

**COMPORTAMENTO ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL EM DOCENTES
 DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**

Daiana Louise Andrade Silva¹, Francisca Maria Araújo da Silva¹, Samuel Eneias Pereira Viana¹
 Ivan Carlos Tenório Lins¹, Claudia Meurer Souza², Betine Pinto Moehlecke Iser²

RESUMO

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis são doenças decorrentes do modo social de organizar a vida e dos comportamentos em saúde da população, sendo responsáveis por 71% das mortes no mundo. O objetivo é avaliar o estado nutricional e o comportamento alimentar dos professores de medicina de uma universidade do Sul do país. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal sobre consumo alimentar e medidas antropométricas autorreferidas, em uma amostra de professores do curso de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina, campus Tubarão, no ano de 2014. Os indicadores são apresentados por meio da prevalência (%) e razões de prevalência (RP), com intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** Foram entrevistados 155 professores, 61,3% do sexo masculino, com média de idade de 45,2 ±10,6 anos. A maioria eram médicos da área clínica. O consumo regular de frutas e hortaliças foi verificado em 60,7% dos entrevistados e o consumo recomendado em 41,3%. O consumo regular de feijão foi de 20% e de peixe 85,8%. O excesso de peso foi verificado em 50,3% dos entrevistados, mais frequente em homens, com idade ≥45 anos e da área cirúrgica. Os obesos (14,2%) apresentaram maior consumo de carnes com gordura (RP 2,01 IC 95% 1,10 – 3,68) e de refrigerantes ou suco artificial (RP 2,01 IC 95% 1,04 – 3,90). **Conclusão:** O estudo apontou um comportamento alimentar adequado na maioria dos professores de medicina, em geral profissionais de saúde, enquanto o estado nutricional seguiu o padrão nacional, indicando a necessidade de medidas de redução de peso nessa população.

Palavras-chave: Fatores de risco. Doença crônica. Sistema de vigilância de fator de risco comportamental. Hábitos alimentares. Estado nutricional.

1-Faculdade de Medicina, Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão-SC, Brasil.

2-Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão-SC, Brasil.

ABSTRACT

Eating behavior and nutritional status in course of medicine teachers from the university of south of Santa Catarina, Brazil

Introduction: Non-communicable chronic diseases are diseases resulting from the social way of organizing life and health behaviors of the population, accounting for 71% of the world's deaths. The objective is to assess the nutritional status and food behavior of medicine teachers from an university in the South of Brazil. **Materials and Methods:** A cross-sectional study about food consumption and self-reported anthropometric measures in a sample of teachers of medicine at the University of Southern of Santa Catarina, Tubarão in 2014. The indicators are presented by the prevalence (%) and prevalence ratios (PR), and 95% confidence interval. **Results:** 155 teachers were interviewed, 61.3% male. The mean age was 45.2 ± 10.6 years old. Most of them were doctors from the clinic area. Regular consumption of fruits and vegetables was observed in 60.7% and the recommended intake in 41.3%. The regular consumption of beans was reported by 20%, of fish by 85.8%. Overweight was verified in 50.3% of interviewees, more common in men, those aged ≥45 years old and from the surgical area. Obese (14.2%) had higher consumption of fatty meat (PR 2.01 95% CI 1.10 – 3.68) and soda or artificial juice (PR 2.01 95% CI 1.04 – 3.90). **Conclusion:** The study pointed a proper feeding behavior in most medical teachers, health professionals in general, while the nutritional status followed the national pattern, showing the need for measures to reduce weight in this population.

Key words: Risk factors. Chronic disease. Behavioral risk factor surveillance system. Food habits. Nutritional status.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são doenças decorrentes do modo social de organizar a vida e dos comportamentos em saúde da população.

Esse grupo de doenças é caracterizado pela ausência de microrganismo no modelo epidemiológico, pela não transmissibilidade, pelo longo curso clínico, altos custos, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito (Freitas e Mendes, 2007).

Cerca de 71% das mortes no mundo tem como causa as DCNT, dentre elas principalmente as cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus (WHO, 2018).

No Brasil, elas são também a principal causa de mortalidade, correspondendo a 73% dos óbitos (WHO, 2017).

As DCNT compartilham como principais fatores de risco: o tabagismo, o consumo abusivo de álcool, a alimentação não saudável e a inatividade física.

Adicionalmente a estes, incluem-se o sobrepeso e a obesidade, fatores relacionados que tem mostrado prevalências crescentes e preocupantes em todo o mundo (WHO, 2018).

Nos últimos anos notou-se um aumento das evidências epidemiológicas referentes ao papel da alimentação saudável na prevenção e controle das DCNT.

Tem se observado um processo de transição nutricional global composto por mudanças nos padrões dietéticos e no estilo de vida advindas da industrialização, urbanização e do desenvolvimento econômico que estão impondo um impacto significativo na saúde das populações e favorecendo o aumento do sobrepeso e obesidade (Souza e colaboradores, 2017).

É notória a maior disponibilidade e diversificação alimentar, assim como uma ingestão crescente de alimentos que aumentam a probabilidade de ocorrência de DCNT, principalmente os alimentos industrialmente processados de alta densidade calórica (Ministério da Saúde, 2011).

A alimentação inadequada como a alta ingestão de gorduras saturadas e ácidos graxos trans está ligada às doenças cardíacas (Santos e colaboradores, 2013).

Por outro lado, o consumo adequado de fibras, por exemplo, reduz o risco de doença arterial coronariana, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e desordens gastrointestinais (Bernaud e Rodrigues, 2013).

