

Fatores associados ao consumo de dietas ricas em gordura em adultos de uma cidade no sul do Brasil

Factors associated with the consumption of high-fat foods among adults in a Southern Brazilian city

Airton José Rombaldi ¹
Marcelo Cozzensa da Silva ¹
Marilda Borges Neutzling ²
Mario Renato Azevedo ¹
Pedro Curi Hallal ¹

Abstract *The scope of this study was to describe the frequency of consumption of high-fat foods among adults aged 20 to 69 years and to identify associated factors. A population-based cross-sectional study was conducted with 972 adults in Pelotas, Southern Brazil. The consumption of high-fat foods in the previous twelve months was evaluated using the Block questionnaire comprising fifteen food items scored according to the frequency of consumption of high-fat foods. Approximately one in every three adults (32.7%) reported the regular consumption of high-fat diets. Among individuals of both sexes, the regular consumption of fat was associated with younger ages and the regular intake of non-diet soft drinks, and only for men, to the A/B economic levels. The conclusion reached is that the consumption of high-fat food among adults is above current Ministry of Health recommendations. Interventions aimed at stimulating healthy diets are urgently needed.*

Key words *Adults, Food consumption, Diet surveys, Fat*

Resumo *O objetivo deste estudo foi descrever a frequência de consumo de dieta rica em gordura por adultos de 20 a 69 anos de Pelotas, RS, e analisar fatores associados. Foi realizado um estudo transversal de base populacional, incluindo 972 adultos. A frequência do consumo de gordura alimentar no ano anterior à pesquisa foi avaliada pelo questionário de Block, composto por quinze itens alimentares, pontuados de acordo com a frequência de consumo de alimentos com elevados teores de gordura. Cerca de 1/3 da população adulta (32,7%) consumia regularmente dieta rica em gordura. Para ambos os sexos, o consumo regular de gordura mostrou-se associado a idades mais jovens e consumo regular de refrigerantes e, somente para homens, aos níveis econômicos A/B. A frequência do consumo regular de alimentos ricos em gordura na população adulta residente no município de Pelotas encontra-se além das recomendações atuais do Ministério da Saúde. Políticas públicas que estimulem uma alimentação saudável são urgentemente necessárias.*

Palavras-chave *Adultos, Consumo de alimentos, Inquéritos sobre dietas, Gordura*

¹ Departamento de Desportos, Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas. R. Luis de Camões 625, Três Vendas. 96.055-630 Pelotas RS Brasil.

rombaldi@ufpel.tche.br

² Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Introdução

O Brasil passa por um processo de transição nutricional onde a ocorrência de desnutrição foi reduzida bruscamente, aumentando a prevalência de sobrepeso e obesidade, resultado da adoção do estilo de vida sedentário e do consumo de dietas desbalanceadas¹. Essa tendência de transição nutricional não é exclusividade brasileira, é de fato observada em diferentes países e demonstra aumento do consumo de uma dieta rica em gorduras saturadas e açúcares e reduzida em carboidratos complexos, leguminosas, pescado, frutas e hortaliças, principalmente em gerações mais novas².

Como consequência das alterações metabólicas decorrentes do modo de vida inadequado, incluindo a alimentação não saudável, as doenças crônicas não transmissíveis são atualmente problema de saúde pública que assumiu proporções epidêmicas³, especialmente em relação às doenças cardiovasculares^{4,5} e diabetes⁶. Neste sentido, chamam a atenção as baixas prevalências de dieta considerada saudável em estudos conduzidos no Brasil com adultos⁷ e idosos⁸.

De acordo com o Ministério da Saúde brasileiro, a participação relativa das gorduras na alimentação das famílias tem apresentado tendência crescente. Em 2003, o consumo de gordura extrapolou os limites recomendados nas regiões metropolitanas e em Brasília e Goiânia, em áreas urbanas das regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul e em seguimentos populacionais de rendimentos mais altos (acima de dois salários mínimos familiares *per capita*)⁶. Em 2008-2009, segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares, 82% das pessoas consideradas no estudo apresentaram consumo excessivo de gorduras saturadas⁹. Além disso, o estudo Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) do Ministério da Saúde, conduzido nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal em 2009, mostrou consumo médio exagerado de gordura na carne e no leite, de 33,8% e 58,4%, respectivamente¹⁰.

