

Consumo adequado de alimentos: qual o conceito das universitárias brasileiras?

Adequate food consumption: what is the concept of the Brazilian university students?

Priscila Koritar¹
Marle Alvarenga²
Sonia Tucunduva Philippi³

Unitermos:

Alimentação. Consumo de alimentos. Hábitos alimentares. Estudantes.

Key words:

Feeding. Food consumption. Food habits. Students.

Endereço para correspondência:

Marle Alvarenga – Departamento de Nutrição, Faculdade de Saúde Pública – Avenida Doutor Arnaldo, 715 – São Paulo, SP – CEP: 01255-000
E-mail: marlealvarenga@gmail.com

Submissão

1 de abril de 2010

Aceito para publicação

18 de maio de 2010

RESUMO

Introdução: A escolha de alimentos é uma decisão que faz parte do cotidiano do ser humano e está diretamente relacionada ao consumo alimentar; mas a avaliação do conceito que os indivíduos têm sobre alimentação adequada e seu impacto nas escolhas alimentares não são sistematicamente explorados. **Objetivos:** Avaliar o conceito de consumo adequado e saudável de alimentos e/ou grupos de alimentos de universitárias brasileiras em cinco regiões do Brasil e avaliar possíveis associações com estado nutricional, curso de graduação, renda individual e escolaridade do chefe da família. **Método:** Foram estudadas 2489 universitárias (18-49 anos) que responderam à questão “qual você considera ser o consumo adequado e saudável?” para 13 alimentos e/ou grupos de alimentos. As respostas foram comparadas por região e categorias de estado nutricional, curso, renda e escolaridade do chefe da família por meio do teste do qui-quadrado. Análise de variância foi realizada para avaliar o escore total na questão em relação às demais variáveis. **Resultados:** Houve diferença em relação ao conceito de consumo adequado para todas as variáveis analisadas. No nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, houve maior resposta “comer habitualmente” para arroz, batata frita e queijo. Estudantes de Psicologia e de Biomedicina responderam mais “não consumir” para açúcar, batata frita e carne vermelha. Universitárias com excesso de peso responderam mais “não consumir” para açúcar e aquelas de baixo peso responderam mais “consumir habitualmente” para arroz e batata frita. **Conclusão:** A maior parte das estudantes teve resposta adequada sobre consumo saudável de alimentos, contudo as diferenças regionais e sociodemográficas devem ser consideradas em programas de intervenção de educação nutricional.

ABSTRACT

Introduction: Food choices decision makes part of individual's everyday and is directly related with food consumption; but people's concept about adequate eating and its impact on food choice are not typically evaluated in nutrition research. **Objective:** To evaluate the adequate and healthy eating concept for some food or food groups in a sample of Brazilian university students from five regions of the country and possible associations with nutritional status, major, individual income and education of family head. **Methods:** 2489 university students (18-49 years old) answered the question “how healthy and necessary you consider consumption?” for 13 different food or food groups. Answers were compared by region and nutritional status, major, individual income and education of family head by means of chi square test. A variance analysis was performed to evaluate the score of the question in relations of these variables. **Results:** There was difference among the adequate eating intake for all variables analyzed. In Southeast and Central-West regions, were more frequent answer to “eat often” for rice, French fries and cheese. Students with major at psychology and biomedicine answered more frequently “never eat” for sugar, French fries and red meat. Overweight students answered more frequently “never eat” for sugar and underweight ones answered more frequently “eat often” for rice

1. Aluna do Curso de Graduação em Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).
2. Pós-doutoranda do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da USP.
3. Livre Docente do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da USP.

and French fries. **Conclusion:** The majority of students had an adequate answer for the healthy intake of food, although regional and social profile differences must be considered in nutrition education programs.

INTRODUÇÃO

A escolha de alimentos é uma decisão que faz parte do cotidiano do ser humano e está diretamente relacionada ao consumo alimentar. Observa-se que a mortalidade, a morbidade e a incapacidade atribuída às principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm aumentado¹. A relação entre consumo alimentar e saúde é bem estabelecida e está entre as prioridades da política de saúde mundial, e as atitudes alimentares inadequadas podem ter impacto nas DCNT².

Atitudes alimentares podem ser definidas como crenças, pensamentos, sentimentos, comportamentos e relação para com os alimentos³. Sabe-se que o que as pessoas pensam e acreditam sobre alimentação tem papel fundamental na escolha alimentar⁴, portanto, entender os mecanismos que guiam a seleção de alimentos é um importante passo para ajudar as pessoas a fazerem escolhas saudáveis^{5,6}.

A alimentação humana é reconhecida como um fenômeno complexo e determinado pela influência de vários fatores^{7,8}. Muitos estudos têm tentado explorar os fatores que influenciam as atitudes alimentares, dado o impacto da alimentação na saúde. Atitudes alimentares variam de acordo com a classe social⁹ e, de modo mais específico, conforme a renda, e com o nível de escolaridade¹⁰. As pessoas optam por alimentos que lhes dêem status social, e que o conceito de status se diferencia entre as classes sociais¹¹.

Ao contextualizar o homem na posição de onívoro, com capacidade de comer de tudo – com uma suposta liberdade de escolha alimentar – conclui-se, na verdade, que estas escolhas seriam guiadas por dois tipos de determinantes: relacionados com os alimentos (como preço, sabor, variedade, valor nutricional, aparência e higiene) e relacionados com o comedor (biológicos, socioculturais e antropológicos, econômicos e psicológicos)^{11,12}.

Avaliando universitárias em Taiwan, encontrou-se que atitudes alimentares saudáveis estão associadas com três motivos de escolha: preocupação com a saúde, com o preço, com o conteúdo natural e questões éticas⁹. A preocupação com a alimentação também varia conforme o gênero e a idade, sendo que homens se preocupariam menos com a alimentação do que mulheres, e entre estas, as mais jovens seriam as mais preocupadas^{2,13,14}.

