doces e farinhas/massas sem restrições, Município de Canoas-RS. Brasil, 2002-2003

Variáveis	Consumo de doces sem restrições			Consumo de farinhas e massas sem restrições		
	RP	IC _{95%}	p	RP	IC _{95%}	p
1ª Etapa						
Sexo						
Feminino	1,00	–	–	1,00	–	–
Masculino	1,06	0,99-1,13	0,109	1,11	1,06-1,15	0,000 ^a
Escolaridade						
>9 anos	1,00	–	–	1,00	–	–
5 a 8 anos	0,98	0,91-1,06	0,656	1,00	0,96-1,05	0,848
≤4 anos	0,94	0,85-1,03	0,207	0,97	0,92-1,03	0,381
Faixa etária						
≥60 anos	1,00	–	–	1,00	–	–
20 a 59 anos	1,30	1,12-1,49	0,000 ^a	1,25	1,14-1,37	0,000 ^a
<20 anos	1,68	1,45-1,95	0,000 ^a	1,35	1,22-1,49	0,000 ^a
2ª Etapa						
Vida saudável						
Sim	1,00	–	–	1,00	–	–
Não	1,13	1,04-1,22	0,004 ^a	1,04	0,99-1,10	0,115
3ª Etapa						
Tabagismo						
Não	1,00	–	–	1,00	–	–
Sim	0,94	0,87-1,03	0,199	0,99	0,95-1,04	0,700
Uso de álcool						
Não	1,00	–	–	1,00	–	–
Sim	0,99	0,91-1,08	0,848	0,99	0,95-1,04	0,779
Uso de chás medicinais						
Sim	1,00	–	–	1,00	–	–
Não	1,03	0,95-1,10	0,355	1,04	0,99-1,08	0,051
Consumo de carnes						
Com restrições	1,00	–	–	1,00	–	–
Sem restrições	1,04	0,96-1,13	0,296	1,13	1,08-1,19	0,000 ^a
Consumo de gorduras						
Com restrições	1,00	–	–	1,00	–	–
Sem restrições	1,39	1,29-1,50	0,000 ^a	1,39	1,29-1,50	0,000 ^a
Consumo de doces						
Com restrições	1,00	–	–	1,00	–	–
Sem restrições	1,23	1,17-1,30	0,000 ^a	1,23	1,17-1,30	0,000 ^a
Consumo de farinhas/massas						
Com restrições	1,00	–	–	1,00	–	–
Sem restrições	1,73	1,49-2,01	0,000 ^a	1,73	1,49-2,01	0,000 ^a
4ª Etapa						
Uso de vitaminas						
Sim	1,00	–	–	1,00	–	–
Não	0,94	0,84-1,05	0,255	0,99	0,92-1,06	0,804
Uso de homeopatia						
Sim	1,00	–	–	1,00	–	–
Não	0,94	0,83-1,05	0,278	1,04	0,96-1,12	0,344
Exames preventivos						
Sim	1,00	–	–	1,00	–	–
Não	1,07	0,98-1,17	0,128	1,03	0,97-1,09	0,344
Uso de medicamentos						
Sim	1,00	–	–	1,00	–	–
Não	1,03	0,95-1,11	0,499	1,03	0,98-1,08	0,234
Consultas médicas						
Sim	1,00	–	–	1,00	–	–
Não	1,03	0,95-1,12	0,490	1,03	0,98-1,09	0,224

a) Apresentaram associação estatisticamente significativa

■ Variáveis que não participaram da etapa

gorduras sem restrições com uma prevalência 24%, 14% e 12% maior do que seus pares de referência, respectivamente, sendo que esses hábitos não se associaram aos outros desfechos. O uso de vitaminas não se associou a nenhum dos desfechos investigados. Entretanto, os indivíduos que não faziam uso de homeopatia apresentaram uma prevalência 23% maior de consumo de carnes sem restrições do que os que a utilizavam (Tabela 2).

Em relação à referência de cuidados alimentares, observou-se que os entrevistados que mencionaram consumir gorduras e massas/farinhas sem restrições também apresentaram o mesmo comportamento de risco para todos os demais alimentos (Tabelas 2 e 3).

Não foram encontradas associações significativas entre a realização de consultas médicas regulares e os desfechos. Entretanto, as pessoas que referiram não realizar exames preventivos periódicos ou não utilizar medicamentos apresentaram referência de consumo de gorduras sem restrições significativamente maior do que seus pares de referência.

