

O CONSUMO E INGESTÃO ALIMENTAR DA POPULAÇÃO BRASILEIRA: UM OLHAR SOBRE OS INQUÉRITOS NUTRICIONAIS

THE CONSUMPTION AND DIETARY INTAKE OF THE BRAZILIAN POPULATION: A LOOK AT THE NUTRITIONAL SURVEYS

Tatiane Cesar de ALMEIDA¹
 Ana Martha Colpo PINTO¹
 Caroline Janeth BOSCH¹
 Élen EURICH¹
 Iolande Anita Straatsma AARDOOM¹
 Rosane PETTER¹
 Cíbele Pereira KOPRUSZYNSKI²
 Rafael Gomes DITTERICH³

Resumo: O consumo alimentar no Brasil foi pesquisado por órgãos como o IBGE e o Ministério da Saúde em inquéritos nutricionais como o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF-1974/1975), Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF's- 1961/1963; 1987/1988; 1995/1996; 2002/2003) e o sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (2006), que retratou a evolução no padrão alimentar da população brasileira. Esta revisão de literatura tem como objetivo analisar os inquéritos alimentares disponíveis sobre a alimentação da população brasileira, bem como, verificar a evolução no consumo alimentar no Brasil. Os dados presentes nestas pesquisas indicaram que o país sofre uma transição nutricional, ou seja, a redução da desnutrição e o aumento da prevalência da obesidade e doenças correlatas (hipertensão, diabetes melitus tipo 2, dislipidemias). Observou-se um aumento no consumo de refeições industrializadas, no consumo de gorduras saturadas e carboidratos refinados, o consumo de refrigerantes e bolacha obteve um aumento de 400% em detrimento no consumo de frutas e hortaliças e leguminosas como o feijão. Em decorrência do novo estilo de vida da população houve um aumento na prevalência da obesidade, principalmente nas classes de renda baixa, no que diz respeito a Doenças Crônicas Não Transmissíveis (hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, dislipidemias) pode-se dizer que o aumento da obesidade e estas doenças estão diretamente ligados, devido à dieta inadequada e a falta de exercícios físicos. Faz-se necessário a intervenção nutricional bem como a adoção de medidas de saúde pública para a melhora da qualidade de vida do brasileiro.

Palavras-chave: Inquéritos Nutricionais; Transição Nutricional; Desnutrição.

Abstract: Food consumption in Brazil was investigated by agencies such as the IBGE and the Health Ministry in nutritional surveys as the National Survey of Family Expenditure (ENDEF-1974/1975), Household Budget Surveys (POF's, 1961/1963, 1987/1988, 1995 / 1996, 2002/2003) and the system of surveillance of Risk and Protective Factors for Chronic Diseases by Telephone Interviews (2006), who portrayed the developments in the dietary pattern of the population. This literature review aims to analyze the dietary food available on the Brazilian population, as well as check the trend in food consumption in Brazil. The data in these researches showed that the country suffers a nutritional transition, ie the reduction of malnutrition and the increasing prevalence of obesity and related diseases (hypertension, diabetes mellitus type 2, dyslipidemia). We observed an increase in consumption of industrialized food, consumption of saturated fats and refined carbohydrates, consumption of soft drinks and biscuits obtained a 400% increase over the consumption of fruits and vegetables and legumes such as beans. Due to the new style of life there was an increase in the prevalence of obesity, especially in low income classes, with respect to Chronic Noncommunicable diseases (hypertension, cardiovascular disease, type 2 diabetes, dyslipidemia) can say that the increase in obesity and these diseases are directly linked due to poor diet and lack of exercise. It is necessary nutritional intervention and the adoption of public health measures to improve the quality of life of Brazilians.

Keywords: Nutrition Surveys; Nutritional Transition; Malnutrition.

¹ Alunas do curso de Bacharelado em Nutrição do Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais (CESCAGE). e-mail: tatiane183@hotmail.com

² Nutricionista. Mestre em Educação pela Universidade Tuiuti do Paraná (UTP).

³ Mestre em Odontologia (Clínica Integrada) pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Docente da Faculdade de Odontologia de Nova Friburgo da Universidade Federal Fluminense (FO-NF/UFF). e-mail: rafaelditterich@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O conhecimento do consumo de alimentos e dos hábitos alimentares das populações é de fundamental importância para que se evidenciem as necessidades e deficiências relativas à sua alimentação. Conhecer a disponibilidade dos recursos locais, especialmente no que se refere aos alimentos regionais, e dos padrões culturais constitui aspectos preponderantes no estado nutricional das pessoas. (MAZZILLI, 1975).