Identificar os fatores associados ao consumo de alimentos ricos em gordura pode ser o primeiro passo para se aproximar das populações em maior risco^{11,12}. Em comparação a outros países, como os Estados Unidos¹³ e países europeus¹⁴, existem poucos estudos no Brasil com relação à ingestão desse macronutriente, especialmente em estudos de base populacional conduzidos fora das capitais e das grandes cidades. Neste sentido, o objetivo do estudo foi descrever

a frequência de consumo de dieta rica em gordura por adultos e analisar os fatores associados.

Métodos

O presente estudo se caracteriza como transversal de base populacional e foi realizado na zona urbana da cidade de Pelotas, localizada no sul do estado do Rio Grande do Sul, com aproximadamente 340 mil habitantes.

O cálculo de tamanho amostral foi realizado considerando a determinação (1) da prevalência e (2) dos fatores associados. Em primeiro lugar, foi estimada a amostra necessária para determinar a prevalência do consumo de dieta rica em gordura com os seguintes parâmetros: prevalência estimada de 35,0% para dieta rica em gordura, margem de erro aceitável de 4,0 pontos percentuais, nível de confiança de 95%, acréscimo de 10% para perdas e recusas e efeito de delimitamento amostral de 1,5. Este cálculo resultou em 901 sujeitos. Para explorar a associação do consumo exagerado de gordura e variáveis independentes, os seguintes parâmetros foram utilizados: nível de confiança de 95%, poder de 80%, prevalência de exposição variando de 10% a 90%, razão de prevalências de 1,7, acréscimo de 10% para não respondentes e 15% para controle de fatores de confusão e efeito de delimitamento amostral de 1,5. Com a variação dos parâmetros de prevalência, o maior tamanho amostral encontrado foi de 990 sujeitos.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divide a cidade em 408 setores censitários. Em função do maior cálculo amostral, foram sorteados, sistematicamente, 40 setores para serem incluídos no estudo. Em cada setor sorteado, foi escolhido aleatoriamente um ponto de partida para a escolha das residências a serem visitadas. A primeira casa foi incluída e as próximas foram selecionadas de forma sistemática, respeitando-se um pulo de sete domicílios, até atingir 15 moradias em cada setor. No total, foram selecionados 600 domicílios para participar do estudo. Nesses, todos os moradores com idade entre 20 e 69 anos foram incluídos na amostra, exceto aqueles com incapacidade mental ou física severa que os impedisse de responder ao questionário.

O desfecho – consumo de dietas ricas em gorduras – foi estabelecido através da utilização do questionário proposto por Block et al.¹⁵ para avaliar a frequência de ingestão desses alimentos. Esse questionário é composto de 15 itens ali-

mentares, visando a avaliar a frequência de consumo de alimentos ricos em gordura. Segundo Block et al.¹⁵, indivíduos que obtêm mais de 27 pontos devem ser classificados como tendo dieta rica em gordura.

Um questionário padronizado que continha 100 questões foi aplicado para coletar variáveis sociodemográficas, econômica, comportamentais, nutricionais e de saúde. O sexo foi dicotomizado (masculino ou feminino) e a idade foi categorizada em períodos de dez anos (20 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; ≥ 60 anos). A variável cor da pele foi observada pelos entrevistadores (categorizada em branca e não branca) e a variável nível econômico foi determinada segundo classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa¹⁶. A quantidade de nível de atividade física no lazer praticada foi medida pela seção específica da versão longa do *International Physical Activity Questionnaire*¹⁷. Utilizou-se o ponto de corte de 150 minutos por semana para classificar os sujeitos como ativos ou sedentários¹⁷. O estado nutricional foi determinado pelo índice de massa corporal (IMC), calculado através da massa corporal e da estatura referidos e classificado segundo critérios da OMS¹⁸. O consumo regular de refrigerante normal foi considerado positivo quando os entrevistados relataram consumir refrigerante não dietético cinco ou mais vezes por semana nos últimos 12 meses e a variável tabagismo foi categorizada em ex-fumantes, fumantes atuais e nunca fumantes.