Atitudes e crenças sobre a alimentação e a saúde são diferentes entre países^{2,13,15} e podem ser diferentes mesmo dentro de um mesmo país^{10,13}. Cada sociedade estabelece regras e normas sobre como lidar com a alimentação, e esta pode ser usada como presente, punição, ou uma ferramenta de poder¹⁶.

Alguns estudos buscaram saber o que as pessoas entendem como alimentação saudável^{7,17,18} e apontam que muitos acreditam ser necessário consumir mais vegetais, ter uma “alimentação balanceada”, ou, ainda, com mais frutas ou mais peixes; outros ainda acreditam que uma alimentação saudável deve ser composta por alimentos frescos, naturais e integrais^{13,18}.

Um estudo na Espanha mostrou uma preocupação em relação à composição dos alimentos, como quantidade e qualidade das gorduras⁷, enquanto outros pesquisadores referiram resultados de preocupação com a quantidade de proteínas e micronutrientes⁹.

Os estudos nacionais sobre consumo alimentar, de forma geral, não têm como foco explorar os determinantes de consumo⁶, e poucos estudos questionaram o que os indivíduos entendem como alimentação saudável, como por exemplo, com profissionais de saúde de atenção básica¹⁸ e escolares¹⁹. Não se conhece estudo que tenha avaliado quais alimentos os indivíduos consideram que fazem parte de uma alimentação adequada ou em que quantidade ou frequência eles devem ser consumidos; a maior parte dos estudos de consumo alimentar avalia o quê e quanto o indivíduo ingere de alimentos e nutrientes, mas não os conceitos associados ao consumo. Também não se conhece estudo que tenha comparado atitudes em relação à alimentação saudável entre as regiões brasileiras.

Neste contexto, o presente trabalho teve como objetivo avaliar o conceito de consumo adequado e saudável de alimentos e/ou grupos de alimentos por universitárias brasileiras das cinco diferentes regiões do país e avaliar possíveis associações com o estado nutricional, o curso de graduação, a renda individual e a escolaridade do chefe da família.

MÉTODO

Sujeitos

Universitárias de 37 instituições de educação superior das cinco regiões do Brasil participaram do estudo, no projeto “Aplicação da escala de atitudes alimentares”, que avaliou atitudes alimentares, influência da mídia e insatisfação corporal em estudantes da área da saúde²⁰.

Foram incluídos os cursos de enfermagem e/ou psicologia por serem eminentemente femininos. Na impossibilidade, poderiam ser indicados os de fonoaudiologia, fisioterapia, farmácia e/ou biomedicina. Foram convidados estudantes dos primeiros e segundos anos destes cursos. Os critérios de inclusão foram: a) gênero feminino; b) idade maior ou igual 18 anos e menor ou igual a 50 anos; c) assinatura do termo de consentimento. Os critérios de exclusão foram: a) ser nutricionista e/ou cursar graduação em Nutrição; b) estar grávida. Estudantes de nutrição e nutricionistas foram excluídos, pois alguns estudos apontam que eles têm comportamento alimentar alterado^{21,22} e pela proximidade com a área da nutrição e corpo, alunos de educação física não foram incluídos.

Os responsáveis locais receberam instruções específicas sobre a pesquisa e aplicação dos instrumentos, que deveriam ser autopreenchidos em sala de aula, juntamente com dados de caracterização como idade, peso e estatura (autorreferidos), renda familiar e nível de escolaridade do chefe da família.

Instrumento

Os participantes responderam a Escala de Atitudes Alimentares³, sendo utilizada a questão 1 - “*Marque qual você considera ser o consumo saudável e necessário para cada um destes alimentos*” - para o presente estudo. As respostas avaliam o conceito de alimentação saudável ou consumo adequado para 13 alimentos e/ou grupos de alimentos: açúcar, pães, arroz, batata frita, carne branca, carne vermelha, feijões, frutas, verduras e legumes, leite integral, macarrão, queijos, e óleos.

A resposta “não consumir” recebe cinco pontos para qualquer um dos alimentos; a resposta “consumir habitualmente” recebe 1 ponto para qualquer um dos alimentos; e a resposta “consumir raramente” recebe 1 ponto para batata frita, óleos e açúcar e 3 pontos para os demais alimentos³. Para obter o escore total da escala, a questão 1 é analisada pela soma da pontuação das respostas aos 13 diferentes alimentos/grupos de alimentos. Para análise do presente trabalho, foram avaliadas as respostas para cada um dos alimentos e/ou grupos listados além da pontuação total na questão 1, que pode variar de 13 a 39, sendo que quanto maior a pontuação, pior ou mais restritivo é o conceito de alimentação adequada; quanto menor a pontuação, melhor ou mais permissivo é o conceito de alimentação adequada.

Análise dos dados

O estado nutricional foi avaliado pelo Índice de Massa Corpórea (IMC), utilizando a classificação da Organização Mundial da Saúde²³, nas seguintes categorias: Baixo Peso (IMC < 18,5); Eutrofia (IMC \geq 18,5 e < 25); Excesso de peso (IMC \geq 25). A renda individual mensal foi avaliada em faixas de salários mínimos (SM) nas categorias: < 1,9 SM; 2,0 – 4,99 SM; 5 - 9,99 SM; \geq 10 SM (calculados de acordo com o salário mínimo de 2007 = R\$ 380,00). O grau de escolaridade do chefe da família foi categorizado como: analfabeto ou primário incompleto; fundamental completo; secundário completo ou incompleto; superior completo ou incompleto.

As análises estatísticas foram conduzidas pelo *software* SPSS 12.0 (*Statistical Package for Social Science Inc.*, Chicago, Illinois USA). O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

Para a comparação das respostas para cada um dos alimentos ou grupos listados entre as regiões do país e variáveis qualitativas (curso de graduação, categoria do estado nutricional, escolaridade do chefe da família e renda individual mensal), foi utilizado o teste do qui-quadrado.