No Brasil, a prevalência de obesidade passou de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016, aponta a Vigitel (Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) (Ministério da Saúde, 2018).

O risco de desenvolvimento de doença cardíaca, acidente vascular encefálico e diabetes é maior com o aumento do peso, além de maior risco para câncer de mama, colorretal, endométrio, rim, esôfago e pâncreas (Wannmacher, 2015).

O objetivo desse estudo foi avaliar o estado nutricional e o comportamento alimentar dos professores do curso de medicina na Universidade do Sul de Santa Catarina - campus Tubarão.

Este grupo, sendo intelectualmente diferenciado, atua como fonte de informação e exemplo, influenciando a formação da postura dos novos profissionais de saúde e também, por serem em sua maioria profissionais de saúde, exerce grande papel social entre a população em geral, pois propagam no dia a dia, em seus atendimentos, a informação e a importância dos hábitos alimentares saudáveis e preventivos em saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina sob registro 516.469, em respeito à Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes deram anuência mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Foi realizado estudo transversal em amostra do tipo censo do corpo docente do curso de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina, campus Tubarão. A partir da listagem dos professores em atividade, quatro alunos previamente treinados realizaram a entrevista, de forma presencial, no período de março a setembro de 2014.

O instrumento utilizado foi um questionário adaptado do modelo utilizado pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) (Ministério da Saúde, 2017).

As questões foram usadas para a construção de indicadores específicos sobre o estado nutricional e hábitos alimentares, dentre eles: Excesso de peso: percentual de adultos com índice de massa corporal (IMC) $\geq 25 \text{ kg/m}^2$, calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros, ambos autorreferidos; Obesidade: percentual de adultos com IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$; Consumo regular de frutas e hortaliças: percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças cinco ou mais dias da semana; Consumo recomendado de frutas e hortaliças: percentual de adultos que consomem cinco ou mais porções de frutas e hortaliças, em cinco ou mais dias da semana.

Consumo regular de feijão: percentual de adultos que referem consumir feijão em cinco ou mais dias da semana.

Consumo de carnes com gordura: percentual de indivíduos que costumam consumir carnes com gordura visível (carne vermelha com gordura ou frango com a pele).

Consumo de peixe: percentual de indivíduos que costumam consumir peixes em um ou mais dias da semana.

Consumo de leite integral: percentual de adultos que costumam consumir leite com teor integral de gordura (incluindo os que referem consumir ambos os tipos de leite ou que não sabem dizer o tipo).

Consumo regular de refrigerante: percentual de adultos que consomem refrigerante ou suco artificial em cinco ou mais dias da semana, independentemente da quantidade e do tipo.

Consumo regular de doces: percentual de adultos que referem consumir alimentos doces em cinco ou mais dias da semana. Substituição das refeições por lanches: percentual de adultos que costumam trocar a comida do almoço ou jantar por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches em cinco ou mais dias da semana. Todos os indicadores foram calculados com base no número total de indivíduos entrevistados ($\times 100$).

Os dados foram armazenados e analisados com auxílio dos programas Epi Info versão 3.5.4 e Stata 11.0. As variáveis quantitativas foram descritas através da média e desvio padrão, após confirmação da normalidade dos dados.

Os indicadores dos fatores de risco e proteção estudados foram apresentados por meio da prevalência (%) e razões de prevalência (RP), com intervalo de confiança de 95% (IC 95%).

Para os testes de associação foram utilizados os testes de Qui-quadrado para comparação de proporções e o teste t-Student para comparação de médias, ou equivalentes não paramétricos, com nível de significância de 5%.

Análise ajustada foi realizada por meio da regressão de Poisson com variância robusta. Foram estimadas as razões de prevalência brutas e ajustadas por sexo (modelo 1); idade (modelo 2); sexo e idade (modelo 3); e, finalmente, sexo, idade, e área de atuação (modelo 4).

RESULTADOS

Segundo informações da secretaria do curso, havia 184 professores contratados no mês de fevereiro de 2014, quando iniciou a coleta de dados. Após 29 exclusões, por demissões ou impossibilidade de contato, fizeram parte do estudo 155 professores.

Entre os entrevistados, 95 (61,3%) eram do sexo masculino. A média de idade foi de 45,2 anos ($DP \pm 10,6$) variando entre 26 e 73 anos de idade e 75,4% residia em Tubarão/SC, cidade sede do campus universitário.

Para efeito comparativo, dividimos os indivíduos em duas faixas etárias (<45 ou ≥ 45 anos) e 52,3% estavam na faixa de idade menor que 45 anos. A mediana de idade dos homens ($48,1 \pm 11,1$) foi maior do que das mulheres ($40,5 \pm 7,9$, $p < 0,001$).

A maioria dos entrevistados eram médicos (80,6%) e, em relação à área de atuação profissional, 109 (70,3%) atuavam na área clínica. Com relação ao estado nutricional, 78 (50,3%) apresentavam excesso de peso e 94 (60,6%) haviam se pesado em menos de uma semana.

A prevalência de obesidade (IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) foi de 14,2% (IC 95% 9,1 - 20,7). Entre 22 obesos, 3 (13,6%) apresentavam obesidade grau 3 (IMC $\geq 40 \text{ kg/m}^2$). As características da população estudada estão detalhadas na Tabela 1.

Em relação aos indicadores alimentares considerados de proteção ao desenvolvimento de doenças crônicas, o consumo de frutas e hortaliças regular foi encontrado em 60,7% indivíduos e conforme recomendado em 41,3%.