Os entrevistadores selecionados foram de ambos os sexos, com idade mínima de 18 anos e pelo menos ensino médio completo, tendo participado de um treinamento teórico-prático de 20 horas. Os questionários foram revisados por supervisores, que estavam em contato permanente com os entrevistadores durante o trabalho de campo. O controle de qualidade foi realizado mediante revisitas a 25% da amostra. Os dados obtidos pelos questionários foram duplamente digitados no programa Epi Info (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos) e as análises conduzidas com o programa estatístico Stata 11.0 (*Stata Corp.*, College Station, Estados Unidos).

Na análise bivariada, foi verificada a relação entre o desfecho e as variáveis sexo, idade, cor da pele, nível econômico, escolaridade, tabagismo, sedentarismo no lazer, variáveis nutricionais (estado nutricional e consumo regular de refrigerantes não dietéticos). Para isso, foram utilizados os testes de qui-quadrado para heterogeneidade e tendência linear. A análise multivariável

foi realizada por meio de regressão de Poisson, com variância robusta. Todas as análises levaram em consideração o efeito do delineamento amostral, pelo grupo de comandos “svy” do Stata. O nível de significância adotado foi de 5%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas e os dados foram coletados após consentimento informado dos sujeitos.

Resultados

Em 514 domicílios sorteados com moradores adultos, 1.062 eram elegíveis. Destes, 972 responderam ao questionário (taxa de não respondentes de 8,5%). A variável independente com maior número de valores ignorados foi o IMC, sendo que 87 indivíduos não souberam informar sua massa corporal e/ou estatura.

Entre os respondentes, a maioria era do sexo feminino (57%). A Tabela 1 mostra que as maiores frequências observadas na amostra foram: 26,1% entre 20 e 29 anos, 82% brancos, 41,5% na classe C, 49,4% nunca fumaram, 69,8% sedentários no lazer, 50,9% com sobrepeso ou obesidade, 20,4% consumiam regularmente refrigerantes não dietéticos.

O consumo regular de dieta rica em gordura foi de 32,7% (IC_{95%} 29,8-35,5). O efeito de delineamento, considerando o setor censitário como unidade amostral, foi de 1,6. Análises complementares mostraram que o efeito de delineamento utilizando o domicílio como unidade amostral foi de 1,4 para a variável consumo regular de dieta rica em gordura.

A Tabela 2 apresenta a frequência do consumo regular de dieta rica em gordura e as razões de prevalência segundo as variáveis independentes. Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes nas variáveis sexo, cor da pele, tabagismo, sedentarismo no lazer e estado nutricional. Na análise ajustada, indivíduos entre 20 e 29 anos, das classes econômicas A e B, e que consumiam regularmente refrigerante não dietético apresentaram maiores prevalências de consumo de dietas ricas em gordura.

As Tabelas 3 e 4 descrevem as análises bivariadas e ajustadas entre o desfecho e variáveis independentes, segundo o sexo. Entre os homens (Tabela 3), houve associação entre o consumo regular de gordura e as variáveis idade (indivíduos de 20-29 anos apresentaram 200% mais risco para o consumo), nível econômico (classes A/B mostra-

Tabela 1. Descrição da amostra em termos de variáveis sociodemográficas, econômica e comportamentais. Pelotas, RS, Brasil (n = 972).