Discussão

A relação existente entre saúde e alimentação é inequívoca e está profundamente entrelaçada aos aspectos sociais e econômicos de uma sociedade, conferindo às práticas alimentares um significado cultural de grande relevância.^{21,26,27} Essa relação foi analisada no presente estudo. No entanto, um cuidado deve ser tomado na interpretação dos resultados, pois o delineamento transversal não permite o estabelecimento de causalidade e, sim, a investigação de associações entre os desfechos de interesse e fatores em estudo.

O tamanho da amostra revelou-se adequado para os objetivos propostos, pois teve poder para detectar razões de prevalência de pequena magnitude ($\geq 1,2$). Entretanto, as perdas ocorridas no estudo maior produziram um viés de seleção que amostrou mais as mulheres do que homens. Apesar dessa perda, encontrou-se associações significativas com praticamente todos os desfechos, indicando que os homens referiram consumir mais carnes, gorduras e farinhas/massas sem restrições do que as mulheres. No entanto, é impossível afirmar se essa situação é verdadeira para o conjunto de moradores do sexo masculino de Canoas ou se foi determinada pela perda de indivíduos que apresentavam maiores cuidados alimentares.

Não foi encontrada associação entre sexo e a referência de consumo de doces sem restrições, fato esse evidenciado por vários estudos que asseveraram existir entre os homens uma maior ingestão de carboidratos³⁹ e gorduras saturadas^{4,16,22} fatores predisponentes à obesidade e doenças cardiovasculares.^{6,14,40} É possível que, no caso de cuidados com o consumo de doces, homens e mulheres tenham um padrão alimentar semelhante em função da herança cultural, pois Canoas é uma cidade constituída em grande parte por imigrantes alemães, que trouxeram arraigados a seu estilo de vida o hábito alimentar do consumo de doces em suas mais diferentes formas.

Autores apontam que indivíduos de baixa escolaridade e renda familiar de até três salários mínimos apresentam um estilo de vida mais sedentário²⁴ e consomem maior quantidade de carnes e gorduras.^{7,9} Esses dados corroboram os do presente estudo, em que os indivíduos com escolaridade entre cinco e oito anos informaram consumir sem restrições mais carnes e gorduras do que aqueles com escolaridade maior do que nove anos. Entretanto, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa para a referência de consumo de carnes entre indivíduos com escolaridade inferior a cinco anos e os de maior escolaridade. É possível que isso decorra do custo da carne em nosso meio, determinando um consumo mais reduzido desse alimento devido a questões financeiras e não como uma medida de promoção ou prática de saúde, o que possivelmente ocorre entre os indivíduos com mais escolaridade. Situação diferente foi evidenciada em relação aos cuidados com o consumo de gorduras sem restrições, que por serem mais acessíveis, foram mais referidas nos grupos populacionais de mais baixa inserção socioeconômica.

As alterações metabólicas, fisiológicas e psicológicas inerentes ao processo de envelhecimento são fatores determinantes das modificações alimentares que ocorrem no indivíduo após os 50 anos de idade.^{2,32} Os indivíduos com idade entre 14 e 59 anos referiram menos cuidados com o consumo de carnes, gorduras, doces e farinhas/massas, informando maior consumo sem restrições. A maior referência de cuidados na redução de carnes, que ocorreu entre os entrevistados com idade igual ou superior a 60 anos, pode estar relacionada ao alto custo desse alimento, baixo poder aquisitivo, gasto excessivo com medicamentos e às perdas dentárias, presentes entre essas pessoas.^{33,40,41}

É importante ressaltar que muitos indivíduos, nessa faixa etária, também restringem o consumo dos nutrientes referidos como medida preventiva ou mesmo terapêutica em relação às doenças cardiovasculares³⁰ e digestivas.

O autocuidado está relacionado à percepção que cada indivíduo possui de si próprio³⁴ e influencia suas práticas de prevenção e promoção de saúde.²⁹ Autores têm demonstrado que indivíduos com percepção de saúde negativa realizam menos consultas médicas³⁴ e possuem menor autocuidado.³⁵ Essa situação foi evidenciada neste estudo, pois os indivíduos que referiram percepção de vida não saudável também informaram consumir mais gorduras sem restrições.

A associação entre o consumo de álcool e fumo tem sido descrita em vários estudos^{4,19-21} potencializando o risco para doenças crônico-degenerativas,^{6,42} sendo mais prevalente entre indivíduos do sexo masculino,^{4,6,19,23,29,33} de baixo nível cultural, profissional e econômico.³³ Semelhante ao estudo de Chor,²² encontrou-se associação entre tabagismo, uso de álcool e referência ao consumo de gorduras sem restrições, associação que deve ser ressaltada pelo efeito deletério para a saúde dos indivíduos da combinação desses hábitos.