Porém em decorrência de novas demandas geradas pelo modo de vida urbano, ao comensal é imposta a necessidade de reequacionar a sua vida segundo as condições das quais dispõe, como tempo, recursos financeiros, locais disponíveis para se alimentar, local e periodicidade das compras, e outras. As soluções são capitalizadas pela indústria e comércio, apresentando alternativas adaptadas às condições urbanas e delineando novas modalidades no modo de comer, o que certamente contribui para mudanças no consumo alimentar. (GARCIA, 2003)

Apesar dos contrastes econômicos e socioculturais entre países pobres e ricos, as tendências observadas através de estudos epidemiológicos sobre consumo alimentar, assinalam a reprodução de características similares, ou seja, o padrão alimentar antes característico dos países desenvolvidos é atualmente uma preocupação também dos países em desenvolvimento (OMS, 1990). Influenciadas pelos avanços tecnológicos na indústria de alimentos e na agricultura e pela globalização da economia, as práticas alimentares contemporâneas têm sido objeto de preocupação das ciências da saúde desde que os estudos epidemiológicos passaram a sinalizar estreita relação entre a dieta – afluente que aumentou o consumo de alimentos com grande densidade energética ricos em gorduras e carboidratos simples, e por diminuição no consumo de carboidratos complexos (fontes importantes de fibras alimentares) - e algumas doenças crônicas associadas à alimentação, motivo pelo qual o setor sanitário passou a intervir mudanças nos padrões alimentares. (OMS, 1990; POPKIN, 1999).

Mediante dieta adequada em quantidade e qualidade o organismo adquire a energia e os nutrientes adequados para o bom desempenho de suas funções e para manutenção de um bom estado de saúde. De longa data conhecem-se os prejuízos decorrentes quer do consumo alimentar insuficiente, deficiências nutricionais, quer consumo alimentar excessivo, obesidade. (MONDINI; MONTEIRO, 1994)

Para Escoda (2002) a má nutrição tem diferentes etiologias. Por déficit alimentar, manifesta-se na desnutrição energético-proteica, nas carências vitamínicas e minerais: a hipovitaminose A, o bócio endêmico e a anemia ferropriva. Por excesso alimentar, nas dislipidemias, na obesidade e no diabetes II. Socialmente determinadas, constituem problemas de saúde pública, segundo os critérios do setor, pela sua magnitude descrita nas elevadas taxas de prevalência em que ocorrem, nos danos biológicos e sociais que acarretam, e, sobremaneira, nas possibilidades de reversibilidade disponíveis nos níveis assistenciais, tecnológicos e econômicos.

Segundo Popkin (2001) e Monteiro et al. (2000a), as alterações na estrutura da dieta, associadas a mudanças econômicas, sociais e demográficas e suas repercussões na saúde populacional, vêm sendo observadas em diversos países em desenvolvimento e no período entre 1988 e 1996, observou-se um aumento do consumo de ácidos graxos saturados, açúcares e refrigerantes, em detrimento da redução do consumo de carboidratos complexos, frutas, verduras e legumes, nas regiões metropolitanas do Brasil.

Para Garcia (2003) as estandardizações de certas instâncias das práticas e do comportamento alimentar facilitam as mudanças na alimentação que vão sendo incorporadas como parte do modo de vida, como consequência deste. Pressionadas pelo poder aquisitivo, pela publicidade e praticidade, as práticas alimentares vão se tornando permeáveis a mudanças, representadas pela incorporação de novos alimentos, formas de preparo, preparo, compra e consumo.

Conhecer exatamente a ingestão alimentar de grupos ou mesmo indivíduos é sempre uma tarefa complexa pelas práticas alimentares estarem mergulhadas nas dimensões simbólicas da vida social, envolvidas nos mais diversos significados, desde âmbito cultural até as experiências pessoais, conferindo a elas menos objetividade do que se espera ao abordá-las por meio de métodos de investigação sobre o consumo alimentar. (GARCIA, 2004).

Monteiro et al. (1995) elucida que o Brasil vem rapidamente substituindo o problema de escassez pelo excesso dietético e que o aumento da obesidade entre adultos no Brasil é maior para os grupos de baixa renda. Este mesmo autor em 2000 ao analisar os estudos nacionais de 1974-1975 e de 1989, afirma que, no período estudado, a obesidade ascendeu em todas as classes de renda, mas o aumento foi maior entre os indivíduos que pertenciam a famílias de menor renda per capita.

Para Bacallao e Pena (2000) as transformações sociais, econômicas e demográficas ocorridas globalmente, durante as duas últimas décadas, coincidiram com alterações no perfil epidemiológico nos padrões alimentares e de atividades físicas, conferindo heterogêneos padrões nutricionais em diferentes situações e que, especialmente, entre adultos, tanto em países desenvolvidos como em algumas regiões de países em

desenvolvimento, enfraquecem as associações de desnutrição e enfermidades transmissíveis com a pobreza; e da obesidade e enfermidades crônicas com bem-estar econômico.

