

XVIII

CIC

XI ENPOS
I MOSTRA CIENTÍFICA



Evoluir sem extinguir:
por uma ciência do devir



CARACTERÍSTICAS DOS ADOLESCENTES PERTENCENTES À COORTE 1993 QUE CONSOMEM O PADRÃO COMUM BRASILEIRO COMO HÁBITO ALIMENTAR. PELOTAS/RS

**REHBEIN, Fabrícia¹; MADRUGA, Samanta Winck²; ARAÚJO, Cora Luíza²;
BONOTTO, Gabriel Missaggia¹**

1. Acadêmicos da Faculdade de Nutrição da UFPel. fabricia.rehbein@gmail.com
2. Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da UFPel

1. INTRODUÇÃO

Os adolescentes tendem a viver intensamente o dia atual, não se importando como seus hábitos alimentares ou se sua ingestão possam vir a influenciar sua saúde e estado nutricional (Sargent et al., 1994). Estudos têm mostrado consideráveis diferenças entre o consumo declarado pelos adolescentes e os padrões alimentares recomendados, referente a alimentos e conseqüentemente ao consumo de energia e de nutrientes (Kazapi et al 2001). A adolescência, segundo Jacobson (1998), é o momento privilegiado para se colocar em prática medidas preventivas, uma vez que os hábitos alimentares criados quando o indivíduo afirma sua independência, aparentemente persistem na idade adulta.

O padrão de consumo de alimentos, mais que a ausência específica de nutrientes na dieta, expressa situações reais de disponibilidade de alimentos e de condições diferenciadas de inserção ou não das populações nos diferentes cenários sociais (Sichieri, 2003). A escolha do alimento revela muitas vezes a que grupo se pertence, seja este social, étnico ou de idade (Bleil, 1998).

O Questionário de Freqüência Alimentar (QFA) é amplamente empregado na epidemiologia nutricional por possibilitar a classificação de grupos populacionais de acordo com o seu consumo alimentar habitual, identificar indivíduos com padrões extremos de consumo e monitorar tendências nos comportamentos alimentares ao longo do tempo (Colucci, 2004).

O objetivo deste estudo foi descrever os fatores relacionados ao padrão alimentar chamado de “comum brasileiro” consumido pelos adolescentes pertencentes à coorte de nascidos em Pelotas, em 1993.

2. METODOLOGIA

Estudo transversal aninhado a uma coorte de todos os adolescentes nascidos no ano de 1993 (14-15 anos de idade) na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. O instrumento utilizado para a coleta dos padrões alimentares foi o QFA constituído de 81 itens alimentares. Foram encontrados cinco padrões que

caracterizaram os adolescentes. No presente estudo foi realizada uma descrição das características daqueles que possuem maior adesão ao padrão alimentar chamado de “comum brasileiro”. Este padrão recebeu este nome, pois os alimentos que contribuíram na sua formação foram: arroz, feijão, café, açúcar, cebola e alho, pão caseiro e suco artificial.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados referem-se aos cerca de 25% da amostra (n=868) que pertencem ao quintil superior de adesão ao consumo do padrão alimentar “comum brasileiro”.

TABELA1: Descrição da amostra de acordo com o percentual de adesão ao consumo do padrão alimentar “comum brasileiro”. Coorte de 1993, Pelotas/RS.

Variável	Padrão alimentar comum brasileiro	
	N	%
Estado nutricional*		
Magro	12	20
Eutrófico	651	27,20
Sobrepeso	110	20,72
Obeso	51	18,21
Sexo		
Masculino	464	27,73
Feminino	404	22,44
Índice de bens**		
1	276	41,75
2	247	38,18
3	194	29,35
4	107	15,29
5	40	5,13
Cor da pele		
Branco	463	20,53
Preto/pardo	374	34,92
Outro	30	24,79

* Classificação de acordo com os pontos de corte do índice de massa corporal propostos pela OMS em 2007.

** Índice de bens em quintis.

Os adolescentes eutróficos apresentaram um maior consumo do padrão comum brasileiro, do que aqueles classificados em sobrepeso ou obesidade. Entre os indivíduos obesos apenas 18% aderem a esse padrão. Sichieri (2002) mostrou que o padrão de consumo alimentar tradicional, baseado em arroz e feijão, foi protetor para a presença de sobrepeso e obesidade.

Em relação ao sexo, o masculino foi o que mais aderiu ao padrão alimentar “comum brasileiro”.

Ao analisar esse padrão de consumo em relação ao nível econômico é possível observar que houve maior aderência pelo grupo de menor renda. Em estudo semelhante, Santos et al.(2005), observou que entre os alimentos consumidos habitualmente entre adolescentes de escola estaduais da Bahia destacaram-se o arroz e o feijão. Em Estudo Multicêntrico sobre Consumo Alimentar (EMCA), realizado em 1997 se constatou que o arroz e o feijão ocuparam a primeira e quarta posição de prioridade para os indivíduos de menor renda, e para os mais abastados estes alimentos estiveram, respectivamente, em segundo e décimo segundo lugar.

Essas diferenças entre os níveis econômicos podem estar expressando a redução no consumo de alimentos tradicionais, como o arroz e o feijão, pelas famílias de maior renda, que tem como possível causa a crescente presença de alimentos industrializados expressando essas mudanças na alimentação em direção à dieta ocidental (Garcia,2003)

Os adolescentes de cor de pele preta/parda apresentaram um maior consumo do padrão comum brasileiro do que aqueles de cor branca, possivelmente pelo fato da cor da pele negra estar associado à baixa renda, visto que, a probabilidade de um indivíduo negro ser pobre é mais do que o dobro da probabilidade de um indivíduo branco ser pobre (Zuchi, 2001).