Para avaliar o conceito de alimentação saudável como um todo, utilizou-se a soma total do escore da questão e foi realizada uma análise de variância (ANOVA), sendo a pontuação total na questão 1 comparada entre as categorias das variáveis qualitativas (curso de graduação, estado nutricional, escolaridade do chefe da família e renda individual). Para a utilização deste teste, foi verificado se, para cada fator, as variâncias eram homogêneas entre os grupos (suposição para a utilização). Quando não foi verificada homogeneidade das variâncias, fez-se o ajuste pelo teste de Brown-Forsythe (BF). Quando houve diferença significativa entre os grupos, para a identificação de quais grupos apresentaram diferenças entre si, foram feitas comparações múltiplas (comparações entre dois a dois grupos), utilizando o teste de Dunnett ou o teste de Bonferroni

- este último quando não houve o ajuste de BF, ou seja, houve igualdade das variâncias.

As participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa geral sobre atitudes alimentares foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

RESULTADOS

Das 2489 estudantes, 36% eram do Sudeste, 31% do Sul, 15% do Nordeste, 10% do Norte e 8% do Centro-Oeste; 60% cursavam Enfermagem, 15% Psicologia, 12% Farmácia, 9% Fisioterapia, 2% Biomedicina, 1% cursava Fonoaudiologia (1% não informou o curso).

A média de idade das participantes no total nacional foi de 23,5 anos (Tabela 1) e, quando analisadas por faixas etárias, 27,5% tinham entre 18 e 19 anos; 42,3% entre 20 e 24; 27,5% tinham mais de 25 anos (2,6% não relataram a idade)². O IMC médio, no total nacional, foi de 22,0 kg/m² e os resultados por categorias do estado nutricional para cada uma das cinco regiões do Brasil estão na Tabela 1. A maioria das universitárias (57,1%) informou renda inferior a 1,9 SM; e 46,6% relataram que o chefe da família possuía nível superior - completo ou não (Tabela 1).

Houve diferença nas respostas entre as regiões para todos os alimentos - com exceção do açúcar - e, para o estado nutricional para açúcar, pães, batata frita, feijões, leite integral e macarrão. As respostas sobre consumo adequado de alimentos e/ou grupos de alimentos por região e categorias do estado nutricional estão apresentados na Tabela 2.

Com relação às faixas de renda individual em SM, encontrou-se diferença em relação ao açúcar ($p=0,006$) e leite integral ($p=0,023$), sendo que estudantes com renda menor do que 4,9 SM responderam mais “consumir habitualmente” para açúcar e estudantes com renda maior do que 5 SM responderam mais “não consumir” para leite integral.

A análise sobre consumo adequado entre os diferentes cursos de graduação apontou diferenças para açúcar, batata frita, carne vermelha e leite integral, sendo que: estudantes de psicologia e biomedicina responderam mais “não consumir” para açúcar ($p=0,046$), batata frita ($p < 0,001$), e carne vermelha ($p < 0,001$); e estudantes de biomedicina responderam mais “consumir raramente” para leite integral ($p=0,029$).

Em relação à escolaridade do chefe da família, observou-se diferença apenas na resposta para batata frita ($p=0,045$), sendo que universitárias cujo chefe de família tinha ensino superior responderam mais “não consumir”.

A análise de variância realizada com a soma total do escore da questão 1 evidenciou diferença entre as regiões, curso e estado nutricional (Tabela 3). Por meio das comparações múltiplas, observou-se que, em média, o Centro-Oeste e o Sudeste apresentaram menor valor para a questão 1. Em relação ao curso de graduação, as comparações múltiplas evidenciaram que o curso de biomedicina foi o com maior pontuação e os de enfermagem e farmácia com a menor pontuação em média. Em relação ao estado nutricional, as comparações múltiplas evidenciaram que as três categorias (baixo peso, eutrofia e excesso de peso) se diferenciaram entre si, sendo que a pontuação na questão 1 foi maior quanto maior o IMC. Não foi encontrada

diferença na análise de variância da soma total do escore da questão 1 em relação à renda e ao grau de escolaridade do chefe da família.

DISCUSSÃO

Esse trabalho avaliou o conceito de alimentação saudável para estudantes universitárias e encontrou algumas diferenças regionais, em função do estado nutricional, curso de graduação, renda e escolaridade do chefe da família. O perfil deste grupo de estudantes em relação à idade e ao estado nutricional foi bastante similar entre as regiões e acredita-se que as diferenças encontradas entre a média de idade, IMC, renda e educação do chefe da família entre as regiões sejam decorrentes do tamanho da amostra, que pode exacerbar diferenças²⁰.

Encontrou-se que universitárias da região Norte do país, estudantes de biomedicina e aquelas com maior peso, maior renda e maior escolaridade para o chefe da família apresentaram um conceito mais restritivo sobre alimentação saudável, e este conceito pior ou melhor (considerando-se um escore maior ou menor na questão 1) esteve correlacionado com a região do país, o curso de graduação e o estado nutricional.

A análise de variância demonstrou que a classe social (avaliada tanto pela renda individual como pela escolaridade para o chefe da família) não teve correlação com o melhor ou pior conceito sobre alimentação saudável, diferentemente do apontado por alguns autores em relação ao impacto desta variável nas escolhas alimentares^{9,10,11,24}. A região do país, curso de graduação e estado nutricional, por sua vez, tiveram impacto neste conceito.

O conceito de consumo adequado entre as regiões foi mais restritivo no Norte e Nordeste e mais permissivo no Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Universitárias das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram um conceito de alimentação saudável mais permissivo porque responderam “consumir habitualmente” para um maior número de alimentos como frutas, verduras e legumes (nas três regiões), carne vermelha e óleos (no Centro-Oeste), pães (no Sul e no Centro-Oeste), arroz, batata frita e queijos (no Sudeste e no Centro-Oeste).