Variáveis	Total		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%
Idade (anos)						
20-29	254	26,1	120	28,7	134	24,2
30-39	195	20,1	79	18,9	116	21,0
40-49	247	25,4	99	23,7	148	26,7
50-59	173	17,8	77	18,4	96	17,3
60-69	103	10,6	43	10,3	60	10,8
Nível econômico (ABEP)*						
Classes A e B	382	40,1	172	42,2	210	38,6
Classe C	395	41,5	163	40,0	232	42,7
Classes D e E	175	18,4	73	17,9	102	18,7
Cor da pele						
Branca	797	82,0	349	83,5	448	80,9
Não branca	175	18,0	69	16,5	106	19,1
Tabagismo						
Ex-fumante	216	22,2	105	25,1	111	20,0
Fumante atual	276	28,4	135	32,3	141	25,5
Nunca fumou	480	49,4	178	42,6	302	54,5
Sedentarismo no lazer						
Sim	676	69,8	258	62,2	418	75,6
Não	292	30,2	157	37,8	135	24,4
Estado nutricional						
Obesidade	133	15,0	56	13,9	77	15,9
Sobrepeso	318	35,9	168	41,8	150	31,1
Eutrófico	434	49,1	178	44,3	256	53,0
Consumo regular de refrigerante não dietético						
Sim	196	20,4	113	27,4	83	15,2
Não	765	79,6	300	72,6	465	84,5
Consumo regular de dieta rica em gordura						
Sim	317	32,7	147	35,3	170	30,7
Não	654	67,3	270	64,7	384	69,3

* Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.

ram risco 40% maior) e consumo regular de refrigerantes açucarados (50%). Já, entre as mulheres (Tabela 4), à medida que a idade diminuiu, aumentou o consumo regular de gordura (20-29 anos, consumo 200% maior que a idade de referência). Além disso, houve associação com a ingestão de refrigerantes não-diet (RP = 2,0).

Discussão

Os resultados do presente estudo mostraram que aproximadamente um terço (32,7%) dos adultos de ambos os sexos consome frequentemente alimentos ricos em gordura. Os efeitos de deline-

amento amostral, tanto para o setor censitário como para o domicílio, foram muito próximos aos estimados no cálculo de tamanho amostral e controlados nas análises estatísticas conduzidas.

A elevada frequência de consumo de alimentos gordurosos observada no presente estudo é similar a resultados encontrados em outros estudos nacionais. Em 2005, Lopes et al.¹¹ relataram consumo de lipídios acima do adequado em 31,1% dos adultos e idosos da cidade de Bambuí, MG. Nossos achados são coerentes com aqueles apresentados pelo estudo brasileiro sobre fatores de risco para doenças não transmissíveis (Vigitel)¹⁰ que mostrou consumo médio exagerado de gordura na carne em 33,8% da população, e um pou-

Tabela 2. Associação das variáveis sociodemográficas, econômica, comportamentais e de saúde com o Consumo de Dieta Rica em Gordura em Pelotas, RS, 2006 (n = 317).

Variáveis	Consumo de dieta rica em gorduras		RP bruta (IC95%)	RP ajustadas** (IC _{95%})	Valor p
	Sim	%			
Sexo					0,1**
Feminino	147	35,3	0,9 (0,7-1,1)	1,0 (0,9-1,2)	
Masculino	170	30,7	1,0	1,0	
Idade (anos)					< 0,001*
20-29	113	44,5	2,9 (1,8-4,6)	2,9 (1,8-4,6)	
30-39	72	37,1	2,4 (1,5-3,9)	2,4 (1,5-3,9)	
40-49	78	38,6	2,0 (1,2-3,3)	2,0 (1,3-3,3)	
50-59	38	22,0	1,4 (0,8-2,4)	1,4 (0,8-2,4)	
60 ou mais	16	15,5	1,0	1,0	
Nível econômico (ABEP)*					0,003*
Classes A e B	137	35,9	1,5 (1,1-2,0)	1,5 (1,1-2,0)	
Classe C	126	31,9	1,3 (1,0-1,8)	1,3 (1,0-1,8)	
Classes D e E	42	24,1	1,0	1,0	
Cor da pele					0,3**
Branca	266	33,4	0,9 (0,7-1,1)	1,2 (0,9-1,5)	
Não branca	51	29,1	1,0	1,0	
Tabagismo					0,9*
Ex-fumante	99	36,0	0,7 (0,6-1,0)	0,7 (0,6-1,0)	
Fumante atual	54	25,0	1,1 (0,9-1,3)	1,1 (0,9-1,3)	
Nunca fumou	164	34,2	1,0	1,0	
Sedentarismo no lazer					0,7**
Sim	223	33,0	1,0 (0,8-1,3)	1,0 (0,9-1,3)	
Não	93	31,8	1,0	1,0	
Estado nutricional					0,06*
Obesidade	35	26,3	0,7 (0,5-1,0)	0,7 (0,5-1,0)	
Sobrepeso	96	29,9	0,8 (0,6-1,0)	0,8 (0,7-1,0)	
Eutrófico	159	37,0	1,0	1,0	
Consumo regular de refrigerante não dietético					< 0,001**
Sim	102	52,3	1,9 (1,6-2,3)	1,9 (1,6-2,3)	
Não	93	47,7	1,0	1,0	