A frequência do consumo regular de feijão foi de 20% e de peixe 85,8%. Em relação aos fatores de risco estudados, destaca-se o consumo regular de doces,

identificado em 29,7% dos entrevistados, seguido do consumo de carnes com excesso de gordura visível (23,2%), refrigerantes ou

suco artificial (20,6%) e leite com teor integral de gordura (14,8%).

Tabela 1 - Características sociodemográficas do corpo docente do curso de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2014.

Características	Categorias	n	%	IC ^a 95%
Sexo	Masculino	95	61,3	53,1-69,0
	Feminino	60	38,7	31,0-46,9
Faixa etária (anos)	≥45	74	47,7	39,7-55,9
	<45	81	52,3	44,1-60,3
Estado nutricional	Baixo peso / Eutrófico (IMC <25 kg/m ²)	77	49,7	41,7-57,6
	Excesso de peso	78	50,3	42,4-58,3
	Sobrepeso (25 ≤ IMC <30 Kg/m ²)	56	71,8	61,6-82,0
	Obesidade (IMC ≥30 Kg/m ²)	22	28,2	17,9-38,4
Profissão	Médico	125	80,6	73,5-86,5
	Enfermeiro	8	5,20	2,30-9,90
	Cirurgião-dentista	2	1,30	0,20-4,60
	Biólogo	6	3,90	1,50-8,40
	Farmacêutico	6	3,90	1,50-8,40
	Nutricionista	2	1,30	0,20-4,70
	Bioquímicos	2	1,30	0,20-4,70
	Fisioterapeuta	1	0,60	0,00-3,60
	Fonoaudiólogo	1	0,60	0,00-3,60
	Psicólogo	1	0,60	0,00-3,60
	Pedagogo	1	0,60	0,00-3,60
Área profissional	Clínica	109	70,3	62,7-77,7
	Cirúrgica	18	11,6	7,10-18,0
	Pesquisa e ensino	27	17,4	12,0-24,6
	Gestão de saúde	1	0,60	0,00-3,60
Município de residência	Tubarão	117	75,4	72,2-85,8
	Florianópolis	26	16,7	11,9-24,8
	Gravatal	3	1,90	0,40-5,80
	Outros	9	5,80	2,70-10,7

Legenda: ^aIC: intervalo de confiança.

Tabela 2 - Indicadores de consumo alimentar segundo sexo e faixa etária dos docentes do curso de Medicina da UNISUL, Tubarão, 2014.

Variáveis	Sexo					Faixa etária (anos)					
	Total		Masc	Fem	RP	≥45		<45		RP	IC 95%
	%	IC 95%	%	%		%	%	%	%		
Frutas e hortaliças regular	60,6	51,8-67,8	62,1	58,3	1,06	0,81-1,38	62,2	59,3	1,04	0,81-1,35	
Frutas e hortaliças recomendado	41,3	33,5-49,5	43,2	38,3	1,12	0,75-1,67	41,9	40,7	1,02	0,70-1,49	
Feijão regular	20,0	14,0-27,2	22,1	16,7	1,32	0,67-2,61	18,9	21,0	0,90	0,47-1,69	
Carne com gordura	23,2	16,8-30,7	27,4	16,7	1,64	0,85-3,15	24,3	22,2	1,09	0,60-1,94	
Peixe	85,8	79,3-90,9	87,4	83,3	1,04	0,91-1,20	87,8	84,0	1,04	0,92-1,18	
Leite integral	14,8	9,60-21,4	14,7	15,0	0,98	0,45-2,12	14,9	14,8	1,00	0,47-2,13	
Refrigerante regular	20,6	14,6-27,9	24,2	15,0	1,61	0,80-3,24	17,6	23,5	0,74	0,39-1,40	
Doces	29,7	22,6-37,5	28,4	31,7	0,89	0,54-1,46	28,4	30,9	0,91	0,56-1,49	
Lanches	18,1	12,4-25,0	12,6	26,7	0,47 ^a	0,24-0,93	14,9	21,0	0,70	0,35-1,41	

Legenda: a Diferença significativa ao nível de 5% (p<0,05). Modelos ajustados: Ajuste por idade: RP=0,49 (0,24-0,98), p = 0,046. Ajuste por idade e área de atuação: RP=0,40 (0,18-0,89), p=0,024.

Tabela 3 - Indicadores de consumo alimentar segundo estado nutricional e área de atuação dos docentes do curso de Medicina da UNISUL, Tubarão, 2014.

Consumo	Estado nutricional								Área de atuação			
	Excesso de peso				Obesidade				Cirurgia			
	Sim %	Não%	RP	IC 95%	Sim %	Não %	RP	IC 95%	Sim %	Não %	RP	IC 95%
Frutas e hortaliças regular	61,5	59,7	1,03	0,79-1,32	68,2	59,4	1,14	0,83-1,57	55,6	61,3	0,90	0,58-1,39
Frutas e hortaliças recomendado	38,5	44,2	0,87	0,59-1,26	31,8	42,9	0,74	0,39-1,41	38,9	41,6	0,93	0,50-1,72
Feijão regular	21,8	18,2	1,19	0,63-2,25	13,6	21,1	0,64	0,21-1,94	27,8	19,0	1,46	0,64-3,32
Carne com gordura	28,2	18,2	1,55	0,85-2,80	40,9	20,3	2,01 ^a	1,10-3,68	22,2	23,4	0,95	0,38-2,37
Peixe	88,5	83,1	1,06	0,93-1,21	81,8	86,5	0,94	0,76-1,16	100	83,9	1,19 ^a	1,10-1,28
Leite integral	12,8	16,9	0,75	0,35-1,62	13,6	15,0	0,90	0,29-2,79	16,7	14,6	1,14	0,37-3,46
Refrigerante	21,8	19,5	1,11	0,69-2,07	36,4	18,0	2,01 ^a	1,04-3,90	22,2	20,4	1,08	0,43-2,74
Doces	33,3	26,0	1,28	0,78-2,09	31,8	29,3	1,08	0,55-2,11	38,9	28,5	1,36	0,72-2,58
Lanches	16,7	19,5	0,85	0,43-1,67	22,7	17,3	1,31	0,55-3,09	22,7	17,5	1,26	0,49-3,23