Assim como no presente estudo, Garcia et al. (2003) também constatou o reduzido consumo de frutas e hortaliças entre adolescentes brasileiros. O padrão alimentar comum brasileiro pode apresentar pouca diversidade de nutrientes, pelo baixo consumo de frutas e verduras. De acordo com a Organização Mundial de Saúde existe uma recomendação de consumo mínimo diário de 400 gramas destes alimentos, com objetivo de diminuir a incidência e prevalência de doenças crônicas e reduzir as deficiências de micronutrientes (Bonomo et al. 2003). Entretanto, é importante ressaltar o valor da combinação do arroz com o feijão, fornecendo aminoácidos essenciais, importante aporte protéico vegetal, além do alto conteúdo de fibras, ácido fólico e ferro contido no feijão (Santos et al. 2005).

O hábito de consumir cebola e alho pelos adolescentes da coorte de 1993 é benéfico pelo fato desses alimentos possuírem fitoquímicos, compostos que em determinadas quantidades modificam o metabolismo humano de maneira favorável à prevenção do câncer e de outras doenças degenerativas (Anjo, 2004).

Outro alimento que compõe o padrão alimentar “comum brasileiro” encontrado no presente estudo foi o açúcar. Esse achado é motivo de preocupação, tendo em vista os efeitos deletérios destes alimentos quando consumidos de forma excessiva em relação ao conjunto da alimentação. Os carboidratos simples são fontes de energia vazias, além de serem danosos para a saúde oral. (Carvalho et al 2001).

Outro alimento que compõe esse padrão é o pão caseiro. Esse alimento pode ser ou não benéfico, visto que, pode ser produzido com gordura animal, a qual possui grandes quantidades de gordura saturada e colesterol. O consumo elevado desses lipídeos pode aumentar o risco de doença coronariana (Monteiro et al 2000).

4. CONCLUSÃO

Indivíduos do sexo masculino, de cor da pele preta, de menor condição socioeconômica e com estado nutricional normal são os que mais aderem ao padrão comum brasileiro. Embora o Ministério da Saúde se refira à combinação do arroz e feijão (alimentos principais deste padrão) como completa em relação a proteínas,

sugere-se à população que possui alta adesão a este padrão que o consumo de frutas e vegetais seja estimulado, a fim de que o equilíbrio da dieta e a melhor qualidade da mesma sejam atingidos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANJO DFC. **Alimentos funcionais em angiologia e cirurgia vascular.** J Vasc Br 3(2):145-54.2004.
- BLEIL SI. Padrão **Alimentar Ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil.** Revista Cadernos de Debate Vol. VI, 1998.
- BONOMO E, CAIAFFA WT, CESAR CC, LOPES ACS, COSTA MFL. **Consumo alimentar da população adulta segundo perfil sócio-econômico e demográfico: Projeto Bambuí.** Cad Saúde Publica;19(5):1461-71. 2003.
- CARVALHO CMRG, NOGUEIRA AMT, TELES JBM, PAZ SMR, SOUZA RML. **Consumo alimentar de adolescentes matriculados em um colégio particular de Teresina, Piauí, Brasil.** Rev. Nutr. v.14 n.2. 2001.
- COLUCCI ACA. **Desenvolvimento de um questionário de freqüência alimentar para avaliação do consumo alimentar de crianças de 2 a 5 anos de idade.** Rev. Bras. Epidemiologia 7(4):393-401. 2004.
- GARCIA BCG, GAMBARDELLA DMA, FRUTOSA PFM. **Estado nutricional e consumo alimentar de adolescentes de um centro de juventude da cidade de São Paulo.** Rev. Nutr. v.16 n.1. 2003.
- GARCIA RW. **Reflexos da globalização na cultura alimentar considerações sobre as mudanças na alimentação urbana.** Rev. Nutr. vol.16 no.4. 2003.
- ENCA, Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Estudo multicêntrico de consumo alimentar.** Ministério da Saúde: Brasília; 1997
- JACOBSON MS, EISENSTEIN E, COELHO CS. **Aspectos nutricionais na adolescência.** Anais Nestlé,v.55, n.24, p.24-33. 1998.
- KAZAPI MI, PIETRO PF, AVANCINI SRP, FREITAS SFT. **Consumo de energia e macronutrientes por adolescentes de escolas públicas e privadas** Rev. Nutr. vol.14. 2001.
- MONTEIRO CA, MONDINI L, COSTA RBL **Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996)** Rev. Saúde Pública vol.34 n.3 .2000.
- SARGENT RG, KEMPER KA, SCHULKEN E. **Dietary behaviors of South Carolina adolescents.** J S C Med Assoc 90(6):263-9. 1994.
- SANTOS JS, COSTA MCO, SOBRINHO CLN, SILVA MCM, SOUZA KEP, MELO BO. **Perfil antropométrico e consumo alimentar de adolescentes de Teixeira de Freitas – Bahia.** Rev. Nutr. vol.18 no.5. 2005.
- SICHERI R, CASTRO JFG, MOURA AS. **Fatores associados ao padrão de consumo alimentar da população brasileira urbana.** Cad. Saúde Pública19(Sup.1): S47-S53. 2003.
- SICHERI R. **Dietary Patterns and Their Associations with Obesity in the Brazilian City of Rio de Janeiro.** OBESITY RESEARCH Vol. 10 No. 1. 2002.
- ZUCHI J, **Desigualdades de renda no Brasil em 2001:a influência da cor e da educação.** Concurso de Monografias, Prêmio IPEA. 2003.

6. AGRADECIMENTOS

O estudo de coorte é apoiado pela fundação *Wellcome Trust*. As fases iniciais do estudo de coorte foram financiadas pela União Européia, pelo Programa Nacional para Centros de Excelência (PRONEX), pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pelo Ministério da Saúde do Brasil.