

AUTOPERCEPÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM ADULTOS E IDOSOS: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

KARLA PEREIRA MACHADO¹; RAÚL ANDRÉS MENDOZA-SASSI²

¹Mestre em Saúde Pública, FURG- karlamachadok@gmail.com

²Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, FURG - ramsassi@gmail.com.

1. INTRODUÇÃO

O conjunto de atributos ou características com as quais o indivíduo descreve a si mesmo pode ser definido como autopercepção (GRIFFITH et al., 2011). Sendo o processo de avaliação da percepção dos indivíduos sobre a necessidade de modificação das práticas e hábitos alimentares necessários a conscientização sobre o tipo do padrão alimentar, o primeiro passo para a mudança na dieta (TORAL et al., 2006; GRIFFITH et al., 2011).

No caso da relação entre a autopercepção da qualidade da alimentação do indivíduo e a ocorrência de uma alimentação realmente saudável, essa abordagem ainda é pouco explorada na literatura (TORAL et al., 2006; GREGORY et al., 2011). Perante essa situação, seria interessante e importante a existência de uma questão sobre autopercepção alimentar que consiga identificar o hábito alimentar dos indivíduos (Gomes et al., 2015), vindo a ser uma medida resumo do risco de alimentação não saudável, indicando grupos alvo para possíveis intervenções.

Portando o objetivo deste trabalho foi avaliar como a autopercepção da alimentação do indivíduo se associa aos indicadores alimentares relatados e seus fatores associados.

2. METODOLOGIA

Os dados são oriundos do estudo transversal de base populacional denominado “Saúde da População Riograndina, RS”, que teve por finalidade investigar diversos aspectos que caracterizam o perfil de saúde da população de Rio Grande/RS.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário aplicado em domicílio no ano de 2016, e a população do estudo foi composta por indivíduos com 20 anos ou mais de idade, residentes na área urbana do município.

Foi analisada a questão: “*Como o Sr.(a) considera a sua alimentação?*” coletada pela escala Likert (LIKERT, 1932). Para fim de análise, essa variável foi dicotomizada posteriormente em: saudável (muito boa, boa); e não saudável (regular, ruim e muito ruim).

Treze indicadores de alimentação saudável obtidos das recomendações do Guia Alimentar (BRASIL, 2014) foram utilizados, sendo eles:

1) realização do café da manhã; 2) realização do almoço; 3) realização do lanche ou café da tarde; 4) realização do jantar; 5) realização do lanche ou café antes de dormir; 6) hábito de comer gordura aparente da carne vermelha e/ou comer a pele do frango; 7) sal adicional;

Esses indicadores foram coletados de forma dicotômica (sim/não), para 1 a 5 foram consideradas consumo apropriado quando a resposta era “sim” e para 6 e 7 quando a resposta era “não”.

8) dias da semana que costuma comer leguminosas; 9) dias da semana que costuma comer verduras ou legumes; 10) dias da semana que costuma comer frutas; 11) dias da semana que costuma comer peixe; 12) dias da semana que costuma comer alimentos doces como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces; 13) dias da semana que costuma tomar refrigerante ou suco natural.

Esses indicadores foram coletados de forma politômica (a) nunca - quase nunca, b) 1 a 2 dias por semana, c) 3 a 4 dias por semana, d) 5 a 6 dias por semana, e) todos os dias, inclusive sábado e domingo). Posteriormente, para fins de análise foram dicotomizados. Para os indicadores 8 a 11 foi considerado consumo adequado a partir de 3 ou 4 dias por semana. Para os indicadores 12 e 13 considerou-se consumo adequado até 1 a 2 dias por semana.

As variáveis independentes incluídas foram as sociodemográficas; as comportamentais; as morbidades; as de autopercepção de saúde; as medidas para perder peso ou ganhar massa muscular e a de segurança alimentar nos domicílios (EBIA).

Foi calculado a prevalência do desfecho e seu intervalo de confiança de 95%. A seguir se estudou a associação existente entre as variáveis independentes e a variável dependente autopercepção alimentar saudável dicotomizada, utilizando o teste de qui-quadrado para avaliar a significância das associações. Também foi analisada a prevalência de cada um dos indicadores de consumo alimentar, e sua associação com o desfecho autopercepção alimentar saudável. Em todas as análises foi utilizado um valor $p < 0,05$ de um teste bicaudal. Para análise dos dados foi utilizado o programa estatístico Stata-versão®14.0.

O protocolo de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), sob o número 20/2016.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 1.243 indivíduos que responderam ao questionário, mais da metade da amostra era do gênero feminino e a maioria se autodeclarou da cor de pele branca (83,1%), com idade média de 47 anos.

A prevalência de indivíduos que referiram uma autopercepção alimentar saudável foi de 72,4% (IC95%: 69,9-74,9), demonstrando ser um desfecho frequente. Essa prevalência foi semelhante à encontrada em estudo também realizado na região Sul, que verificou que 68,9% dos adultos e idosos, usuários da rede urbana de atenção básica de saúde, percebiam sua alimentação como positiva (LINDEMANN et al., 2016).

