

AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE EXCESSO DE PESO, ATIVIDADE FÍSICA E HÁBITOS ALIMENTARES DA POPULAÇÃO DA ESAS

Paula Pinto¹, Antonieta Santana¹ & Ana Neves¹

¹Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior Agrária, Departamento de Tecnologia Alimentar, Biotecnologia e Nutrição

RESUMO

As doenças crónicas não transmissíveis são a principal causa de morte no mundo. O presente trabalho pretendeu avaliar a população da Escola Superior Agrária de Santarém no que respeita a fatores de risco de doenças não transmissíveis: excesso de peso, sedentarismo e hábitos alimentares não saudáveis. Para recolha de dados, foram efetuadas medidas antropométricas e o preenchimento de um questionário de frequência alimentar e de atividade física. Dos inquiridos, 65,5% tinham idade inferior a 30 anos e 34,3% idade superior a 30 anos. A prevalência de excesso de peso e obesidade é elevada em ambos os grupos etários, sendo superior no grupo etário com idade superior a 30 anos: 56,5% em idades superiores a 30 anos; 33,3% em idades inferiores a 30 anos. A prevalência de um nível de atividade física insuficiente é de 85%. Apenas 13,4% da amostra estudada tem um estilo de vida ativo, sendo a sua maioria indivíduos de idade inferior a 30 anos. A prevalência do consumo inadequado de frutos e vegetais é de 69%. Apenas o grupo etário de idade superior a 30 anos do género feminino apresenta um consumo médio de frutos e vegetais dentro do recomendado (igual ou superior a 400g por dia).

Palavras chave: avaliação nutricional, estilo de vida, frequência de consumo alimentar.

ABSTRACT

Non communicable diseases are the main death cause in world. The present study aimed to evaluate risk factors of these diseases in the population of Agrarian School of Santarém: excess weight, sedentary lifestyle and non-healthy food habits. Anthropometric data was collected and questionnaires on food frequency consumption and physical activity habits were answered by participants during interviews; 65.5% of the assessed individuals were younger than 30 years of age and 34,3% were older than 30. Excess weight prevalence was high in both age groups, with the highest prevalence in the older group (56.5% in group older than 30; 33.3% in group younger than 30). Prevalence of insufficient physical activity was 85%. Only 13,4% of the study participants had an active lifestyle, mainly individuals younger than 30. Prevalence of inadequate fruit and vegetable consumption was 69%. Only females with ages older than 30 showed a mean consumption within the recommendations (400 g of fruits and vegetables per day).

Keywords: nutritional assessment, lifestyle, frequency of food consumption.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças crónicas não transmissíveis são a principal causa de morte e incapacidade no mundo [1]. Na Europa, 80% das mortes ocorridas em 2009 resultaram de doenças crónicas não transmissíveis. Destas, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 50% da mortalidade, seguindo-se o cancro com 20% [2]. Em Portugal, no ano de 2008 37% das mortes ocorreram devido a doenças cardiovasculares e 26% devido a doenças cancerosas [3]. Os principais fatores de risco comportamentais das doenças não transmissíveis são o consumo de tabaco e de álcool, o sedentarismo e uma alimentação desequilibrada. Os factores de risco metabólicos e cardiovasculares são a hipertensão, o excesso de peso e a obesidade, a glucose plasmática elevada e a dislipidémia [4]. Em Portugal, a prevalência de sedentarismo, excesso de peso e dislipidémia já ultrapassou os 50% e a prevalência de hipertensão encontrava-se muito próxima dos 50% em 2008 [3,5].

A alimentação é um fator determinante no desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis, estando, em particular, o consumo de frutos e vegetais associado a uma diminuição do risco destas doenças [6].

O presente trabalho pretendeu recolher informação sobre a prevalência de alguns fatores de risco na população da Escola Superior Agrária de Santarém. Foram determinadas as prevalências de excesso de peso e obesidade; foi avaliada a actividade física e caracterizados alguns dos hábitos alimentares.

METODOLOGIA

Os dados foram recolhidos durante o mês de Maio de 2011 na Escola Superior Agrária de Santarém. Foram avaliados 201 indivíduos após obtido o seu consentimento por escrito. Foram recolhidos os valores do peso e da percentagem de massa gorda com um analisador corporal (TANITA SC-330), da altura com um estadiómetro (LEICESTER HR001), do perímetro da cintura e da pressão arterial. O Índice de Massa corporal (IMC) foi calculado dividindo o peso (em kg) pelo quadrado da altura (em m). A avaliação da atividade física e dos hábitos alimentares foi efetuada por meio de um inquérito desenvolvido para o efeito e preenchido com o apoio de entrevistadores treinados para o efeito. O tratamento estatístico foi efectuado recorrendo ao software SPSS- 17.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 201 indivíduos, dos quais 56,7% eram do género feminino e 43,3% eram do género masculino. A distribuição de idades da amostra avaliada encontra-se representada na figura 1.