Estudantes das regiões Norte e Nordeste tiveram o conceito mais restritivo porque apresentaram maior escore para a questão como um todo e porque apresentaram maior percentual de resposta “não consumir” para pães, macarrão, carne vermelha,

Tabela 1 – Caracterização da amostra de universitárias brasileiras por região em relação a idade, Índice de Massa Corpórea (IMC), categorias do estado nutricional, renda individual mensal em salários mínimos e grau de escolaridade do chefe da família.

Região	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Total Nacional	p-valor
Idade – anos (n=2424)*	26,1±7,1; 24 ^a	24,4±6,5; 23 ^b	21,9±5,4; 20 ^c	23,1±6,1; 21 ^d	23,0±5,3; 21 ^e	235±6,1; 21	p=0,001
IMC – kg/m ² (n=2357)*	22,7±3,5; 22,1 ^f	21,9±3,4; 21,4	21,5±3,1; 21,1 ^g	22,2±3,7; 21,4	21,9±3,3; 21,2	22,0±3,5; 21,4	p=0,005
<i>Categoria de estado nutricional usando Índice de Massa Corpórea (IMC) definido pelo critério da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006) - n (%) - Total respondido n=2357</i>							
Abaixo do peso (IMC <18,50)	12 (5,7)	49 (13,5)	28 (14,7)	79 (9,4)	61 (8,1)	229 (9,7)	p=0,021
Eutrofia (IMC 18,50-24,99)	160 (75,8)	255 (70,0)	139 (72,8)	622 (73,9)	582 (77,5)	1758 (74,6)	
Acima do peso (IMC ≥ 25,00)	39 (18,4)	60 (16,5)	24 (12,6)	140 (16,65)	108 (14,4)	370 (15,7)	
<i>Renda per capita mensal em faixas de Salário Mínimo -SM - n (%) - Total respondido n =1958</i>							
< 1,9 SM	105 (41,7)	181 (58,9)	76 (52,0)	466 (65,9)	291 (49,9)	1119 (57,1)	p=0,001
2 – 4,9 SM	78 (30,9)	103 (33,5)	55 (37,7)	195 (27,6)	215 (36,9)	646 (32,9)	
5 – 9,99 SM	24 (40,5)	18 (39,4)	8 (43,1)	43 (33,7)	55 (46,3)	148 (7,5)	
≥ 10 SM	5 (1,6)	7 (4,8)	3 (0,4)	22 (3,8)	8 (1,8)	45 (2,3)	
<i>Educação do chefe da família** - n (%) - Total respondido n=2388</i>							
Analfabeto ou Ensino Fundamental	33 (14,2)	82 (21,9)	28 (14,8)	221 (26,3)	162 (21,6)	526 (22,0)	p=0,001
Ensino Médio	74 (31,7)	110 (29,4)	60 (31,7)	282 (33,5)	223 (29,7)	749 (31,4)	
Ensino Superior	126 (54,1)	182 (48,7)	101 (53,4)	338 (40,2)	366 (48,7)	1113 (46,6)	

a= diferente do Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul; b= diferente do Norte, Centro-Oeste, Sudeste e Sul; c= diferente do Nordeste e Norte; d= diferente do Nordeste e Norte; e= diferente do Nordeste e Norte; f= diferente do Centro-Oeste; g= diferente do Norte.

* Amostras estão descritas como média ± desvio padrão; mediana. O n total válido para cada categoria é indicado no total nacional quando não foram todos os estudantes que relataram a informação.

** Para ensino fundamental, ensino médio e ensino superior estão inclusos curso incompleto.

Tabela 2 – Resposta da amostra de universitárias para o consumo saudável e ideal da lista de alimentos por região do país e categoria do estado nutricional.