Legenda: ^aNota: Diferenças significativas ao nível de 5% (p<0,05). Modelos ajustados: Consumo de carne com gordura e obeso/não obeso. Ajuste por sexo: RP 1,81 (0,97 – 3,41), p=0,062. Ajuste por idade: RP 2,00 (1,09-3,69), p = 0,025. Ajuste por sexo e idade: RP 1,82 (0,97 – 3,40), p = 0,060. Ajuste por sexo, idade e área de atuação: RP = 1,87 (1,00-3,49), p=0,05. Consumo de refrigerantes e obeso/não obeso. Ajuste por sexo: RP 1,83 (0,94 – 3,53), p=0,073. Ajuste por idade: RP 2,11 (1,09-4,07), p = 0,026. Ajuste por sexo e idade: RP 1,88 (0,98 – 3,59), p = 0,058. Ajuste por sexo, idade e área de atuação: RP = 1,92 (0,99-3,69), p = 0,051. Consumo de peixes e área de atuação (Cirurgião/outros). Ajuste por sexo: RP 1,18 (1,08 – 1,30), p= 0,001. Ajuste por idade: RP 1,19 (1,11-1,29), p <0,01. Ajuste por sexo e idade: RP 1,19 (1,08 – 1,32), p = 0,001.

Tabela 4 - Prevalência de excesso de peso e obesidade de acordo com sexo, faixa etária e área de atuação dos docentes do curso de Medicina da UNISUL, Tubarão, 2014

Variáveis		Excesso de peso				Obesidade			
		%	RP	IC 95%	Valor p	%	RP	IC 95%	Valor p
Sexo	Masculino	62,1	1,96	1,31-2,93	0,0002 ^a	20,0	4,00	1,23-12,9	0,0091 ^a
	Feminino	31,7				5,00			
Faixa etária	≥45 anos	60,8	1,49	1,08-2,05	0,0125 ^a	17,6	1,58	0,71- 3,48	0,2499 ^a
	<45 anos	40,7				11,1			
Área de atuação	Cirúrgica	77,8	1,66	1,22-2,25	0,0132 ^a	27,8	2,23	0,94-5,33	0,0873 ^b
	Não cirúrgico	46,7				12,4			

Legenda: ^aTeste do Qui-Quadrado. ^bTeste Exato de Fisher. RP = razão de prevalência. IC = intervalo de confiança. Modelos ajustados: Sexo e excesso de peso. Ajuste por idade: RP 1,85 (1,23-2,78), p = 0,003. Ajuste por idade e área de atuação: RP = 1,71 (1,12-2,61), p = 0,012. Sexo e obesidade. Ajuste por idade: RP 3,79 (1,12-12,8), p = 0,032. Ajuste por idade e área de atuação: RP = 3,39 (0,97-11,81), p = 0,055. Idade e excesso de peso. Ajuste por sexo: RP 1,34 (0,97-1,84), p = 0,073. Ajuste por sexo e área de atuação: RP = 1,37 (1,00-1,88), p=0,051. Idade e obesidade. Ajuste por sexo: RP 1,29 (0,58-2,89), p = 0,536. Ajuste por sexo e área de atuação: RP = 1,34 (0,60-2,99), p=0,471. Área cirúrgica e excesso de peso. Ajuste por sexo: RP 1,33 (0,97-1,82), p = 0,072. Ajuste por idade: RP 1,69 (1,22-2,33), p=0,001. Ajuste por sexo e idade: RP 1,39 (1,00-1,93), p=0,049. Área cirúrgica e obesidade. Ajuste por sexo: RP 1,53 (0,63-3,70), p = 0,348. Ajuste por idade: RP 2,28 (0,95-5,48), p=0,066. Ajuste por sexo e idade: RP 1,59 (0,65-3,88), p=0,307.

Esses dados estão apresentados na Tabela 2, conforme sua distribuição de acordo com sexo e idade.

O hábito de trocar a comida do almoço ou do jantar por lanches em cinco ou mais dias da semana foi verificado em 18,1% da população estudada, e foi menos frequente entre os homens (RP 0,47 IC95% 0,24-0,93).

Na avaliação dos indicadores de alimentação conforme o estado nutricional e área de atuação profissional (Tabela 3), os indivíduos obesos apresentaram maior consumo de carnes com gordura (RP 2,01 IC 95% 1,10 – 3,68) e refrigerantes ou suco artificial (RP 2,01 IC 95% 1,04 – 3,90) em relação aos que não atingiram IMC ≥30 kg/m². Já o consumo de peixe foi maior entre os

profissionais da área cirúrgica (RP 1,19 IC95% 1,10 – 1,28).