Recentemente, estudos observacionais têm evidenciado estreita relação entre características qualitativas da dieta e ocorrência de enfermidades crônico-degenerativas como as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus não-insulinodependente, câncer e obesidade. Todas essas patologias constituem, hoje, um problema prioritário de saúde pública e de segurança alimentar, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles menos desenvolvidos, incluindo todas as faixas etárias, com destaque entre crianças e adolescentes (MONTEIRO et al., 2000; OLIVEIRA, 1993; OMS, 1990; VALENTE, 1997).

Inegavelmente o Brasil é um país que aderiu ao modelo americano de fast food e a população jovem faz parte da geração carboidratos simples, gorduras saturadas e açúcar refinado, que são muito bem representados pelos sanduíches, batatas fritas e refrigerantes, alimentos bases dos restaurantes de comida rápida. Para Ortiz (1994) e Fischler (1995) interessa menos a americanidade dos fast foods do que o fato de exprimir um padrão alimentar adaptado à modernidade por serem ágeis, poupam o tempo de preparo e ingestão e são deslocáveis para qualquer espaço e de acordo com Garcia (2003) a valorização do modelo norte-americano como referência de modernidade, como símbolo do primeiro mundo, contém idéias de vanguarda científica, avanço tecnológico, poder econômico, praticidade da vida cotidiana entre outras.

A industrialização e urbanização trouxeram aumento da ingestão de calorias e diminuição da atividade física, estabelecendo o princípio do sobrepeso, ou seja, maior ingestão calórica e menor gasto energético, com acúmulo de gordura. Na população infanto-juvenil, outros fatores agravam o problema, como o desmame precoce e introdução de alimentos altamente calóricos desde o início da vida. Crianças e jovens tem cada vez menos espaços gratuitos para praticar atividades físicas e incorporam formas de lazer sedentárias, como computadores e televisão. As refeições rápidas e fora de casa com refrigerantes, salgadinhos, sanduíches e biscoitos substituíram o arroz, feijão, carne e verdura, até mesmo a merenda escolar (TARDIDO; FALCÃO, 2006).

Inquéritos dietéticos constituem o melhor instrumento para se determinar o padrão alimentar da população e a sua evolução com o tempo. No Brasil, via de regra, esses inquéritos são conduzidos em capitais e regiões metropolitanas. A mais completa fonte de informação alimentar com amostra representativa do país foi o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF), conduzido em 1974/1975, com enfoque principal no consumo alimentar por meio da pesagem direta dos alimentos aplicados por sete dias consecutivos. Há outros estudos de abrangência nacional, como a Pesquisa Domiciliar de Orçamento Familiar (POF), realizada entre 1961 e 1963 em áreas urbanas e rurais; a POF realizada entre 1987 e 1988 em áreas metropolitanas e a POF realizada entre 1995 e 1996 em áreas metropolitanas e capitais brasileiras. Essas pesquisas estimaram o consumo alimentar médio per capita diário das famílias. (BONOMO et al., 2003).

O sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) foi inquérito realizado pelo Ministério da Saúde em 26 estados brasileiros e o Distrito Federal no ano de 2006, este inquérito consta de informações atualizadas sobre a frequência e a distribuição dos principais fatores que determinam doenças crônicas em nosso meio, ao mesmo tempo em que geram uma linha de base para o monitoramento futuro desses fatores. (BRASIL, 2007).

Esta revisão de literatura tem como objetivo analisar os inquéritos alimentares disponíveis sobre a alimentação da população brasileira, bem como, verificar a evolução no consumo alimentar no Brasil.

REVISÃO DE LITERATURA

OS INQUÉRITOS ALIMENTARES NO BRASIL E SUAS METODOLOGIAS

De acordo com Mondini e Monteiro (1994) os inquéritos dietéticos, realizados por meio de diferentes metodologias, apresentam como principal vantagem a possibilidade da medida direta do consumo de alimentos, propiciando, assim, condições para se inferir com maior precisão a quantidade de alimentos efetivamente consumida por famílias ou mesmo indivíduos.

O Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF) foi uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de abrangência nacional (exceto áreas rurais do Norte e Centro-Oeste) e sua coleta de dados teve a duração de um ano (de agosto de 1974 a agosto de 1975), o objetivo era coletar dados relevantes sobre orçamentos familiares e consumo de alimentos, para analisar a situação nutricional tendo por base quadro de orçamentos familiares, uma vez que naquele momento já se entendia que a pobreza era a principal causa da subnutrição. (IBGE, 1977b)

Com uma grande amostra, cerca de 55 mil domicílios e dados de cerca de 53 mil famílias, o ENDEF foi um dos mais

complexos (pesquisa difícil, altamente invasiva) e caros estudos já realizados no Brasil, nesta pesquisa o consumo médio per capita diário das famílias foi estimado, de forma direta, com base no método de pesagem dos alimentos, aplicado por sete dias consecutivos em cada domicílio. (IBGE, 1977b).

Segundo Mondini e Monteiro (1994) as Pesquisas de Orçamento Familiar (POFs) constituem uma interessante fonte alternativa de informações sobre o consumo alimentar, sendo esse estimado por meio de despesas efetuadas com os alimentos e preços praticados no comércio. O Brasil tem realizado POF com alguma regularidade em suas áreas metropolitanas e por meio delas tem sido avaliada a tendência secular de disponibilidade domiciliar de alimentos no País. (MONTEIRO; MONDINI, 2000).

A POF representa importante fonte de dados da dieta (LAGIOU; TRICHOPOULOU, 2001), e tem como objetivo fornecer informações sobre a composição dos orçamentos domésticos, a partir da investigação dos hábitos de consumo, da alocação de gastos e da distribuição dos rendimentos, segundo as características dos domicílios e das pessoas. (IBGE, 2004).

A POF de 1961-1963 foi executada pela fundação Getulio Vargas entre 1961 e 1963, envolvendo uma amostra probabilística de 9.125 domicílios, a quantidade de alimentos consumida dividida pelo número de pessoas no domicílio e pelo período de estudo fornece a estimativa do consumo médio per capita diário da família. (GETÚLIO VARGAS FOUNDATION, 1970).

A pesquisa domiciliar de orçamento familiar (POF) de 1987-88 foi realizado pelo IBGE de março de 1987 a fevereiro de 1988, envolvendo uma amostra probabilística de 13.611 domicílios situados nas áreas metropolitanas, sendo que a metodologia para o cálculo de per capita estimado foi semelhante à adotada pela POF 1961-1963. (IBGE, 1991).

Para a POF de 1995-1996 o IBGE selecionou 19.816 domicílios das áreas metropolitanas, sendo realizada entre os períodos de outubro de 1995 a setembro de 1996. (IBGE, 1999).

A realização da POF 2002-2003 foi entre julho de 2002 a junho de 2003 e envolveu entrevistas realizadas numa amostra de 48.870 domicílios nas regiões metropolitanas. (IBGE, 2004).

O Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Vigilância em Saúde e da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa implantou em 2006, o Sistema VIGITEL. O Sistema objetiva o monitoramento contínuo da frequência e distribuição de fatores de risco e proteção para doenças crônicas em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, na realização contínua de entrevistas telefônicas assistidas por computador em amostras probabilísticas da população adulta residente em domicílios servidos por linhas fixas de telefone de cada cidade. Esse sistema foi testado com sucesso em São Paulo, mais tarde em Belém, Florianópolis, Goiânia e Salvador pelo Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo. As entrevistas foram feitas entre agosto e dezembro de 2006 por uma empresa comercial de pesquisa de opinião sediada em Belo Horizonte. O questionário do Sistema VIGITEL, foi construído de modo a viabilizar a opção do sistema pela realização de entrevistas telefônicas feitas com o emprego de computadores, ou seja, entrevistas cujas perguntas são lidas diretamente da tela de um monitor de vídeo e cujas respostas são registradas direta e imediatamente em meio eletrônico. (BRASIL, 2007)

OS INQUÉRITOS ALIMENTARES E SEUS RESULTADOS

Segundo Escoda (2002) tomando como base os dados do ENDEF, foi reafirmado que dois terços das famílias brasileiras consumiam uma dieta de baixa adequação calórica e que esse consumo significava uma situação de fome crônica em vários graus de intensidade e sob diferentes combinações de deficiências nutricionais, sendo registrado um consumo inferior a 1.000g/dia de alimentos como indicador direto da fome endêmica no Nordeste. Nessa região, a gravidade da desnutrição energético-proteica situou-se na proporção de 79,5%, e nos estados do Sul 23,2%. Esses dados inscrevem a desnutrição como causa básica das infecções e mortalidade infantil.

De acordo com Garcia (2003) ao comparar o Estudo Multicêntrico de Consumo Alimentar (EMCA) e o ENDEF, pode-se notar a presença de novos produtos industrializados de peso na dieta brasileira, como refrigerantes, macarrão, bolacha doce e salgada, leite condensado, margarina, salsicha, leite em pó, maionese, chocolate e pão de forma.