No Brasil, o consumo de chás medicinais e de homeopatia faz parte da cultura^{3,23} constituindo-se como prática de medicina caseira no combate as doenças, comumente utilizadas pela população.⁴⁵ Além disso, também pode representar uma resposta às dificuldades de acesso à assistência médica, aos exames e aos medicamentos. A opção por uma medicina homeopática em detrimento da alopatia depende da opção e dos valores culturais de cada indivíduo, mas o uso dessas práticas sugere uma preocupação dos indivíduos com sua saúde.^{26,33} Isso parece ser verdade, pois os que não informaram fazer uso de chás medicinais referiram menos cuidados com o consumo de gorduras e os que não utilizavam homeopatia, mais carnes.

Para alguns autores, a realização de exames preventivos periódicos está relacionada com a autopercepção de saúde^{26,33} menor utilização de serviços de saúde está associada à baixa renda, mesmo após a padronização por idade, sexo e uso de medicamentos.^{9,41,44} Resultados semelhantes foram identificados no presente estudo, em que os indivíduos que não realizavam exames preventivos periódicos, não utilizavam medicamentos e que apresentavam uma pior percepção de sua própria

saúde foram os que mais referiram consumir gorduras sem restrições.

Muitos autores têm descrito a crescente substituição das proteínas vegetais por animais¹² e de carboidratos por lipídios^{4,15,39} na dieta ocidental, fato que está relacionado mais ao custo dos alimentos do que ao conhecimento do seu valor nutricional.^{8,9} Esse padrão alimentar foi evidenciado no presente estudo, em que foi encontrada associação entre a referência de consumo de carnes, gorduras e farinhas/massas sem restrições. Da mesma forma, a referência de consumo de doces, gorduras e farinhas/massas esteve associado, sugerindo a alta densidade energética e o elevado teor de gorduras e açúcares simples presentes na dieta dos moradores de Canoas.

Os achados do presente estudo evidenciam o quanto a alimentação reflete os valores, as crenças e os recursos naturais de cada povo. No Rio Grande do Sul, os tropeiros deixaram o maior legado: o churrasco que hoje, mais do que uma tradição, é uma instituição cultural. A carne utilizada é a costela gorda, a picanha, a ovelha e a linguíça de suíno. Essa prática cultural vem corroborar a associação encontrada entre a referência de consumo de carnes e gorduras sem restrições.⁴⁵

A grande disponibilidade de alimentos processados,³ a maior facilidade de aquisição e a diminuição do tempo disponível para o preparo dos alimentos são fatores responsáveis pelo maior consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas¹⁵ e açúcares,^{3,14,15,17,23} pobres em carboidratos complexos^{3,15,17} e pelo aumento dos gastos com preparações pré-prontas³ na maioria das vezes extremamente calóricas.^{4,13}

As mudanças na estrutura da população, a maior urbanização e o ingresso da mulher na população economicamente ativa,^{3,21} contribuíram de forma relevante para as alterações dos padrões alimentares, que, aliados ao sedentarismo,⁴² são considerados atualmente determinantes do aumento da prevalência da obesidade no Brasil.^{2,3,23}

Os resultados mostraram que os indivíduos mais jovens, os do sexo masculino e os com escolaridade mais baixa foram os que apresentaram, de forma geral, maior referência de consumo de alimentos sem restrições. Além disso, evidenciou-se associação entre hábitos alimentares não adequados e outros hábitos nocivos à saúde, como o uso de álcool e fumo. Assim, a morbidade relacionada ao estilo de vida assume maior

relevância, uma vez que as doenças transmissíveis⁴⁶ já não são as maiores responsáveis pela carga total de enfermidades.^{9,14}

Diante do exposto, é incontestável a necessidade de se investigar também a representação social dos hábitos alimentares, investindo em pesquisas com

abordagens qualitativas. Conhecer a percepção dos indivíduos e dos grupos populacionais sobre a saúde e suas práticas alimentares é de extrema importância para o planejamento de ações e políticas intersetoriais, indispensáveis para a promoção da saúde da população.