A prevalência de excesso de peso foi maior entre os homens, aqueles de idade de 45 anos ou mais e entre os profissionais da área cirúrgica, enquanto a frequência de obesidade foi significativamente maior entre os homens (Tabela 4).

A análise de regressão multivariável de Poisson para os indicadores de alimentação e estado nutricional segundo variáveis sociodemográficas é apresentada ao final de cada tabela correspondente.

A comparação entre variáveis sociodemográficas que poderiam interferir nos resultados mostrou que os homens eram em geral mais velhos e que os cirurgiões eram

todos do sexo masculino. No entanto, o ajuste por idade, em geral, não alterou as estimativas de RP brutas.

Ajustes por sexo e idade levaram a uma significância limítrofe, e o modelo final, com todas as variáveis ajustadas entre si, mostrou a manutenção do maior consumo de lanches entre as mulheres (Tabela 2), o maior consumo de peixe entre os cirurgiões (Tabela 3) e a maior prevalência de excesso de peso entre os homens (Tabela 4).

Manteve-se a tendência para maior consumo de carnes com gordura e de refrigerantes entre os obesos (Tabela 3), maior frequência de excesso de peso entre os professores com 45 anos ou mais e cirurgiões, e da obesidade entre os homens, mas com significância limítrofe (Tabela 4).

DISCUSSÃO

O estudo apresenta os principais resultados de uma pesquisa de fatores de risco e proteção para DCNT entre professores do curso de medicina de Tubarão-SC.

A prevalência dos fatores de proteção como o consumo de frutas, hortaliças e peixes foi alta entre a população estudada e notavelmente baixa para o consumo de feijão. Tais resultados foram divergentes em relação às prevalências verificadas na população brasileira, segundo dados do Vigitel (Ministério da Saúde, 2017): o consumo de frutas e hortaliças regular (60,6%) e o seu consumo recomendado (41,3%) foram aproximadamente o dobro do consumo entre a população adulta das capitais brasileiras (34,6% e 23,7%, respectivamente).

De acordo com um estudo que avaliou o consumo de peixe entre países em 2009, a frequência do consumo de peixes dos brasileiros, pelo menos uma vez por semana, é de 37% (Pillegi, 2014), enquanto entre os estudados foi de 85,8%.

O alto consumo de frutas, hortaliças e peixes pode se dever ao fato de que a população estudada é diferenciada intelectual e cientemente da importância de consumir alimentos ricos em fibras, minerais, vitaminas presentes nas frutas, hortaliças e ácidos graxos poliinsaturados (Omega 3) com baixos níveis de colesterol presente nos peixes (Suarez e colaboradores, 2012), além da alta relação entre a maior renda familiar e a aquisição desses alimentos (Claro e Monteiro, 2010).

No Brasil, o consumo de pescado *in natura* cresce a cada ano, sendo o peixe cru um produto cada vez mais consumido. Nesse contexto, a culinária japonesa pode ser uma das principais responsáveis pelo aumento do consumo de peixes (Santos, 2006).

O baixo consumo regular de feijão verificado na amostra estudada contrasta com os dados verificados na população brasileira pelo Vigitel, onde o consumo da leguminosa de forma regular foi três vezes maior (59,5%) (Ministério da Saúde, 2017).

A dieta da população brasileira, tradicionalmente composta de arroz e feijão, é considerada nutricionalmente adequada. A leguminosa, especificamente, é uma fonte importante de fibras alimentares, proteínas, folato, zinco e outros nutrientes e o resultado da sua combinação com o cereal é uma refeição de adequado valor nutricional (Velásquez-Meléndez e colaboradores, 2012).

No entanto, segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008/2009, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010, o brasileiro, principalmente de maior renda familiar, consome cada vez menos feijão: de 1974 a 2009, a redução no consumo da leguminosa foi de quase 49%.

O estudo apontou que um dos fatores para a queda no consumo foi o desenvolvimento econômico. Quando a renda aumenta, o feijão é substituído pelo consumo de proteína animal (carne e derivados) ou seja, quanto maior a renda, menor o consumo de feijão (Bevilacqua e colaboradores, 2010), o que pode explicar o baixo consumo na população estudada, em virtude de terem alta escolaridade, a maioria com ao uma pós-graduação.

Quanto à prevalência dos fatores de risco, nota-se um comportamento preventivo em relação ao consumo de gorduras, pois apesar da população estudada residir na região Sul do país, culturalmente consumidora de carnes, o consumo de carne com gordura visível (23,2%) foi relativamente menor do que o consumido pela média dos brasileiros (31,0%) e seguiu a característica regional da capital do estado, Florianópolis, onde o consumo foi 25,1%. Já o consumo de leite integral (14,8%) foi 3,6 vezes menor comparado à medida dos brasileiros (53,5%).

Embora sem diferenças significativas, o consumo de carne com gordura foi mais comum entre os homens, seguindo o padrão do cenário brasileiro, onde o consumo é duas

vezes maior no sexo masculino (Ministério da Saúde, 2017b).

O comportamento alimentar diferenciado da amostra estudada em relação ao padrão brasileiro pode estar relacionado à maior escolaridade e ao maior conhecimento dos professores, em geral profissionais de saúde, da influência dos hábitos alimentares na morbimortalidade cardiovascular, amplamente reconhecida.

Dietas ricas em frutas e hortaliças e com produtos com baixo teor de gorduras diminuem o risco cardiovascular, contribuem para a redução do peso e atuam diretamente na redução da pressão arterial (Mancia e colaboradores, 2007).