Alimento	Resposta	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	p-valor	Baixo peso	Eutrofia	Excesso de peso	p-valor
Açúcar	consumir habitualmente/ raramente	96,5	96,5	97,4	96,7	95,7	0,787	98,7	96,3	94,5	0,032
	não consumir	3,5	3,5	2,6	3,3	4,3		1,3	3,7	5,5	
Pães	consumir habitualmente	50,9	46,2	63	59,6	62,4	< 0,001	66,2	58,2	53,3	0,037
	consumir raramente	46,9	52,2	36,5	38,9	36,2		32,9	40,1	45,3	
Arroz	não consumir	2,2	1,6	0,5	1,5	1,4	< 0,001	0,9	1,7	1,4	0,001
	consumir habitualmente	75	81,5	87,5	87,3	84,9		94,2	84,3	80,9	
Batata Frita	consumir raramente	22,4	17,2	12	12,1	14,4	0,003	5,3	14,8	18,0	0,001
	não consumir	2,6	1,3	0,5	0,6	0,8		0,4	0,9	1,1	
Carne branca	consumir habitualmente	71,5	73,9	77,6	78,7	69,7	0,015	83,6	74,3	68,0	0,483
	consumir raramente	0,4			0,6	0,4		0,4	0,3	0,3	
Carne vermelha	não consumir	28,1	26,1	22,4	20,7	29,9	0,001	16,0	25,4	31,8	0,292
	consumir habitualmente	77,2	82,3	84,4	85,8	87,1		84,0	85,4	84,5	
Feijões	consumir raramente	21,1	16,4	15,6	13,5	12,2	<0,001	15,6	13,8	13,8	<0,001
	não consumir	1,8	1,3		0,7	0,8		0,4	0,8	1,7	
Frutas	consumir habitualmente	34,2	39,8	50,5	44,9	38,7	0,001	48,0	40,8	41,4	0,211
	consumir raramente	58,8	53,2	45,8	51,7	55,6		46,7	54,2	54,1	
Legumes e verduras	não consumir	7	7	3,6	3,3	5,7	<0,001	5,3	5,0	4,4	0,320
	consumir habitualmente	75,9	89	89,6	87,2	87,2		94,2	86,9	80,7	
Leite integral	consumir raramente	21,1	10,2	9,4	12	11,9	0,001	5,3	12,0	18,0	<0,001
	não consumir	3,1	0,8	1	0,8	0,9		0,4	1,0	1,4	
Macarrão	consumir habitualmente	90,4	90,3	93,8	94,5	96,8	0,001	96,9	94,5	92,5	0,019
	consumir raramente	9,2	8,9	6,3	5,2	3,1		2,7	5,2	7,2	
Queijos	não consumir	0,4	0,8		0,3	0,1	<0,001	0,4	0,3	0,3	0,329
	consumir habitualmente	87,7	88,7	94,3	95,4	95		93,8	93,9	92,5	
Óleos	consumir raramente	11	10,2	5,2	4,1	3,9	0,001	5,8	5,1	7,2	0,487
	não consumir	1,3	1,1	0,5	0,5	1,2		0,4	1,0	0,3	
Óleos	consumir habitualmente	67,1	66,1	68,8	64,1	56,4	0,001	72,4	63,1	54,1	0,487
	consumir raramente	27,6	29,6	25,5	28,5	33,8		23,6	29,6	35,4	
Óleos	não consumir	5,3	1,1	5,7	7,5	9,8	<0,001	4,0	7,3	10,5	0,019
	consumir habitualmente	23,2	21,8	24,5	20,2	30		28,0	24,4	18,5	
Óleos	consumir raramente	71,1	72,6	74	77,6	67,8	<0,001	69,8	72,9	76,8	0,329
	não consumir	5,7	5,6	1,6	2,2	2,2		2,2	2,7	4,7	
Óleos	consumir habitualmente	33,8	47,3	50	53,5	44,4	<0,001	51,6	48,0	45,9	0,329
	consumir raramente	62,3	50	47,9	45	52,8		47,6	49,6	50,8	
Óleos	não consumir	3,9	2,7	2,1	1,5	2,8	0,002	0,9	2,4	3,3	0,487
	consumir habitualmente	76,8	79,6	90,1	84,8	83,4		83,1	83,0	83,1	
Óleos	consumir raramente	0,9	1,3		0,1	0,6	0,002	1,3	0,4	0,6	0,487
	não consumir	22,4	19,1	9,9	15,1	15,9		15,6	16,6	16,3	

Tabela 3 – Escore médio na questão um (1) da Escala de Atitudes Alimentares por região do país, curso de graduação e categorias do estado nutricional da amostra de universitárias brasileiras.

Categoria		Pontuação Média \pm Desvio Padrão	p-valor
Região	Norte ^a	23,5 \pm 7,1 (n=228)	< 0,001
	Nordeste ^b	22,5 \pm 5,9 (n=372)	
	Sudeste ^d	21,1 \pm 5,4 (n=869)	
	Sul ^e	21,9 \pm 6,0 (n=773)	
Curso	Enfermagem ^f	21,5 \pm 5,9 (n=1418)	0,004
	Psicologia	22,4 \pm 6,0 (n=375)	
	Farmácia ^g	21,6 \pm 5,5 (n=300)	
	Fonoaudiologia	21,3 \pm 6,7 (n=31)	
	Fisioterapia	22,0 \pm 6,2 (n=231)	
	Biomedicina ^h	24,6 \pm 6,3 (n=44)	
Estado Nutricional	Baixo Peso ⁱ	20,1 \pm 4,9 (n=225)	< 0,001
	Eutrofia ^j	21,7 \pm 5,9 (n=1723)	
	Acima do Peso ^k	22,8 \pm 6,2 (n=362)	

a= diferente do Centro-Oeste, Sudeste e Sul; b= diferente do Centro-Oeste e Sudeste; c= diferente do Norte, Nordeste e Sul; d= diferente do Norte, Nordeste e Sul; e=diferente do Norte, Centro-Oeste e Sudeste; f= diferente de Biomedicina; g= diferente de Biomedicina; h=diferente de enfermagem e farmácia; i= diferente de eutrofia e acima do peso; j= diferente de acima do peso; k= diferente de baixo peso e eutrofia.

queijos, óleos, batata frita e feijões (apenas o Norte respondeu mais “não consumir” no caso dos dois últimos).

Os dados são curiosos quando se observa que mesmo alimentos básicos, como arroz e carne branca (e feijão no caso do Norte) ou classicamente classificados como saudáveis – como frutas e vegetais, também tiveram este padrão de resposta “não consumir” mais frequente no Norte. A metodologia da pesquisa não permite avaliar porque algumas universitárias julgam que o “consumo saudável e ideal” em relação a estes alimentos seria “não consumi-los”. Este resultado não é simples de se entender, uma vez que se observa que este grupo de estudantes é bastante similar quanto aos parâmetros avaliados, mesmo vivendo em diferentes regiões do país. As diferenças poderiam então eventualmente ser explicadas por diferenças climáticas e de condições de produção de alimentos, pela influência dos povos que a constituem (indígenas, afro-descendentes e colonizadores de origem europeia), variando o padrão alimentar nas diferentes regiões de acordo com a maior ou menor influência de um ou mais destes grupos étnicos²⁵. Além disto, o nível de desenvolvimento econômico da região junto a outros fatores, como atitudes alimentares, crenças e conhecimentos sobre alimentação e nutrição, podem influenciar o conceito de alimentação saudável. No entanto, estes fatores não foram avaliados na presente pesquisa e se desconhece outros trabalhos semelhantes sobre conceito de alimentação saudável comparando diferentes locais no Brasil.

Entretanto, o estudo Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)²⁶, sobre consumo alimentar nas capitais dos estados brasileiros, encontrou para frutas, verduras e legumes um consumo maior em algumas capitais do Sul e Sudeste (Florianópolis, Curitiba e Belo Horizonte). No presente trabalho, estudantes do Sul e Sudeste têm maior frequência de resposta “consumir habitualmente” para estes grupos alimentares.