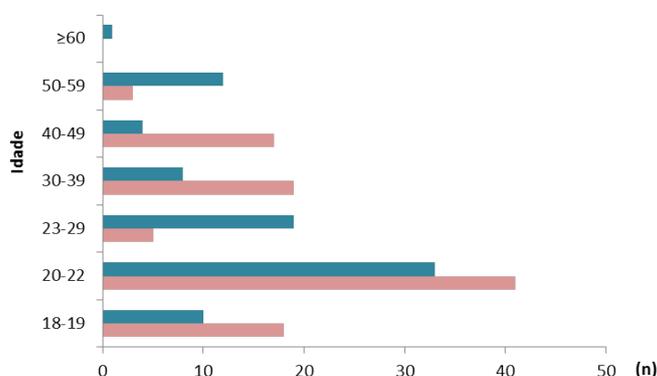


Figura 1: Distribuição de idades da amostra avaliada

■ Homens; ■ Mulheres

Para tratamento dos dados antropométricos optou-se por dividir a amostra em dois grupos etários: idade inferior a 30 anos (65,7%) e idade superior a 30 anos (34,3%). Não foram encontradas diferenças significativas nos valores de IMC entre o género feminino e masculino (Quadro I). No entanto, o grupo etário superior a 30 anos apresenta um valor médio de IMC superior, correspondente a um IMC de excesso de peso, comparativamente ao grupo com menos de 30 anos, que apresenta um valor médio de IMC dentro do peso normal (Quadro I).

Quadro I: Comparação dos valores de IMC entre géneros e grupos etários

		n	IMC (média±dp)	Valor P ¹
Género	F	114	24.7±4.9	0,139
	M	87	25.6±4.1	
Idade	<30	132	23.9±4.0	0,000
	≥30	69	27.4±4.8	

¹As médias foram comparadas pelo teste t após verificação da normalidade das distribuições pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. As diferenças entre médias são significativas para $P < 0.01$.

A distribuição dos valores de IMC em ambos os grupos etários, de acordo com os critérios de diagnóstico da OMS [7] estão apresentados na figura 2. É evidente o aumento da percentagem de indivíduos com excesso de peso e obesidade no grupo etário superior a 30 anos. A prevalência de excesso de peso e obesidade neste grupo é de 56,5%, contra 33,3% observados no grupo etário de idades inferiores a 30 anos.

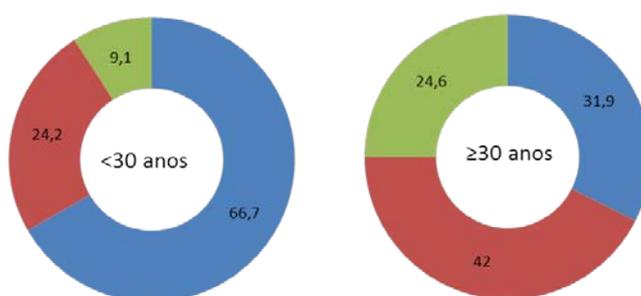


Figura 2: Percentagem de indivíduos com peso normal ■, excesso de peso ■ e obesidade ■
 Peso normal: 18,5 a 24,9 kg/m²; excesso de peso: 25 a 29,9 kg/m²; obesidade ≥30 kg/m²

Os indivíduos com excesso de peso apresentam um risco aumentado de doenças cardiovasculares e os indivíduos com obesidade apresentam um risco elevado a muito elevado de acordo com o grau de obesidade. Este risco pode ainda ser maior nos casos em que o perímetro de cintura se encontra acima dos valores de corte (Quadro II). No grupo etário superior a 30 anos foram determinados os perímetros de cintura apenas a 23 indivíduos (33% do grupo etário), nos quais foram encontrados 15 com perímetros de cintura superiores aos valores de corte (65% dos indivíduos aos quais foi medido o perímetro da cintura).