* Teste de Wald para tendência. ** Teste de Wald para heterogeneidade. # Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. ## Todas as variáveis foram ajustadas entre si. IC_{95%} = Intervalo de 95% de confiança. RP = Razão de prevalência.

co menor que o resultado relatado por Monteiro et al.¹⁹, os quais descreveram frequência de consumo habitual de carne vermelha com excesso de gordura (sem remoção da gordura visível) ou de carne de frango com pele de 38,4%. O resultado do presente estudo também é similar à frequência de consumo de lipídios reportado pela Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009⁹ (28,7%). Além disto, quando comparado a estudos internacionais, nosso resultado é similar a estudos de base populacional Norte-Americano (33,7%)¹³ e Europeu (entre 34-36%)¹⁴ que reportaram consumo exagerado de gordura.

Nossos resultados indicaram que a idade esteve diretamente associada ao consumo de dietas

mais gordurosas independente do sexo, sendo que os mais jovens apresentaram risco 200% maior de consumir este macronutriente que os indivíduos com 60 anos ou mais. Estes resultados são consistentes com os de Fonseca et al.²⁰, os quais reportaram que funcionários mais jovens de um grande banco da cidade do Rio de Janeiro consomem maior quantidade de alimentos com gordura saturada. No mesmo sentido, recente estudo brasileiro²¹ analisando dados do Vigitel, verificou que o consumo de carnes com excesso de gorduras (alimentos ricos em gordura saturada) diminuiu significativamente com a idade, sendo que, nesse estudo, a faixa etária de maior consumo foi dos 18 aos 34 anos. Achado semelhante foi

Tabela 3. Associação das variáveis sociodemográficas, econômica, comportamentais e de saúde com o Consumo de Dieta Rica em Gordura entre homens. Pelotas, RS, 2006 (n = 147).

Variáveis	Consumo de dieta rica em gorduras		RP bruta (IC95%)	RP ajustadas** (IC _{95%})	Valor p
	Sim	%			
Idade (anos)					< 0,001*
20-29	56	38,1	2,9 (1,4-5,8)	3,0 (1,4-6,4)	
30-39	30	20,4	2,4 (1,1-4,9)	2,6 (1,2-5,5)	
40-49	33	22,5	2,0 (1,0-4,3)	2,1 (1,0-4,6)	
50-59	21	14,3	1,7 (0,8-3,6)	1,8 (0,8-4,0)	
60 ou mais	7	4,7	1,0	1,0	
Nível econômico (ABEP)*					0,003*
Classes A e B	74	52,5	1,5 (1,0-2,2)	1,4 (0,9-2,0)	
Classe C	46	32,6	1,0 (0,6-1,5)	0,9 (0,6-1,4)	
Classes D e E	21	14,9	1,0	1,0	
Cor da pele					0,5**
Branca	125	85,0	0,9 (0,6-1,3)	0,9 (0,6-1,3)	
Não branca	22	15,0	1,0	1,0	
Tabagismo					0,1*
Ex-fumante	22	15,0	0,5 (0,3-0,8)	0,7 (0,4-1,0)	
Fumante atual	54	36,7	1,0 (0,8-1,3)	1,1 (0,8-1,5)	
Nunca fumou	71	48,3	1,0	1,0	
Sedentarismo no lazer					0,8**
Sim	86	58,9	0,9 (0,7-1,4)	1,0 (0,7-1,3)	
Não	60	41,1	1,0	1,0	
Estado nutricional					0,2*
Obesidade	15	10,6	0,7 (0,4-1,1)	0,7 (0,4-1,2)	
Sobrepeso	56	39,4	0,8 (0,6-1,1)	0,9 (0,7-1,2)	
Eutrófico	71	50,0	1,0	1,0	
Consumo regular de refrigerante não dietético					0,005**
Sim	55	38,2	1,7 (1,3-2,1)	1,5 (1,1-1,9)	
Não	89	61,8	1,0	1,0	