Em relação ao consumo de leite integral, o estudo VIGITEL apontou maior consumo em capitais da região Norte (Macapá, Rio Branco e Boa Vista), e os estudantes do Centro-Oeste e Norte neste trabalho tiveram a maior frequência de resposta “consumir habitualmente” para leite integral, enquanto as estudantes do Sul e Sudeste responderam mais “consumir raramente” para leite integral.

A avaliação das atitudes alimentares como um todo com esta mesma população, usando o escore total da Escala de Atitudes Alimentares, também encontrou pior atitude alimentar no Norte e Nordeste do país²⁰. Este resultado não pode ser explicado pelas demais variáveis (curso, idade, renda, escolaridade do chefe da família). Imagina-se normalmente que preocupações com dieta, alimentação, corpo e saúde sejam mais comuns em cidades mais desenvolvidas, presentes em sua grande maioria nas regiões Centro-Sul do país; mas estes dados parecem ilustrar que jovens universitárias do Norte e Nordeste têm crenças, pensamentos e sentimentos em relação à alimentação piores do que os de outras regiões – dado que merece confirmação por meio de outros estudos e atenção quanto a estratégias educacionais.

Em relação aos cursos de graduação, pode-se imaginar que diferentes cursos tenham níveis diferentes de informação sobre Nutrição (mesmo sendo da área da saúde), e que isto possa influenciar a idéia sobre alimentação saudável. Até onde se sabe, o curso de enfermagem tem conceitos de nutrição em sua grade curricular, mas não os demais cursos participantes desta pesquisa. Desta forma, não se sabe por que os cursos de biomedicina e de fonoaudiologia apresentaram conceitos mais e menos restritivos. Trabalhos comparando diferentes cursos de graduação, até onde se sabe, existem apenas em relação ao comportamento de risco para transtornos alimentares (TA). É sabido que alunas do curso de Nutrição apresentam pior comportamento alimentar^{21,22,27,28}, mas não se tem conhecimento sobre o conceito de alimentação saudável deste grupo de estudantes. Alguns pesquisadores apontam uma visão mais “ortoréxica” (de ortorexia nervosa)²⁷ em nutricionistas, ou seja, perfeccionistas em relação à alimentação saudável, assim como em residentes de Medicina²⁸.

Não se pode comparar diretamente dados sobre comportamento de risco para TA com o conceito de alimentação saudável. De qualquer forma, para efeito de discussão, estudos nacionais encontraram diferentes porcentagens de comportamento de risco positivo com diversos cursos de graduação utilizando o Teste de Atitudes Alimentares²⁹. Encontrou-se 5,5% em alunas de Medicina no Ceará³⁰; 14% em estudantes de Nutrição no Rio de Janeiro³¹; 6,9% em estudantes de Educação Física³²; e 6,9% em estudantes de Psicologia³³. Em Santa Catarina, ao avaliar estudantes de Nutrição e estudantes de cursos desvinculados da área da saúde, encontrou-se percentual maior no grupo de alunas de Nutrição que nos outros cursos (25,4% e 18,7% nos demais)²¹.

As respostas entre os diferentes cursos de graduação podem ainda decorrer da formação acadêmica, pois a alimentação pode ser apresentada de forma muito biológica e tecnicista, mesmo em cursos da área da saúde. O profissional de saúde, muitas vezes, não é reconhecido como um agente de saúde coletiva, os alunos nem sempre têm prática vivencial, e a compreensão da dimensão humana na maioria das vezes não é trabalhada além do orgânico^{18,34}.

Quanto ao estado nutricional, os resultados apontaram que indivíduos com excesso de peso possuem um conceito de alimentação saudável mais restritivo, enquanto indivíduos de baixo peso e eutróficos têm um conceito mais permissivo. Universitárias com excesso de peso responderam mais “consumir raramente” para o grupo dos pães e arroz e as estudantes com baixo peso responderam mais “consumir habitualmente” para arroz, batata frita, leite integral e macarrão. Sabe-se que preocupação com o controle de peso exerce influência nas escolhas alimentares³⁵, e que a tendência é a eliminação de alimentos considerados “engordativos”³⁶. Contudo, apesar dos indivíduos terem necessidades diferentes de acordo com a fase da vida, presença de doenças, e até mesmo de acordo com o peso, é importante ressaltar que todos os alimentos podem fazer parte de um estilo de vida saudável, se consumidos em quantidade e frequência apropriadas³⁶. É preciso atentar para o fato de que alimentação saudável é uma só, o estado nutricional pode fazer diferença na recomendação em relação às quantidades, mas não se deve ter um conceito de alimentação saudável para pessoas “magras” e outro para pessoas com excesso de peso.

Embora a análise de variância não tenha encontrado diferença em relação à renda e escore total na questão, houve diferença de resposta em relação ao açúcar e leite integral, sendo que estudantes com renda menor do que 4,9 SM responderam mais “consumir habitualmente” para açúcar e estudantes com renda maior do que 5 SM responderam mais “não consumir” para leite integral. Portanto, de alguma forma, não apenas o acesso aos alimentos parece se modificar de acordo com a renda²⁴, mas também o conceito de alimentação saudável pode se modificar. Este fato pode ter relação com o nível de informações transmitidas pela mídia, do exemplo de “personalidades” e até mesmo do estímulo ao consumo de alimentos *lights*. Entretanto, é necessário que essas possibilidades sejam avaliadas.

Da mesma forma, a análise de variância não encontrou diferença em relação ao grau de escolaridade do chefe da família e escore total na questão; e houve diferença apenas na resposta para batata frita, sendo que universitárias cujo chefe tinha ensino superior responderam mais “não consumir”. Estudos populacionais mostram que o nível de escolaridade influencia as escolhas alimentares e que indivíduos com maior escolaridade consomem mais frutas, verduras e legumes e menor quantidade de leite integral, enquanto os com menor escolaridade consomem mais carnes com excesso de gordura²⁶.