Quadro II: Avaliação do risco de doenças cardiovasculares de acordo com o IMC e Perímetro da cintura (PC), segundo a OMS [7]

		Risco de Doença Cardiovascular	
PC (cm)			
		< 88 Mulheres	> 88 Mulheres
		<102 Homens	> 102 Homens
IMC			
Normal	18,5 – 24,9	-	-
Excesso peso	25,0 – 29,9	Aumentado	Elevado
Obesidade I	30,0 – 34,9	Elevado	Muito elevado
Obesidade II	35,0 – 39,9	Muito elevado	Muito elevado
Obesidade III	≥ 40	Extremo	Extremo

A amostra estudada é maioritariamente pouco activa (51,7%) ou sedentária (34,3%), fora do recomendado para prevenção de doenças cardiovasculares - estilo de vida ativo [8]. Apenas 13,4% da amostra tem um estilo de vida activo, sendo este principalmente encontrado no grupo etário com menos de 30 anos. Não foram encontradas diferenças significativas entre os valores médios do IMC para os diferentes estilos de vida (Quadro III).

Quadro III: Comparação dos valores de IMC com o estilo de vida

Estilo vida	IMC (média±dp)	Valor P ¹
Sedentário	25.8±4.9	0,340
Pouco activo	24.9±4.6	
Activo	24.0±3.5	

1 – As médias foram comparadas por ANOVA. As diferenças entre médias são significativas para P<0.05.

No que respeita a hábitos alimentares, salienta-se o fato de 95% dos indivíduos entre os 18 e os 30 e 89% dos indivíduos de idade superior aos 30 terem um aporte energético ao pequeno almoço inferior ao recomendado (15% do Valor Energético Total)[9].

A frequência de consumo de “fast food” é superior no grupo etário dos 18 aos 30, sendo o género masculino o que mais consome (figura 3). Este tipo de alimentos contém níveis elevados de ácidos gordos saturados e insaturados *trans*, os quais estão associados a um perfil lipídico aterogénico, aumentando assim o risco de doenças cardiovasculares [10].

São também os homens que mais consomem carnes vermelhas, particularmente os mais jovens. Já o consumo de peixe é superior no grupo etário superior aos 30 anos, com maior incidência no género feminino (figura 3). De acordo com as recomendações alimentares mais recentes, o peixe deve ser consumido pelo menos duas vezes por semana, um das quais deve ser peixe gordo [8]. Este tipo de peixes são ricos em ácidos gordos ómega-3, os quais têm um efeito anti-inflamatório, sendo portanto benéficos na prevenção de doenças crónicas inflamatórias como as doenças cardiovasculares [10].

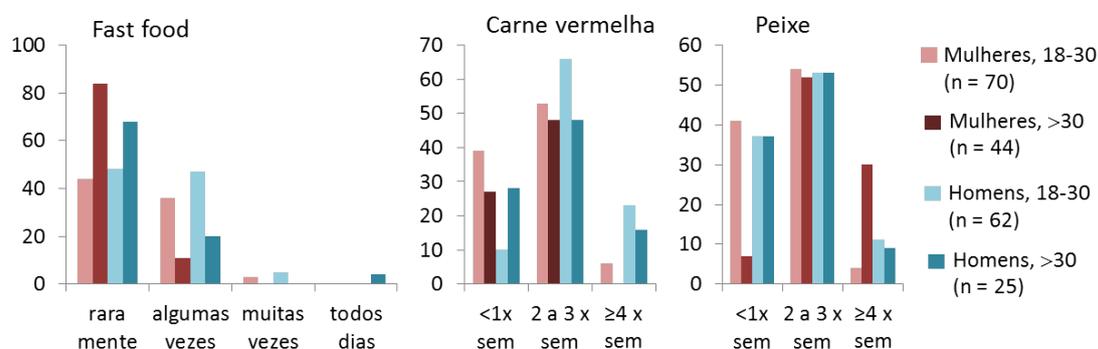


Figura 3: Frequências de consumo de “fast food”, carne vermelha e peixe na amostra estudada.

A prevalência de consumo inadequado de frutos e vegetais é elevada. No geral, 69% da amostra estudada consome menos dos que os 400 g de frutos e vegetais recomendados. O consumo de frutos e vegetais é significativamente superior nas mulheres de idade superior a 30 anos, sendo este o único grupo que consome quantidades adequadas deste tipo de alimentos (quadro IV). No género feminino foi também encontrada uma correlação positiva significativa entre o consumo de frutos e vegetais e a idade (coeficiente de Pearson = 0,247), o que não acontece com o género masculino (coeficiente de Pearson = 0,181). Existem cada vez mais estudos científicos que comprovam os efeitos benéficos dos frutos e vegetais na saúde, incluindo a prevenção de doenças cardiovasculares e cancro [11,12,6], devendo ser criado o hábito do consumo destes alimentos nas quantidades adequadas.