*Teste de Wald para tendência. ** Teste de Wald para heterogeneidade. *Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. ** Todas as variáveis foram ajustadas entre si. IC95% = Intervalo de 95% de confiança. RP = Razão de prevalência.

descrito por Mirmiran et al.²² em Teerã. Os autores constataram que a adesão às recomendações nutricionais saudáveis da OMS foram mais comuns em indivíduos mais velhos e que a menor adesão ocorreu em relação à recomendação de gorduras poli-insaturadas ômega 3.

No presente estudo, as frequências de consumo exagerado de gordura foram maiores entre os indivíduos de maior nível socioeconômico (na amostra total e para os homens somente). Resultados semelhantes foram verificados na última pesquisa de orçamentos familiares (POF)⁹ realizada no Brasil em 2008-2009, incluindo 55.000 domicílios. O referido estudo indicou associação direta entre nível socioeconômico das famílias e consumo de dietas ricas em gordura, sendo que o limite máximo para este nutriente (10% das calorias totais) foi virtualmente alcan-

çado na classe de renda mensal entre 10 a 15 salários mínimos (9,5%) e ultrapassado na classe de mais de 15 salários mínimos (10,6% das calorias totais)⁹. O contrário ocorre nos países desenvolvidos. Em 2010, Mishra et al.²³ e Mullie et al.²⁴ mostraram que entre adultos de países desenvolvidos, o consumo de dietas pouco saudáveis (ricas em gordura e açúcares) foi maior em indivíduos de mais baixo nível socioeconômico. Tal contraste talvez possa ser explicado pelo processo de transição nutricional. Em países ricos, as maiores prevalências de obesidade e de consumo de dietas ricas em gordura são encontradas entre indivíduos mais pobres. Nos países pobres e de renda média, a obesidade e o consumo de dietas ricas em gordura ainda são maiores em indivíduos de nível socioeconômico elevado²⁵. À medida que as rendas aumentam e as popula-

Tabela 4. Associação das variáveis sociodemográficas, econômica, comportamentais e de saúde com o Consumo de Dieta Rica em Gordura entre mulheres. Pelotas, RS, 2006 (n = 147).

Variáveis	Consumo de dieta rica em gorduras		RP bruta (IC95%)	RP ajustadas** (IC _{95%})	Valor p
	Sim	%			
Idade (anos)					< 0,001*
20-29	57	33,5	2,8 (1,1-5,3)	3,0 (1,5-6,3)	
30-39	42	24,7	2,4 (1,3-4,6)	2,5 (1,2-5,4)	
40-49	45	26,5	2,0 (1,1-3,9)	2,4 (1,1-5,0)	
50-59	17	10,0	1,2 (0,6-2,5)	1,3 (0,6-3,0)	
60 ou mais	9	5,3	1,0	1,0	
Nível econômico (ABEP)*					0,05*
Classes A e B	63	38,4	1,5 (0,9-2,2)	1,6 (1,1-2,4)	
Classe C	80	48,8	1,7 (1,1-2,6)	1,6 (1,1-2,4)	
Classes D e E	21	12,8	1,0	1,0	
Cor da pele					0,9**
Branca	141	82,9	0,9 (0,6-1,2)	1,0 (0,7-1,4)	
Não branca	29	17,1	1,0	1,0	
Tabagismo					0,3*
Ex-fumante	32	18,8	0,9 (0,7-1,3)	1,2 (0,9-1,8)	
Fumante atual	45	26,5	1,0 (0,8-1,4)	1,1 (0,8-1,5)	
Nunca fumou	93	54,7	1,0	1,0	
Sedentarismo no lazer					0,08**
Sim	137	80,6	1,3 (1,0-1,9)	1,3 (1,0-1,8)	
Não	33	19,4	1,0	1,0	
Estado nutricional					0,2*
Obesidade	20	13,5	0,7 (0,5-1,1)	0,8 (0,5-1,3)	
Sobrepeso	38	25,7	0,7 (0,5-1,0)	0,8 (0,6-1,0)	
Eutrófico	90	60,8	1,0	1,0	
Consumo regular de refrigerante não dietético					< 0,001**
Sim	47	28,5	2,2 (1,7-2,8)	2,0 (1,6-2,6)	
Não	118	71,5	1,0	1,0	