Referências

1. Batista-Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2003 [acesso em mar 2004];19:181-191. Disponível em: <http://www.scielo.br>
2. Bonomo E, Caiaffa WT, Cesar CC, Lopes ACS, Lima-Costa ME. Consumo alimentar da população adulta segundo perfil sócio-econômico e demográfico: Projeto Bambuí. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2003 [acesso em dez 2003];19(5): 1461-1471. Disponível em: <http://www.scielo.br>
3. Rinaldi AEM, Pereira AF, Macedo CS, Mota JF, Burini RC. Contribuições das práticas alimentares e inatividade física para o excesso de peso infantil. *Revista Paulista de Pediatria* [Internet]. 2008 [acesso em jan 2009];26(3):271-277. Disponível em: <http://www.scielo.br>
4. Malta DC, Moura EC, Castro AM, Cruz DKA, Morais Neto OL, Monteiro CA. Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas, 2006. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2009 [acesso em jan 2009];18(1):7-16. Disponível em: <http://www.scielo.br>
5. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de alimentação e nutrição [Internet]. Brasília: MS; 2003 [acesso em ago 2009]. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/documentos/pnan.pdf>
6. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro [Internet]. Brasília: MS; 2005 [acesso em jan 2009]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>
7. Monteiro CA, Conde WL. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia* [Internet]. 1999 [acesso em dez 2003];43:186-194. Disponível em: <http://www.scielo.br>
8. Monteiro CA, Conde WL, Castro IRR. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2003 [acesso em jul 2004]; 19 Suppl 1:67-75. Disponível em: <http://www.scielo.br>
9. Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Independent effects of income and education on the risk of obesity in the Brazilian adult population. *Journal of Nutrition* 2001;131:881-886.
10. Monteiro CA, Cesar G, Victora G, Barros FC, Tomasi E. Diagnóstico de sobrepeso em adolescentes: estudo de desempenho de diferentes critérios para o Índice de Massa Corporal. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2000 [acesso em mar 2004];34(5):506-513. Disponível em: <http://www.scielo.br>
11. Murrieta RSS. Dialética do sabor: alimentação, ecologia e vida cotidiana em comunidades ribeirinhas da Ilha de Ituqui, Baixo Amazonas, Pará. *Revista de Antropologia* [Internet]. 2001 [acesso em nov 2003];44(2):39-88. Disponível em: <http://www.scielo.br>
12. Malta DC, Cezário AC, Lenildo M, Morais Neto OL, Silva Júnior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006;15(3):47-65.
13. Toral N, Slater B, Silva MV. Consumo alimentar e excesso de peso de adolescentes de Piracicaba, São Paulo. *Revista de Nutrição* [Internet]. 2007 [acesso em jan 2009];20(5):449-459. Disponível em: <http://www.scielo.br>

14. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças crônicas degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde [Internet]. 2003 [acesso em jan 2004];1-60. Disponível em: <http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=66>
15. Carvalho GQ, Alfenas RCG. Índice glicêmico: uma abordagem crítica acerca de sua utilização na prevenção e no tratamento de fatores de risco cardiovasculares. *Revista de Nutrição* [Internet]. 2008 [acesso em jan 2009];21(5):577-587. Disponível em: <http://www.scielo.br>
16. Ballesteros AJM, Dal-Re SM, Pérez-Farínós N, Villar VC. La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad: estrategia NAOS. *Revista Española de Salud Pública* [Internet]. 2007 [acesso em fev 2009];81(5):443-449. Disponível em: <http://scielo.isciii.es>
17. Monteiro CA, Mondini L, Costa RB. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2000 [acesso em ago 2004];34(3):251-258. Disponível em: <http://www.scielo.br>
18. Marcondelli P, Costa THM, Schmitz BAS. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área da saúde. *Revista de Nutrição* [Internet]. 2008 [acesso em jan 2009];21(1):39-47. Disponível em: <http://www.scielo.br>
19. Moura EC, Morais NOL, Malta DC, Moura L, Silva NN, Bernal R, et al. Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Internet]. 2008 [acesso em fev 2009]; 11 Supl. 1:20-37. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php>
20. Peixoto MRG, Monego ET, Alexandre VP, Souza RGM, Moura EC. Monitoramento por entrevistas telefônicas de fatores de risco para doenças crônicas: experiência de Goiânia, Goiás, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso em fev 2009];24(6):1323-1333. Disponível em: <http://www.scielo.br>
21. Sobral CRM. Determinantes da autopercepção de saúde entre mulheres frequentadoras do Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo (Cepeusp) [dissertação de Mestrado]. São Paulo (SP): USP; 2007.
22. Chor D. Perfil de risco cardiovascular de funcionários de banco estatal [tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 1997.
23. Vieira ACR, Sichieri R. Associação do status socioeconômico com obesidade. *Physis* [Internet]. 2008 [acesso em fev 2009];18(3). Disponível em: <http://www.scielo.br>
24. Azevedo MR, Horta BL, Gigante DP, Victora CG, Barros FC. Fatores associados ao sedentarismo no lazer de adultos na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso em fev 2009];42 Supl. 2:70-77. Disponível em: <http://www.scielo.br>
25. Hulshol KE, Wedel M, Lowik MR, Kok FJ, Kistemaker C, Hermus RJ, et al. Clustering of dietary variables and other lifestyle factors (Dutch Nutritional Surveillance System). *Journal of Epidemiology and Community Health* 1992;46:417-424.
26. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 4th ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
27. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável [Internet]. Brasília: MS; 2006 [acesso em ago 2009]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_1109_M.pdf
28. Gomes FS. Frutas, legumes e verduras: recomendações técnicas versus constructos sociais. *Revista de Nutrição* [Internet]. 2007 [acesso em fev 2009];20(6):669-680. Disponível em: <http://www.scielo.br>
29. Toral N, Slater B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [acesso em fev 2009];12(6):1641-1650. Disponível em: <http://www.scielo.br>
30. Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso em jan 2009];24 Supl. 2:s332-s340. Disponível em: <http://www.scielo.br>
31. Lopez MÁE. Etapas del cambio conductual ante la ingesta de frutas y verduras, control de peso y ejercicio físico de estudiantes de la universidad del desarrollo, sede concepción, Chile. *Revista Chilena de Nutrición* [Internet]. 2008 [acesso em jan