A tendência de evolução dos padrões de consumo alimentar nas últimas três décadas, passível de estudo apenas nas áreas metropolitanas do País, indica persistência de um teor excessivo de açúcar na dieta (com redução no consumo de açúcar refinado e incremento no consumo de refrigerantes) e aumento no aporte relativo de gorduras em geral e de gorduras saturadas, não evidenciando qualquer tendência de superação dos níveis insuficientes de consumo de frutas e hortaliças. Nota-se, ainda, que alimentos tradicionais na dieta do brasileiro, como o arroz e o feijão, perdem importância no período, enquanto o consumo de produtos industrializados, como

biscoitos e refrigerantes, aumenta em 400%. (IBGE, 2004).

Dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF, 1987-1988), em comparação com os dados do ENDEF, registraram importante redução do consumo de feijão e aumento da participação calórica de óleo vegetal na dieta dos brasileiros. (SCHICHERI et al., 1997).

Para Levy-Costa (2005) foi observado que nas pesquisas de orçamento familiares os alimentos e grupos de alimentos cuja participação na dieta aumentou entre 1974-1975 e 2002-2003 incluem carnes em geral (aumento de quase 50%), carne bovina (aumento de 22%), carne de frango (aumento de mais de 100%), embutidos (aumento de 300%), leite e derivados (aumento de 36%), óleos e gorduras vegetais (aumento de 16%), biscoitos (aumento de 400%) e refeições prontas (aumento de 80%). Alimentos e grupos de alimentos que mostraram tendência inversa incluem arroz (redução de 23%), feijões e demais leguminosas (redução de 30%), raízes e tubérculos (redução de 30%), peixes (redução de quase 50%), ovos (redução de 84%) e gordura animal (redução de 65%). Açúcar e refrigerantes mostraram tendências opostas no período, com redução do primeiro (23%) e aumento do segundo (400%). A participação na dieta de frutas e verduras e legumes permaneceram relativamente constantes durante todo o período (entre 3% e 4%) e bastante aquém, portanto, da recomendação de 6%-7% das calorias totais para a ingestão deste grupo de alimentos.

A disponibilidade domiciliar média de alimentos no Brasil foi estimada em 1.800 kcal por pessoa por dia, sendo essa disponibilidade próxima de 1.700 kcal no meio urbano e de 2.400 kcal no meio rural, sendo que os alimentos básicos de origem vegetal (cereais, leguminosas e raízes e tubérculos) correspondem a cerca de 50% das calorias totais, vindo, a seguir, com cerca de 28%, os alimentos essencialmente calóricos (óleos e gorduras vegetais, gordura animal, açúcar e refrigerantes e bebidas alcoólicas) e, com cerca de 18%, os produtos de origem animal (carnes, leites e derivados e ovos). Frutas, verduras e legumes correspondem a apenas 2,3% das calorias totais, ou cerca de um terço das recomendações para o consumo desses alimentos (pelo menos 400 gramas diárias ou cerca de 6-7% das calorias totais de uma dieta de 2.300 kcal diárias, valor calórico diário correspondente à necessidade energética média diária estimada pela Food and Agriculture Organization (FAO) para a população brasileira. (LEVY-COSTA et al., 2005; ORTIZ, 1994).

Os cereais de maior participação no meio urbano foram pães, biscoitos e macarrão e no meio rural forma arroz e farinha de trigo. As frutas, verduras e legumes, carnes e leite e derivados tiveram maior participação no meio urbano, enquanto no meio rural foi maior a participação de feijões e outras leguminosas e de raízes e tubérculos. As refeições prontas e industrializadas tiveram três vezes mais participação no meio urbano do que no meio rural. (LEVY-COSTA et al., 2005).

A POF de 1995 - 1996 trazem alguns resultados interessantes sobre as modificações no consumo de alimentos nos últimos dez anos. Comparando com a POF de 1987 - 1988, a distribuição de gastos por itens demonstrou uma redução nas despensas com carnes frescas e vísceras (de 17,13% para 12,97%), cereais, leguminosas e oleaginosas (de 5,56% para 4,22%) e açúcares e derivados (de 4,44% para 3,40%). Os panificados (pão francês, biscoitos e outros) e os alimentos preparados ou semi-prontos aumentaram seu peso no orçamento familiar. Apesar da redução dos gastos com carnes frescas e vísceras, o consumo de alimentos fontes de proteína animal cresceu: o consumo de frango aumentou 16,56%; de carne bovina de primeira, 5,97%; e de carne de segunda, 6,95%. (GARCIA, 2003).