*Teste de Wald para tendência. ** Teste de Wald para heterogeneidade. *Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. ** Todas as variáveis foram ajustadas entre si. IC95% = Intervalo de 95% de confiança. RP = Razão de prevalência.

ções tornam-se mais urbanizadas, dietas ricas em carboidratos complexos e fibras dão lugar a dietas mais densamente energéticas, ricas em gorduras e açúcares²⁶.

Com relação à associação direta entre ingestão de dieta rica em gordura e consumo regular de refrigerante não dietético encontrada no presente estudo, verifica-se escassa discussão na literatura. Em 2006, Duffey e Popkin²⁷ analisando hábitos alimentares de 9491 indivíduos do NHANES constataram que indivíduos que ingerem alimentos ricos em gordura tendem a consumir mais bebidas açucaradas. No referido estudo, estar no grupo de “comedores de lanches e alimentos ricos em gordura” aumenta o *odds* de estar no grupo “bebedores de café e bebidas açucaradas” em 62% (RO: 1,6 IC95%: 1,3-2,1).

Deve ser destacada no presente estudo, a amostra representativa dos adultos de 20 a 69 anos de idade residentes em Pelotas (RS), tendo em vista o número de indivíduos entrevistados, o processo de amostragem aleatório e em múltiplos estágios e o baixo índice de perdas e recusas. No entanto, os leitores precisam considerar algumas limitações: (1) as diferenças entre os métodos para avaliar dieta, definir e categorizar a frequência de consumo de alimentos ricos em gordura prejudicam a comparação com outros estudos sobre consumo populacional; (2) existe também a possibilidade do viés de causalidade reversa na associação entre frequência de consumo de dietas ricas em gordura e estado nutricional, visto que pessoas obesas podem modificar o consumo como consequência de seu estado nu-

tricional; (3) além disso, deve-se considerar a possibilidade da ocorrência de um erro de recordatório, uma vez que o tempo de consumo progressivo investigado em relação ao momento da entrevista foi de 12 meses.

Concluimos que a frequência do consumo de exagerado de alimentos ricos em gordura na população adulta residente no município de Pelotas está além das recomendações atuais do Ministério da Saúde, em especial entre os mais jovens, de maior nível econômico e que consomem refrigerantes açucarados frequentemente. Políticas públicas que estimulem uma alimentação saudável são urgentemente necessárias. A população deve reduzir o consumo de alimentos gordurosos, que implicam aumento do risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, além de estarem relacionados a outros hábitos alimentares não saudáveis.

Colaboradores

AJ Rombaldi, MB Neutzling e MC da Silva realizaram a revisão de literatura, conduziram as análises, confecção das tabelas, interpretação, escrita dos resultados e discussão. MR Azevedo e PC Hallal supervisionaram o trabalho de campo e ajudaram na escrita do artigo, em todas as fases.