O percentual de adultos estudados que substituem a comida do almoço ou do jantar por sanduíches, salgados, pizzas ou outros tipos de lanches foi de 18,1%, semelhante ao da população brasileira de 18,8% (Ministério da Saúde, 2017b).

Entre os brasileiros residentes nas capitais do país, esse consumo foi predominante entre as mulheres, assim como no estudo, chegando a duas vezes maior no sexo feminino.

Sabe-se que almoço ou jantar é uma refeição que demanda tempo para sua elaboração, em contrapartida os lanches são considerados “comidas rápidas” e geralmente consumidos fora do domicílio, além de estar associados ao estilo de vida urbano pela maior praticidade e atribuições do dia-a-dia.

Essas situações são verificadas com frequência entre profissionais da área de saúde, como a maioria dos estudados que além de médicos, são professores universitários, logo esses profissionais exercem atividades que impõe diversas jornadas e horários irregulares de trabalho, favorecendo a troca das principais refeições por lanches rápidos.

Embora esse indicador seja utilizado como um marcador de alimentação fora de casa e sem os nutrientes necessários, para muitas pessoas o consumo de sanduíches, especialmente no jantar, é considerado opção mais saudável do que uma refeição completa. Esse pensamento em geral é maior entre as mulheres, por considerar uma alimentação mais leve para a noite.

O consumo regular de refrigerantes, sucos artificiais e doces é responsável por parte substancial do consumo de açúcar adicionado na dieta (Ministério da Saúde, 2017).

O consumo entre os professores estudados não apresentou variação de acordo com sexo, faixa etária e área de atuação e mostrou resultados similares ao da população brasileira estudada pelo Vigitel.

Logo, percebe-se que esse grupo se comporta diferente da população em geral em relação ao consumo de açúcar, apesar da ciência dos malefícios do excesso de açúcar na dieta. O consumo de refrigerantes e sucos artificiais foi significativamente mais consumido pelos obesos (36,4%), sendo o dobro em relação aos não obesos (18%).

Embora a natureza transversal do estudo não permita avaliação de causa-efeito, sabe-se que a ingestão desses produtos artificiais com açúcar está relacionada a hábitos dietéticos não saudáveis, os quais contribuem para o desenvolvimento de estados nutricionais nocivos à saúde. Segundo o guia alimentar para a população brasileira do Ministério da Saúde, o consumo de refrigerantes favorece diretamente o excesso de peso, o aumento dos triglicerídeos, originando doenças como hipertensão arterial, diabetes e doenças cardiovasculares (Ministério da Saúde, 2014).

O estado nutricional - descrito pelas frequências de excesso de peso e obesidade – é relacionado a fatores de risco para o envelhecimento menos saudável e para o desenvolvimento de muitas doenças (Burke e colaboradores, 2001; Davila e colaboradores, 2009; Guralnik e Kaplan, 1989; Newman e colaboradores, 2003; Sarno e colaboradores, 2009).

Pessoas com excesso de peso têm maior probabilidade de desenvolver hipertensão, diabetes do tipo 2 e fatores de risco para outras condições crônicas, tais como dislipidemia, sendo que a redução do peso corporal reduz a pressão arterial (Mancia e colaboradores, 2007).

No presente trabalho, o excesso de peso, segundo autorreferência de peso e altura, atingiu metade da população estudada, dado alarmante e já verificado entre a população das capitais brasileiras (50,8%). Resultados semelhantes também foram observados para a prevalência de obesidade entre os estudados (14,2%) e os brasileiros (18,9%), segundo resultados do Vigitel 2017 (Ministério da Saúde, 2017).

Da mesma forma, a maior prevalência de excesso de peso e obesidade entre os homens e entre os indivíduos de maior idade

segue o padrão nacional (Ministério da Saúde, 2017).

Esses resultados também foram semelhantes aos da POF, pesquisa domiciliar que realizou a aferição antropométrica dos estudados, em que a prevalência de excesso de peso foi de 50,1% para o Brasil e de 56,8% para a região Sul, enquanto 12,5% dos brasileiros e 15,9% dos sulistas apresentaram algum grau de obesidade (IBGE, 2010).

Estas diferenças entre sexo podem ser compreendidas no âmbito das questões culturais que fazem, por exemplo, com que as mulheres busquem um padrão de beleza e magreza, sejam mais cuidadosas na dieta e com a saúde, especialmente as de classe socioeconômica mais alta, como é o caso do grupo avaliado (Moura e colaboradores, 2011).

Assim como foi visto no estudo, literaturas nacionais e internacionais também apontam que as mulheres são mais cuidadosas com a alimentação do que os homens: apresentam maior consumo de frutas, legumes e verduras, menor consumo de refrigerantes com açúcar e de carnes com gordura visível (Jaime e Monteiro, 2005; Serdula e colaboradores, 2004).

De acordo com um estudo de validação do peso e altura referidos, foi sugerido que o IMC é subestimado pelo relato das mulheres, sendo confiável para os homens. As mulheres, em média, subestimam seu IMC em aproximadamente 1 kg/m², e entre os homens esse erro foi de 0,17kg/m² (Silveira e colaboradores, 2005). Logo, a prevalência do excesso de peso entre esse grupo pode ser ainda maior do que foi apontada no presente estudo.

A maior prevalência de excesso de peso nos indivíduos de idade \geq 45 anos, apesar desse mesmo grupo ter mostrado tendências a um comportamento mais saudável na maioria dos indicadores de proteção e de risco, pode ser explicada pela lentidão do metabolismo inerente ao processo de envelhecimento, onde é típico o ganho de peso, pelo aumento do tecido adiposo e perda da massa muscular, da densidade óssea e da quantidade de água corporal (Fechini e Trompieri, 2012).