A evolução da composição da dieta em macronutrientes evidencia aumento do teor em gorduras e diminuição do teor em carboidratos. No caso dos carboidratos, chega-se muito próximo, na última pesquisa, da contribuição mínima de 55% das calorias totais, com o agravante de que cerca de um quinto dos carboidratos da dieta (12% em 56%) correspondem a açúcar. No caso das gorduras, na última pesquisa, o limite máximo de 30% das calorias totais é ultrapassado. Gorduras saturadas tendem a aumentar intensa e continuamente entre as pesquisas, sendo que o limite máximo para este componente da dieta (10% das calorias totais) é virtualmente alcançado na última pesquisa (9,6%). O limite máximo de 10% para a proporção de calorias provenientes de açúcar (o que inclui açúcar propriamente dito e refrigerante) é ultrapassado em todas as pesquisas ainda que se note algum declínio entre as duas últimas pesquisas. Embora o teor de proteínas na dieta mostre tendência de aumento, a proporção de calorias protéicas se mostrou adequada em todas as pesquisas. (IBGE, 2004).

Diferenças igualmente importantes entre homens e mulheres são encontradas quanto à relação entre renda e prevalência de excesso de peso. Entre homens, a frequência do excesso de peso aumenta de modo uniforme e intenso com a renda enquanto, entre mulheres, a relação com a renda é menos intensa e tende a ser curvilínea, de modo que as maiores prevalências de excesso de peso são encontradas nas classes intermediárias de renda. Nas regiões economicamente mais desenvolvidas (Sul, Sudeste e Centro-Oeste) e, de modo geral, no meio urbano e entre famílias com maior rendimento, além do consumo insuficiente de frutas e hortaliças e do consumo excessivo de açúcar, há consumo excessivo de gorduras em geral e consumo excessivo de gorduras saturadas. (IBGE, 2004).

De acordo com a VIGITEL o consumo de frutas e hortaliças cinco ou mais dias na semana, variou de 7,3%

em Macapá a 38,6% em Porto Alegre, sendo maior o consumo para as mulheres, nas faixas etárias e de escolaridade mais altas. As regiões Norte e Nordeste apresentam as mais baixas porcentagens de consumo regular de frutas e hortaliças. O consumo de carnes com excesso de gordura tende a ser bem mais freqüente em homens (54,2%) do que em mulheres (29%) e que, em ambos os sexos, a freqüência do consumo de carnes com excesso de gordura tende a diminuir fortemente com a idade e com o nível de escolaridade das pessoas. A prevalência de obesidade é maior em João Pessoa (13,9%) e menor nas cidades de Belo Horizonte e São Luís (8,7%). De modo geral, a prevalência é igual nos dois sexos, porém diminui nas mulheres com o aumento de escolaridade, enquanto que nos homens é menor naqueles que estudaram de 9 a 11 anos. Natal apresenta a maior porcentagem de população adulta sedentária ou fisicamente inativa (35,1%) e Boa Vista (21,6%) a menor. No geral, quase o dobro dos homens (39,8%) são sedentários comparativamente às mulheres (20,1%). A maior prevalência de hipertensão arterial é vista em Recife (24,9%) e a menor em Palmas (15,1%). Quanto à diabetes, a maior prevalência é relatada em São Paulo (6,2%) e a menor em Palmas (2,7%). As mulheres apresentam, no geral, maior freqüência de relato médico de diabetes do que os homens, da mesma forma que a hipertensão arterial, estes dados devem ser analisados com cautela, pois também refletem o acesso aos serviços de saúde. (BRASIL, 2007).

A QUESTÃO DA TRANSIÇÃO NUTRICIONAL

O conceito de transição nutricional refere-se a mudanças seculares nos padrões de nutrição, dadas as modificações da ingestão alimentar, como conseqüência de transformações econômicas, sociais, demográficas e sanitárias (OPAS, 2000)

No Brasil, inúmeros são os desafios encontrados para que a população alcance um nível ótimo de nutrição. A complexidade dos problemas alimentares, advindos da transição nutricional em curso no país, tem imposto reformulações urgentes ao setor, a fim de responder as novas demandas alimentares. (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

A transição nutricional em geral refere-se à passagem da desnutrição para obesidade (KAC; VELÁSQUEZ-MELENDÉZ, 2003). No Brasil, a transição nutricional assumiu um perfil singular (KAC; VELÁSQUEZ-MELENDÉZ, 2003; ESCODA, 2002). O país convive com perfis nutricionais distintos, por vezes, sobrepostos. Nota-se a evolução da desnutrição, a permanência das anemias carenciais e o incremento da obesidade e dos agravos relacionados a ela. (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

Monteiro et al. (1995) concluiu que o Brasil vem rapidamente substituindo o problema da escassez pelo excesso dietético e destacou que o aumento da obesidade entre adultos no Brasil é maior para os grupos de baixa renda. Apontando também que seria necessário informações detalhadas sobre as tendências no consumo alimentar e na atividade física para investigar os fatores responsáveis pela ascensão da obesidade. Enquanto a desnutrição diminuiu em todos os níveis de renda familiar estudados, com um virtual desaparecimento da desnutrição entre adultos de renda mais alta. (MONTEIRO, 2000).