Referências

1. Vasconcelos FAG, Batista Filho M. História do campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva no Brasil. *Cienc Saude Colet* 2011; 16(1):81-90.
2. Baldini M, Pasqui F, Bordoni A, Maranesi A. Is the Mediterranean lifestyle still a reality? Evaluation of food consumption and energy expenditure in Italian and Spanish university students. *Public Health Nutr* 2008; 12(2):148-155.
3. American Diabetes Association. The prevention or delay of type 2 diabetes (Position Statement). *Diabetes Care* 2004; 27(Supl. 1):S47-S54.
4. Oh K, Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Willett WC. Dietary fat intake and risk of coronary heart disease in women: 20 years of follow-up of nurses' health study. *Am J Epidemiol* 2005; 161(7):672-679.
5. World Health Organization (WHO). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: WHO; 2003. (WHO - Technical Report Series, 916).
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Guia alimentar para a população brasileira*. Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília: MS; 2005.
7. Morimoto JM, Latorre MRDO, César CLG, Carandiva L, Barros MBA, Goldbaum M, Fisberg RM. Fatores associados à qualidade da dieta de adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, 2002. *Cad Saude Publica* 2008; 24(1):169-178.
8. Malta MB, Papini SJ, Corrente JE. Avaliação da alimentação de idosos de município paulista: aplicação do Índice de Alimentação Saudável. *Cienc Saude Colet* 2013; 18(2):377-384.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Despesas, Rendimentos e Condições de Vida*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2010.
11. Lopes ACS, Caiáffá WT, Sichieri R, Mingoti AS, Lima-Costa MF. Consumo de nutrientes em adultos e idosos em estudo de base populacional: projeto Bambuí. *Cad Saude Publica* 2005; 21(4):1201-1209.
12. Galeazzi MAM, Domene SMA, Sichieri R. Estudo multicêntrico sobre consumo alimentar. *Cad Debatte* 1997; (nº especial):1-62.
13. Austin GL, Ogden LG, Hill JO. Trends in carbohydrate, fat, and protein intakes and association with energy intake in normal-weight, overweight, and obese individuals: 1971-2006. *Am J Clin Nutr* 2011; 93(4):836-843.
14. Pot GK, Prynne CJ, Roberts C, Olson A, Nicholson SK, Whitton C, Teucher B, Bates B, Henderson H, Pigott S, Swan G, Stephen AM. National diet and nutrition survey: fat and fatty acid intake from the first year of the rolling programme and comparison with previous surveys. *Br J Nutr* 2011; 107(3):405-415.
15. Block G, Gillespie C, Rosenbaum E, Jenson C. A rapid food screener to assess fat and fruit and vegetable intake. *Am J Prev Med* 2000; 18(4):284-288.
16. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. *Critério de classificação econômica Brasil*. [Internet]. [acessado 2009 fev 25]. <http://www.abep.org/codigosguias/CCEB2008 Base 2006 e 2007.pdf>
17. Craig CL, Marshall AL, Sjoström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35(8):1381-1395.
18. World Health Organization (WHO). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee*. Geneva: WHO; 1995. (WHO Technical Report Series, 854).
19. Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Claro MC. Validade de indicadores do consumo de alimentos e bebidas obtidos por inquérito telefônico. *Rev Saude Publica* 2008; 42(4):582-589.
20. Fonseca MJM, Chor D, Valente JG. Hábitos alimentares entre funcionários de banco estatal: padrão de consumo alimentar. *Cad Saude Publica* 1999; 15(1):29-39.
21. Malta DC, Oliveira MR, Moura EC, Silva SA, Zouain CS, Santos FP, Morais Neto OL, Penna GO. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. *Cien Saude Colet* 2011; 16(3):2011-2022.
22. Mirmiran P, Hosseini-Esfahani F, Jessri M, Mahan LK, Shiva N, Azizi F. Does dietary intake by Tehranian adults align with the 2005 dietary guidelines for Americans? Observations from the Tehran lipid and glucose study. *J Health Popul Nutr* 2011; 29(1):39-52.
23. Mishra GD, McNaughton SA, Ball K, Brown WJ, Giles GG, Dobson AJ. Major dietary patterns of young and middle aged women: results from a prospective Australian cohort study. *Eur J Clin Nutr* 2010; 64(10):1125-1133.
24. Mullie P, Clarys P, Hulens M, Vansant G. Dietary patterns and socioeconomic position. *Eur J Clin Nutr* 2010; 64(3):231-238.
25. Wang Y, Monteiro C, Popkin BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *Am J Clin Nutr* 2002; 75(6):971-977.
26. Drewnowski A. Nutrition transition and global dietary trends. *Nutrition* 2000; 16(78):486-487.
27. Duffey KJ, Popkin BM. Adults with healthier dietary patterns have healthier beverage patterns. *J Nutr* 2006; 136(11):2901-2907.

Artigo apresentado em 25/03/2013

Aprovado em 30/04/2013

Versão final apresentada em 15/05/2013