Ao se avaliar a significativa prevalência de excesso de peso nos cirurgiões, foi observado também, mesmo que não significativamente, um comportamento menos saudável dos indicadores alimentares nesse grupo, como o consumo menor de

frutas e hortaliças e maior de refrigerantes, doces e lanches.

Esse perfil nutricional tem alta relação com a função de trabalho exercida, a carga de horário excessiva e irregular, logo esse resultado alerta a importância de um comportamento preventivo entre os cirurgiões.

O presente estudo tem vantagens e limitações. A principal vantagem é a abrangência de literatura disponível sobre a temática e também de estudos científicos que comprovam a relação dos hábitos alimentares saudáveis e estado nutricional adequado como fatores protetores para DCNT, promovendo ao estudo a possibilidade de uma análise embasada que aponte o comportamento preventivo ou de risco dos professores do curso de medicina.

Dentre as limitações, a natureza transversal do estudo impossibilita a avaliação temporal dos fatores avaliados. Ainda, pode ter ocorrido um viés de informação, na medida em que a população do estudo, composta por profissionais de saúde e professores universitários possa ter relatado uma dieta mais saudável, ou subestimado o peso referido, pois se espera que esse grupo tenha um comportamento condizente do que é ensinado e prescrito por eles.

Por outro lado, essa possibilidade deve ser minimizada pela seriedade dos profissionais diante de uma pesquisa científica e por terem demonstrado, durante a entrevista, interesse nos resultados da pesquisa.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo indicam que o comportamento alimentar dos professores do curso de medicina é, em geral, adequado, de acordo com as recomendações nutricionais nacionais e internacionais, com maiores frequências para a maioria dos indicadores alimentares considerados de proteção do que a média da população brasileira.

Considerando a dificuldade de manter uma dieta saudável com a jornada de trabalho exaustiva e irregular da maioria dos estudados, faz-se necessária uma mudança em longo prazo de alguns cuidados com a alimentação, principalmente no que se refere ao aumento da ingestão de feijão, e diminuição da adição de açúcares e lanches no dia a dia.

Em relação ao estado nutricional dos professores, os resultados são mais preocupantes e indicam a necessidade de medidas de redução de peso nesse grupo, principalmente entre os homens, os de maior idade e os que atuam na área cirúrgica para que, em conjunto com uma dieta saudável, apresentem um comportamento mais preventivo em relação à própria saúde.

REFERÊNCIAS

- 1-Bernaudo F.S.R.; Rodrigues T.C. Fibra alimentar - Ingestão adequada e efeitos sobre a saúde do metabolismo. *Arq Bras Endocrinol Metab.* Vol. 57. Num. 6. 2013.
- 2-Bevilacqua, C.; Orilio, C.; Vaz, C.; Verre, C. Brasileiro consome cada vez menos feijão. 2010. Disponível em: <<http://www.metodista.br/rronline/noticias/economia/2010>>.
- 3-Burke, G.L.; Arnold, A.M.; Bild, D.E.; Cushman, M.; Fried, L.P.; Newman, A.; Nunn, C.; Robbins, J. Factors associated with healthy aging: the cardiovascular health study. *J Am Geriatr Soc.* 2001. p.254-262.
- 4-Claro, R.M.; Monteiro, C.A. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. *Rev. Saúde Pública.* São Paulo. Vol. 46. Num. 6. 2010. p.1014-1020.
- 5-Davila E.P.; Zhao, W.; Byrne, M.; Webb, M.; Huang, Y.; Arheat, K.; Dietz, A.C.M.; Parker, D.; Lee, D. Correlates of smoking quit attempts: Florida Tobacco Callback Survey, 2007. *Tob Induc Dis.* Vol. 5. Num. 10. 2009.
- 6-Fechini, B.R.A.; Trompieri, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista científica internacional.* 2012.
- 7-Freitas, M.C.; Mendes, M.M.R. Condição Crônica: Análise do conceito no contexto da saúde do adulto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* 2007. p.590-597.
- 8-Guralnik, J.M.; Kaplan, G.A. Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County study. *Am J Public Health.* Vol. 79. Num. 2. 1989. p.703-708.
- 9-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro. 2010.
- 10-Jaime, P.C.; Monteiro, C.A. Fruit and vegetable intake by Brazilian adults. 2003. *Cad Saúde Pública.* 2005.
- 11-Mancia, G.; Backer, G.; Dominiczak, A.; Cifkova, R.; Fagard, R.; Germano, G.; Grassi, G.; Heagerty, A.M.; Kjeldsen, S.E.; Laurent, S.; Narkiewicz, K.; Ruilope, L.; Rynkiewicz, A.; Schmieder, R.E.; Boudier, H.A.; Zanchetti, A.; Vahanian, A.; Camm, J.; De Caterina, R.; Dean, V.; Dickstein, K.; Filippatos, G.; Funck-Brentano, C.; Hellemans, I.; Kristensen, S.D.; McGregor, K.; Sechtem, U.; Silber, S.; Tendera, M.; Widimsky, P.; Zamorano, J.L.; Erdine, S.; Kiowski, W.; Agabiti-Rosei, E.; Ambrosioni, E.; Lindholm, L.H.; Viigimaa, M.; Adamopoulos, S.; Agabiti-Rosei, E.; Ambrosioni, E.; Bertomeu, V.; Clement, D.; Erdine, S.; Farsang, C.; Gaita, D.; Lip, G.; Mallion, J.M.; Manolis, A.J.; Nilsson, P.M.; O'Brien, E.; Ponikowski, P.; Redon, J.; Ruschitzka, F.; Tamargo, J.; Van, Z.P.; Waeber, B.; Williams, B. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* Vol. 100. Num. 1. 2007. p.1462-1536.
- 12-Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília. 2011.
- 13-Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2ª edição. Brasília. 2014.
- 14-Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2016: Vigilância de fatores de risco de proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Brasília. 2017.