Os padrões alimentares, no Brasil, variam entre as diferentes regiões brasileiras, dependendo do clima, das condições de produção de alimentos, das condições socioeconômicas da população e suas características culturais. Tradicionalmente, para a

maior parte da população brasileira, até meados do século XX, a alimentação habitual consistia basicamente de cereais, leguminosas e tubérculos combinados a pequenas quantidades de alimentos de origem animal. Entretanto, nas últimas três décadas, acompanhando mudanças observadas em várias regiões do mundo, o padrão da alimentação da população brasileira vem sofrendo grandes modificações, caracterizadas por diminuição da participação na dieta dos alimentos básicos e pelo aumento do consumo de carnes e leite e derivados e de alimentos industrializados ricos em gordura, açúcar e sal. (LEVY-COSTA et al., 2000; MONDINI et al. 1994; MONTEIRO et al., 2000). Importa notar que, ao longo das três últimas décadas, a participação de frutas e hortaliças no consumo alimentar da população brasileira manteve-se estagnada e bastante inferior ao consumo mínimo diário recomendado de 400 gramas. (LEVY-COSTA, 2005).

Para Monteiro e Conde (1999) a modificação do padrão alimentar das regiões metropolitanas baseou-se em:

- 1) redução do consumo de cereais, feijão, frutas, raízes e tubérculos;
- 2) aumento do consumo de ovos, leite e derivados;
- 3) substituição do consumo de banha, toucinho e manteiga por margarina e óleos vegetais;
- 4) utilização da soja e seus derivados (óleo, margarina, queijo, etc.);
- 5) relativo aumento do consumo de carnes, principalmente frango.

Escoda (2002) aborda a situação nutricional no Brasil nas três últimas décadas, relatando que, até a década de 1970, o quadro nutricional esteve fortemente marcado por surtos epidêmicos de

fome, que estavam geográfica e socialmente localizados, com altos índices de prevalência das formas graves e severas de desnutrição energética protéica (DEP). Diferentemente da década de 1970, na década de 1980 a situação nutricional passou a ser caracterizada por uma deficiência global de nutrientes, distribuindo-se de forma generalizada por todo o país. Na década de 1990, além da manutenção do grave problema da DEP, especialmente em algumas regiões como o Nordeste e o Norte, observou-se o acréscimo da obesidade, diabetes e dislipidemias (SAWAYA et al., 1997; ESCODA, 2002).

A indústria alimentícia investe forte na divulgação de produtos de alto teor calórico para crianças e adolescentes que tendem a se manter fiéis a esses hábitos de consumo. Embora sejam alimentos potencialmente causadores de obesidade, esses produtos surgem nas propagandas associados à saúde, beleza, bem estar, juventude, energia e prazer. Isso tudo permite concluir que os brasileiros nascidos após os anos 80 estão sendo mais expostos aos efeitos nocivos da transição nutricional. Por isso, tem maior chance de apresentar doenças associadas à obesidade e ao sedentarismo, como hipertensão, diabetes, infarto, acidente vascular cerebral, câncer de intestino e mama. (TARDIDO; FALCÃO, 2006).

Para Tardido e Falcão (2006) hábitos e práticas alimentares são construídos com base em determinações socioculturais. No mundo contemporâneo, a mídia desempenha um papel estruturador na construção e desconstrução de procedimentos alimentares. A real dimensão da presença feminina no trabalho fora de casa para as classes média e alta e a concomitante contratação do emprego doméstico por parte dessas mesmas mulheres pode contribuir para o delineamento das reais modificações no preparo de alimentos no âmbito domiciliar, no perfil de compra de alimentos por parte das famílias e no consumo de refeições preparadas ou servidas fora do domicílio por toda família, e não apenas por parte das mulheres que se engajam nos postos de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os inquéritos alimentares demonstram o crescimento do consumo de alimentos de alta densidade energética como gorduras saturadas e açúcares, grande consumo de bolachas, refrigerantes, alimentos industrializados, fast foods em detrimento ao consumo de carboidratos complexos, frutas e legumes.

Essa grande mudança no perfil alimentar, diz respeito à transição nutricional que o país vem sofrendo, com a diminuição da desnutrição e o aumento da prevalência da obesidade com a participação crescente de doenças crônicas não transmissíveis no perfil de morbi-mortalidade da população brasileira.