Algumas considerações devem ser feitas em relação a este estudo, a amostra por região foi calculada de forma a avaliar atitudes alimentares e não alimentação saudável, o que pode se constituir numa limitação²⁰. De qualquer forma, como o desfecho (crença sobre alimentação saudável) não é classicamente avaliado, não há uma prevalência para cálculo de amostra.

Pela dimensão do grupo avaliado e escassez de trabalhos sobre esta temática no país, acredita-se que um perfil sobre o conceito de alimentação saudável de universitárias do Brasil pode ser obtido e pode ser utilizado como ponto de partida para estudos futuros. O método de avaliação do conceito foi por meio de três opções de resposta (não consumir, consumir raramente e consumir habitualmente), o que com certeza é uma limitação de resposta. Possivelmente, respostas abertas a esta pergunta trariam colocações interessantes, que poderiam ser analisadas pelo método qualitativo. Ainda, este trabalho assumiu como pior conceito um escore maior na questão, considerando a avaliação a partir da escala em questão, e esta definição de “pior conceito” deve ser explorada e expandida.

Ainda, os alimentos ou tipos de alimentos listados na questão 1 não foram definidos em função de nenhuma metodologia para o estudo de alimentação adequada, e sim listados com base na experiência dos autores da Escala de Atitudes Alimentares³ para avaliação do que pode ser definido como comer desordenado; e esta lista é passível de críticas. Sugere-se um estudo qualitativo com novos alimentos, grupos ou formatos para complementação desta avaliação.

Acredita-se que o conceito de alimentação saudável parece ser – assim como o de hábitos alimentares – influenciado por muitos fatores, desde fisiológicos, econômicos, até ambientais, sociais e culturais, incluindo ainda fatores como preocupação com o peso, estilo de vida, tempo, atitudes e crenças, mídia, tecnologia, segurança alimentar, sabor e preferências alimentares³⁶. Todos estes elementos se relacionam diretamente com o indivíduo, portanto, entender o conceito que as pessoas têm sobre alimentação saudável é importante para ajudá-las a fazer escolhas verdadeiramente saudáveis.

A alimentação saudável deve ser planejada com alimentos de todos os tipos; os alimentos devem ser qualitativa e quantitativamente adequados às fases da vida, do hábito alimentar e levando em consideração a renda familiar e a disponibilidade local desses alimentos; a alimentação saudável visa ainda à satisfação das necessidades nutricionais, emocionais e sociais, para promoção de uma qualidade de vida saudável^{25,37}.

Alimentação saudável, portanto, não envolve a divisão dos alimentos em “bons e ruins”, permitidos e proibidos. Sabe-se que classificar alimentos como bons ou maus promove pensamentos dicotômicos, levando a comportamentos alimentares não saudáveis, pois indivíduos com esse tipo de pensamento teriam mais dificuldades para incorporar opções abstratas ou complexas em suas atitudes alimentares³⁶. Além disto, é preciso contextualizar a alimentação saudável dentro de um conceito mais amplo, psicossocial, e não fixá-lo apenas no plano biológico³⁸.

Além desta importância, é preciso lembrar que um conceito restritivo sobre alimentação saudável não torna as pessoas mais saudáveis e com um consumo mais adequado; pesquisas em nutrição sugerem que hábitos alimentares não são sempre compatíveis com o conhecimento e as crenças alimentares^{39,40}. Hábitos alimentares são dinâmicos e influenciados por muitos fatores, incluindo sabor e as preferências alimentares, o estilo de vida, o tempo disponível, a mídia, a tecnologia e a segurança alimentar³⁶. É importante, portanto, que se compreendam os determinantes das escolhas alimentares de indivíduos e de

grupos populacionais. Dentro deste contexto, a avaliação da questão neste estudo considera que, responder “não consumir” para qualquer um dos alimentos listados é inadequado, uma vez que, novamente, todos os alimentos podem fazer parte de uma alimentação saudável³⁶. O conceito de alimentação saudável deve, então, permitir a inclusão de todos os alimentos, desde que consideradas a frequência e a quantidade. Acredita-se que uma relação adequada com os alimentos envolve tal conceito amplificado, que também é o conceito que faz sentido quando as funções culturais e simbólicas da alimentação são levadas em consideração.

CONCLUSÃO

Encontrou-se um conceito de consumo saudável mais restritivo nas universitárias da região Norte do país, nas que cursavam Biomedicina, nas que estavam com excesso de peso e naquelas com maior escolaridade do chefe de família e maior renda individual. O conceito de alimentação adequada esteve, portanto, associado com a região do país, o curso de graduação, o estado nutricional, a renda individual e a escolaridade do chefe de família.