15-Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2017: Vigilância de fatores de risco de proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília. 2018.

16-Moura, E.C.; Silva, A.S.; Malta, D.C.; Neto, O.L.M. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas: vigilância por meio de inquérito telefônico, VIGITEL, Brasil, 2007. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. Vol. 27. Num. 3. 2011. p.486-496.

17-Newman, A.B.; Arnold, A.M.; Naydeck, B.L.; Fried, L.P.; Burke, G.L.; Enright, P.; Goyydiener, J.; Hirsch, C.; O'leary, D.; Tracy, R. "Successful aging": effect of subclinical cardiovascular disease. Arch Intern Med. Vol. 163. Num. 19. 2003. p. 2315-22.

18-Pilleggi, M. Brasil: entre os países mais sustentáveis do mundo. 2014. Disponível em: <http://planetasustentavel.abril.com.br/pops/gr_eendex_pop8.shtml>. Acessado em 22/10/2014>.

19-Santos, R.D.; Gagliardi, A.C.M.; Xavier, H.T.; Magnoni, C.D.; Cassani, R.; Lottenberg, A.M.P.; Casella, A.; Araújo, D.B.; Cesena, F.Y.; Alves, R.J.; Fenelon, G.; Nishioka, S.A.D.; Faludi, A.A.; Geloneze, B.; Scherr, C.; Kovacs, C.; Tomazzela, C.; Carla, C.; Barrera-Arellano, D.; Cintra, D.; Quintão, E.; Nakandakare, E.R.; Fonseca, F.A.H.; Pimentel, I.; Santos, J.E.; Bertolami, M.C.; Rogero, M.; Izar, M.C.O.; Nakasato, M.; Damasceno, N.R.T.; Maranhão, R.; Cassani, R.S.L.; Perim, R.; Ramos, S. I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular. Rio de Janeiro. Vol. 100. Num. 1. 2013.

20-Santos, R.M. Avaliação da qualidade higiênico-sanitária de peixes comercializados em mercados municipais da cidade de São Paulo-SP. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública. USP. São Paulo. 2006.

21-Sarno, F.; Claro, R.M.; Levy, R.B.; Bandoni, D.H.; Ferreira, S.R.G.; Monteiro, C.A. Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2002-2003. Rev Saúde Publica. Vol. 43. Num. 2. 2009. p.219-225.

22-Serdula, M.K.; Gillespie, C.; Kettel-Khan, L.; Farris, R.; Seymour, J.; Denny, C. Trends in fruit and vegetable consumption among adults

in the United States: behavioral risk factor surveillance system, 1994-2000. Am J Public Health. Vol. 94. Num. 1. 2004. p.1014-1018.

23-Silveira, E.; Araújo, C.L.; Gigante, D.P.; Barros, A.J.; Lima, M.S. Validação do peso e altura referidos para o diagnóstico do estado nutricional em uma população de adultos no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. Vol. 21. 2005. p.235-245.

24-Souza, N.P.; Lira, P.I.C.; Fontbonne, A.; Pinto, F.L.C.; Cesse, E.A.P. A (des)nutrição e o novo padrão epidemiológico em um contexto de desenvolvimento e desigualdades. Ciênc. saúde colet. Vol. 22. Num. 7. 2017.

25-Suarez-Mahecha, H.; Francisco, A.; Beirao, L.H.; Block, J.M.; Saccol, A.; Pardo-Carrasco, S. Importância de ácidos graxos poliinsaturados presentes em peixes de cultivo e de ambiente natural para a nutrição humana. Boletim do Instituto de Pesca. São Paulo. Vol. 28. Num. 1. 2002. p.101-110.

26-Velásquez-Meléndez, G.; Mendes, L.L.; Pessoa, M.C.; Sardinha, L.M.V.; Yokota, R.T.C.; Bernal, R.T.I.; Malta, DC. Tendências da frequência do consumo de feijão por meio de inquérito telefônico nas capitais brasileiras, 2006 a 2009. Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 17. Num. 12. 2012. p.3363-3370.

27-Wannmacher, L. Obesidade como fator de risco para morbidade e mortalidade: evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas. Organização Pan-americana da Saúde. 2015.

28-World Health Organization. Noncommunicable diseases. 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>>.

29-World Health Organization. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf?sequence=1>>.

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento
ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

w w w . i b p e f e x . c o m . b r - w w w . r b o n e . c o m . b r

E-mail dos autores:

daianalouiseandradesilva@gmail.com

fra.ma2008@hotmail.com

samuelpuca22@gmail.com

ivanlins82@hotmail.com

claudia.meurer@hotmail.com

betinee@gmail.com

Autor para correspondência:

Betine Pinto Moehlecke Iser.

Universidade do Sul de Santa Catarina.

Sede, Reitoria - Av. José Acácio Moreira, 787.

Bairro Dehon, Caixa Postal 370.

Tubarão-SC. Brasil.

CEP 88704-900.

Recebido para publicação em 12/02/2019

Aceito em 21/06/2019