A intervenção nutricional se faz necessária para garantir uma melhor qualidade de vida com a manutenção de uma dieta equilibrada e consequentemente a manutenção de um peso saudável.

Os setores de saúde mediante a complexidade da situação epidemiológica nutricional no Brasil deveriam promover ações eficazes que auxiliassem no combate aos maus hábitos alimentares bem como a epidemia da obesidade e doenças correlatas.

REFERÊNCIAS

BACCALLAO, J.; PENA, M. La obesidad en la pobreza: un problema emergente en las Américas, In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La obesidad en la pobreza**. Washington: OPAS, 2000. p.3-11.

BONOMO, E. et al. Consumo alimentar da população adulta segundo perfil sócio-econômico e demográfico: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1461-1471, set./out. 2003.

ESCODA, M. S. Q. Para a crítica da transição nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 219-226. 2002.

FERREIRA, V.A.; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.7, 1674-1681. jul. 2007.

FISCHLER C. **El (h)omnívoro- El gusto, la cocina y el cuerpo**. Barcelona: Editorial Anagrama.1995. 421p.

GARCIA, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 4, p.483-492, out./dez. 2003.

ALMEIDA, T. C. et al. O consumo e ingestão alimentar da população brasileira: um olhar sobre os inquéritos nutricionais. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 7-15. 2011.

GARCIA, R. W. D. Representações sobre consumo alimentar e suas implicações em inquéritos alimentares: estudo qualitativo em sujeitos submetidos à prescrição dietética. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 1, p.15-28. jan./mar. 2004.

GETULIO VARGAS FOUNDATION. **Food Consumption in Brazil: Family Budget Survey in the Early 1960's**. Rio de Janeiro: Getulio Vargas Foundation. 1970.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares - POF 1987/88**. Rio de Janeiro: IBGE, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 1987 e 1986**. Rio de Janeiro: IBGE, 1999. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/default.shtm>
Acesso em: 23 out. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares, 2002-2003**: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELENDÉZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, v.19, Suppl 1, p. S4-5. 2003.

LAGIOU, P.; TRICHOPOULOU, A. The DAFNE initiative: the methodology for assessing dietary patterns across Europe using household budget survey data. **Public Health Nutr.**, v. 4, p. 1135-41. 2001.

LEVY-COSTA, R. B.; SICHIERI, R.; PONTES, N. S.; MONTEIRO, C. A. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 530-540.2005.

MAZZILLI, R. N. Algumas considerações sobre o consumo de alimentos em Icapara e Pontal de Ribeira, São Paulo, Brasil. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 9, p. 49-55, 1975.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2006**: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: MS, 2007.

MONDINI, L.; MONTEIRO, C. A. Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962-1988). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 433-9. 1994.

MONTEIRO C. A. La transición epidemiológica en el Brasil. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La obesidad en la pobreza**. Washington: OPAS, 2000. p. 73-83.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.**, v. 43, p. 186-94. 1999.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, p. 342-6, 2000.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; SOUZA, A. L. M.; POPKIN, B. M. Da desnutrição para obesidade, In: MONTEIRO, C. A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil**. Hucitec: São Paulo, 1995. p.247-255.

OLIVEIRA, J. E. D. Análise e tendências. Alimentação, nutrição, desenvolvimento, economia, qualidade de vida. **Alimentação e Nutrição**, v. 5, p. 145-52. 1993.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas**. Ginebra: OMS. 1990. 228p.

ORTIZ, R. **Mundialização e cultura**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense; 1994. 234p.

ALMEIDA, T. C. et al. O consumo e ingestão alimentar da população brasileira: um olhar sobre os inquéritos nutricionais. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 7-15. 2011.

POPKIN, B. M. Urbanization, lifestyle changes and the nutrition transition. **World Development**, v. 27, p.1905-1916. 1999.

POPKIN, B. M. The nutrition transition and obesity in the developing world. **Journal of Nutrition**, v. 131, p. 871-873. 2001.

SAWAYA, A. L.; FERRARI, A. A.; UGNEBU, C. H.; SOLYMOS, G. M.; VIEIRA, M.F.A.; SOUZA, M. H. N. **Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição**. São Paulo: Cortez, 1997.

SCHICHIERI R, et al..Variações temporais do estado nutricional do consumo alimentar no Brasil. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 31-50. 1997.

TARDIDO, A.P.; FALCÃO, M.C. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Rev. Bras. Nutrição Clínica**, v. 21, n. 2, p. 117-24. 2006.

VALENTE, F. L. S. Do combate à fome à segurança alimentar e nutricional: O direito à alimentação adequada. **Revista de Nutrição da PUCCAMP**, v. 10, p. 20-36. 1997.