A maior parte das estudantes teve uma resposta que pode ser considerada adequada sobre o consumo saudável de alimentos, contudo as diferenças regionais, sociodemográficas e relativas ao estado nutricional devem ser consideradas em programas de educação nutricional.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – pelo auxílio à pesquisa (processo 06/56850-9), e ao PIBIC-USP, para iniciação científica da primeira autora.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. 57ª Assembléia Mundial da Saúde. Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, 2004. (Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/eb_portugues.pdf. Acesso em: 16 de outubro de 2009).
2. Rozin P, Fischler C, Imada S, Sarubin A, Wrzesniewski A. Attitudes to food and the role of food in life in the U.S.A., Japan, Flemish Belgium and France: possible implications for the diet-health debate. *Appetite*. 1999;33(2):163-80.
3. Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Development and validity of the Disordered Eating Attitude Scale (DEAS). *Percept Mot Skills*. 2010;110(2):379-95.
4. Osberb TM, Poland D, Aguayo G, MacDougall S. The irrational food beliefs scale: development and validation. *Eat Behav*. 2008;9(1):25-40.
5. Aikman SN, Crites Jr. SL, Fabrigar LR. Beyond affect and cognition: identification of the informational bases of food attitudes. *J Appl Soc Psychol*. 2006;36(2):340-82.
6. Estima CCP, Philippi ST, Alvarenga MS. Fatores determinantes de consumo alimentar: por que os indivíduos comem o que comem? *Rev Bras Nutr Clin*. 2009;24(4):263-8.
7. Martinez-Gonzalez MA, Lopez-Azpiazu I, Kearney J, Kearney M, Gibney M, Martinez JA. Definition of healthy eating in the Spanish adult population: a national sample in a pan-European survey. *Public Health*. 1998;112(2):95-101.
8. Poulain JP, Proença RPC. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. *Rev Nutr*. 2003;16(4):365-86.
9. Lake AA, Hyland RM, Rugg-Gunn AJ, Wood CE, Mathers JC, Adamson AJ. Healthy eating: perceptions and practice (the ASH30 study). *Appetite*. 2007;48(2):176-82.
10. Murcott A. Nutrition and inequalities: a note on sociological approaches. *Eur J Public Health*. 2002;12(3):203-7.
11. Jomori MM, Proença RPC, Calvo MCM. Determinantes de escolha alimentar. *Rev Nutr*. 2008;21(1):63-73.
12. Pollan M. O dilema do onívoro. São Paulo: Editora Intrínseca;2006.
13. Pettinger C, Holdsworth M, Gerber M. Psycho-social influences on food choice in Southern France and Central England. *Appetite*. 2004;42(3):307-16.
14. Sun YHC. Health concern, food choice motives, and attitudes toward healthy eating: the mediating role of food choice motives. *Appetite*. 2008;51(1):42-9.
15. Rozin P, Fischler C, Shields C, Masson E. Attitudes towards large numbers of choices in the food domain: a cross-cultural study of five countries in Europe and the USA. *Appetite*. 2006;46(3):304-8.
16. Oltersdorf U. Impact of nutrition behavior research on nutrition programmes and nutrition policy. *Appetite*. 2003;41(3):239-44.
17. Povey R, Conner M, Sparks P, James R, Shepherd R. Interpretations of healthy and unhealthy eating, and implications for dietary change. *Health Educ Res*. 1998;13(2):171-83.
18. Silva DO, Recine EGIG, Queiroz EFO. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. *Cad Saúde Publica*. 2002;18(5):1367-77.
19. Monis LVP, Ferratone VA. Investigação sobre escolhas alimentares de escolares do município de Piracicaba. *Rev Saúde*. 2006;8(1):17-21.
20. Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Food attitudes evaluation of college students in all regions of Brazil. *Cien Saude Colet*, Submetido. 2010.
21. Fiates GMR, Salles RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Rev Nutr*. 2001;14(1):3-6.
22. Fredenberg JP, Berglund PT, Dieken HA. Incidence of eating disorders among selected female university students. *J Am Diet Assoc*. 1996;96(1):64-5.
23. World Health Organization (WHO). Global database on Body Mass Index. Geneva: WHO; 2006. Disponível em: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html Acesso em: 20 de outubro de 2009.
24. Glanz K, Basil M, Maibach E, Goldberg J, Snyder D. Why Americans eat what they do: taste, nutrition, cost, convenience and weight control as influences on food consumption. *J Am Diet Assoc*. 1998;98(10):1118-26.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição Guia Alimentar Para a População Brasileira: Promovendo a Alimentação Saudável/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília:Ministério da Saúde;2005.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde;2009.
27. Kinzl JF, Hauer K, Traweger C, Kiefer I. Orthorexia nervosa in dieticians. *Psychother Psychosom*. 2006;75(6):395-6.
28. Bağcı Bosi AT, Çamur D, Güler C. Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*. 2007;49(3):661-6.
29. Bighetti F, Santos CB, Santos JE, Ribeiro RPP. Tradução e

- validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto-SP. *J Bras Psiquiatr.* 2004;53:339-46.
30. Souza FGM, Martins MCR, Monteiro FCC, Neto GCM, Ribeiro IB. Anorexia e bulimia nervosa em alunas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. *Rev Psiquiatr Clín.* 2002;24:172-80.
31. Bosi MLM, Luiz RR, Morgado CMC, Costa MLS, Carvalho RJ. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição no Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr.* 2006;55(1):34-40.
32. Bosi MLM, Luiz RR, Uchimura KY, Oliveira FP. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. *J Bras Psiquiatr.* 2008;57(1):28-33.
33. Bosi MLM, Uchimura KY, Luiz RR. Eating behavior and body image among psychology students. *J Bras Psiquiatr.* 2009;58(3):150-5.
34. Boog MCF. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Rev Nutr.* 1999;12(3):261-72.
35. Volek JS, Vanheest JL, Forsythe CE. Diet and exercise for weight loss: a review of the current issues. *Sports Med.* 2005;35(1):1-9.
36. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: total diet approach to communicating food and nutrition information. *J Am Diet Assoc.* 2007;107(7):1224-32.
37. Philippi ST, Alvarenga M. Alimentação Saudável: princípios e recomendações. In: Philippi ST, Alvarenga M, eds. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional.* São Paulo:Manole;2004.
38. Fischler C. La nourriture, pour une anthropologie culturelle de l'alimentation. *Communications;*1979.
39. Wardle J, Parmenter K, Waller J. Nutrition knowledge and food intake. *Appetite.* 2000;34(3):269-75.
40. Worsley A. Nutrition knowledge and food consumption: can nutrition knowledge change food behavior? *Asia Pac J Clin Nutr.* 2002;11(Suppl 3):S579-85.

Local de realização do trabalho: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Nutrição, São Paulo, SP.