- 2009];35(3):215-224. Disponível em: <http://www.scielo.br>
32. Machado JS, Souza VV, Ávila Teixeira V, Ramos FRM, Frank AA. Perfil nutricional de idosos freqüentadores da associação recreativa de Copacabana, Rio de Janeiro. *Nutrição Brasil* 2004;3(2).
33. Barros MVG, Nahas MV. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2001 [acesso em ago 2004];35(6):554-563. Disponível em: <http://www.scielo.br>
34. Garbinato LR, Béria JU, Figueiredo ACL, Raymann B, Gigante LP, Palazzo LS, et al. Prevalência de internação hospitalar e fatores associados: um estudo de base populacional em um centro urbano no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2007 [acesso em fev 2009];23(1):17-24. Disponível em: <http://www.scielo.br>
35. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2004 [acesso em set 2004];38(2):228-238. Disponível em: <http://www.scielo.br>
36. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; c2001 [acesso em mar 2009]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
37. Barros A, Hirakata V. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodolog* 2003 Oct;3(21):1-13.
38. Aerts D, Drachler ML, Giugliani ERJ. Determinantes do retardo no crescimento no sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2004 [acesso em dez 2004];20(5):1182-1190. Disponível em: <http://www.scielo.br>
39. Castro MBT, Anjos LA, Lourenco PM. Padrão dietético e estado nutricional de operários de uma empresa metalúrgica do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2004 [acesso em nov 2004];20(4):926-934. Disponível em: <http://www.scielo.br>
40. Marcopito LF, Rodrigues SSF, Pacheco MA, Shirassu MM, Goldfeder AJ, Moraes MA. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2005 [acesso em jan 2009];39(5):738-745. Disponível em: <http://www.scielo.br>
41. Pinheiro RS, Travassos C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública* 1999;15(3):487-496. <http://www.scielo.br>
42. Malta DC, Castro AM, Gosch CS, Cruz DKA, Bressan A, Nogueira JD, et al. A política nacional de promoção da saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2009 [acesso em jan 2009];18(1):79-86. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>
43. Araújo EC. Homeopatia: uma abordagem do sujeito no processo de adoecimento. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2008 [acesso em fev 2009];13 Supl:663-667. Disponível em: <http://www.scielo.br>
44. Marcenes W, Steele JG, Sheiham A, Walls AWG. The relationship between dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status, and body mass index in older people. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2003 [acesso em mar 2004];19(3):809-815. Disponível em: <http://www.scielo.br>
45. Arana E. Dicas de churrasco de Edgar Arana [Internet] [acesso em jan 2005]. Disponível em: <http://arana.vilabol.uol.com.br/HPChurrasco/hpChurrasco.htm>
46. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde [Internet] Brasília: MS; 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>

Recebido em 22/03/2009
Aprovado em 09/10/2009