Com relação aos fatores associados foi observado que conforme aumentou a categoria de idade, aumentou também a prevalência de autopercepção de alimentação saudável ($p < 0,001$). Uma das explicações para esse resultado pode ser que na medida em que aumenta a idade, aumenta o cuidado com a dieta das pessoas, seja como medida preventiva, ou seja, como terapêutica, em relação às doenças cardiovasculares e digestivas, e por isso consideram sua alimentação mais saudável (SANTOS et al., 2010; POWELL-WILEY; MILLER, 2012).

Quanto aos fatores socioeconômicos: 57% tinham mais de nove anos de estudo e renda mediana de R\$ 1.000,00 (P25: R\$ 625,00 - P75: R\$ 1.764,00). A prevalência de autopercepção alimentar saudável aumentou linearmente na medida em que aumentou o quartil de renda ($p < 0,001$). Sabe-se que os indivíduos que

apresentam menor renda acabam dando maior importância ao preço como critério de escolha dos produtos alimentícios, assim impactando no comportamento de consumo de alimentos, principalmente no que diz respeito ao comportamento saudável (STRACHAN; BRAWLEY, 2009).

A autopercepção da saúde foi considerada por 2/3 dos entrevistados como boa, muito boa ou excelente, sendo observado que conforme aumentou a prevalência de autopercepção de saúde aumentou também a prevalência de autopercepção de alimentação saudável ($p < 0,001$). A percepção subjetiva da saúde é considerada o meio mais prático de reunir informações da condição de saúde dos indivíduos e tem sido explorada em muitos estudos epidemiológicos fornecendo informações importantes acerca da morbidade referida (REICHERT et al., 2012).

Dos 13 indicadores que compõem a alimentação saudável, 10 se mostraram significativamente associados com o desfecho. A proporção de indivíduos que possuíam indicador de consumo adequado e autopercepção de alimentação saudável foram superiores a 70% na maioria dos casos e não existiu diferença entre homens e mulheres revelando que a autopercepção alimentar independe de gênero.

4. CONCLUSÕES

A autopercepção alimentar adequada na população de 20 anos ou mais foi elevada e deve ser mais bem explorada como uma medida síntese do consumo alimentar, buscando identificar se a compreensão dos conhecimentos adquiridos reflete nas práticas alimentares. Possibilita aos profissionais de saúde trabalhar no sentido de que o indivíduo consiga reconhecer que não é saudável e tomar a decisão a respeito de uma mudança positiva.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gomes A.A., Pereira R.A., Yokoo E.M. Characterization of adults food intake based on simplified questionnaire: contribution to food and nutrition surveillance studies. **Cadernos de Saúde Coletiva**.v.23, n.4, p.368-373, 2015.

GREGORY C, SMITH T, WENDT M. How Americans rate their diet quality: an increasingly realistic perspective. In: Agriculture USDo, editor. **Washington: Economic Research Service**;p.1-18, 2011.

GRIFFITH, B. N.; LOVETT G. D.; PYLE, D. N. ET AL. Self-rated health in rural Appalachia: health perceptions are incongruent with health status and health behaviors. **BMC Public Health**. v. 11, n. 229, p. 1-8, 2011.

Saúde. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed.; p.156, 2014.

STRACHAN S, BRAWLEY L. Healthy-eater identity and self-efficacy predict healthy eating behavior: a prospective view. **Journal Health Psychol**; v.14, n.5, p.684-695, 2009.

LIKERT R. A technique for the measurement of attitudes. **Archives in Psychology**.v.140,p. 1-55, 1932.



LINDEMANN I.L., OLIVEIRA R.R., MENDOZA-SASSI R.A. Difficulties in ensuring a healthy diet among primary health care users and associated factors. **Ciências e Saúde Coletiva**.v. 21, n.2, p.599-610, 2016.

POWELL-WILEY T.M., MILLER P.E. Agyemang P, Agurs-Collins T, Reedy J. Perceived and objective diet quality in US adults: a cross-sectional analysis of the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). **Public Health Nutr.** v.17, n.12, p.2641-2649, 2014.

REICHERT F.F., LOCH M.R., CAPILHEIRA M.F. Self-reported health status in adolescents, adults and the elderly. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n.12, p.3353-362, 2012.

SANTOS J.V.D, GIGANTE D.P., DOMINGUES M.R. Prevalence of food insecurity in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, and associated nutritional status. **Cadernos de Saúde Pública**. v.26, n.1, p.41-49, 2010.

TORAL N., SLATER B., CINTRA I.D.P., FISBERG M. Adolescent eating behavior regarding fruit and vegetable intakes. **Revista de Nutrição**.v.19, n.3, p.331-40, 2006.