Quanto ao consumo de produtos lácteos, 41% dos indivíduos que responderam a esta questão ingerem menos porções do que o recomendado (duas porções por dia para adultos [13]), não se encontrando diferenças significativas entre grupos etários e entre géneros.

Quadro IV: Consumo de frutos e vegetais (g/dia)

	idade	média	dp	valor P ¹
Mulheres	18 - 30	371,9	197	0,006
	> 30	504,7	254,1	
Homens	18-30	344,4	197,8	0,215
	> 30	280	197,1	

¹As médias foram comparadas pelo teste t após verificação da normalidade das distribuições pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. As diferenças entre médias são significativas para P<0.01.

CONCLUSÃO

A análise global dos dados obtidos sugere que o aumento da idade está relacionado com um estilo de vida menos activo e um aumento do IMC. O consumo de frutos e vegetais é inferior ao recomendado nos homens de ambos os grupos etários e nas mulheres do grupo etário mais jovem. O consumo de produtos lácteos é também inferior ao recomendado numa elevada percentagem da amostra, colocando em causa o aporte diário de cálcio.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos estudantes do curso de Nutrição Humana e Qualidade Alimentar (2º ano, 2011/2012; 3º ano, 2010/2011) pelo apoio na recolha e análise de dados, assim como a todos os estudantes e funcionários que se disponibilizaram para participar no presente estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO, FAO (2003) Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation: Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Technical Report Series 916. Geneva, Switzerland
2. WHO The European health report 2012: charting the way to well-being. Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/european-health-report-2012/the-european-health-report-2012-charting-the-way-to-well-being>. Accessed 16-4 2013
3. WHO NCD country profile 2011: Portugal. Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/portugal/publications2/ncd-country-profile-2011-portugal>. Accessed 16-4 2013
4. WHO Global Health Observatory (GHO): Risk factors. http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/en/index.html. Accessed 16-4 2013
5. Dias CM, Briz T (2012) Distribuição conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos na população portuguesa. Observações: boletim epidemiológico do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge 2:4-5
6. Boeing H, Bechthold A, Bub A, Ellinger S, Haller D, Kroke A, Leschik-Bonnet E, MÃ¼ller M, Oberritter H, Schulze M, Stehle P, Watzl B (2012) Critical review: vegetables and fruit in the prevention of chronic diseases. European Journal of Nutrition 51 (6):637-663. doi:10.1007/s00394-012-0380-y
7. WHO (2008) Waist Circumference and Waist–Hip Ratio: Report of a WHO Expert Consultation. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_report_waistcircumference_and_waisthip_ratio/en/. Accessed 22-09 2011
8. Perk J, Backer GD, Gohlke H, Graham I, Reiner Ze, Verschuren WMM, Albus C, Benlia P, Boysen G, Cifkova R, Deaton C, Ebrahim S, Fisher M, Germano G, Hobbs R, Hoes A,

Karadeniz S, Mezzani A, Prescott E, Ryden L, Scherer M, Syvanne M, Scholte WJM, Reimer O, Vrints C, Wood D, Zamorano JL, Zannad F (2012) European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *Eur Heart J* 33:1635-1701

9. Candeias V, Nunes E, Morais C, Cabral M, Silva PRd (2005) *Princípios para uma Alimentação Saudável*. . Direcção Geral da Saúde, Lisboa

10. Lorgeril Md, Salen P (2012) New insights into the health effects of dietary saturated and omega-6 and omega-3 polyunsaturated fatty acids. *BMC Medicine* 10 (50):1-5

11. Crowe FL, Roddam AW, Key TJ, Appleby PN, Overvad K, Jakobsen MU, Tjonneland A, Hansen L, Boeing H, Weikert C, Linseisen J, Kaaks R, Trichopoulou A, Misirli G, Lagiou P, Sacerdote C, Pala V, Palli D, Tumino R, Panico S, Bueno-de-Mesquita HB, Boer J, van Gils CH, Beulens JWJ, Barricarte A, Rodriguez L, Larranaga N, Sanchez MJ, Tormo MJ, Buckland G, Lund E, Hedblad B, Melander O, Jansson JH, Wennberg P, Wareham NJ, Slimani N, Romieu I, Jenab M, Danesh J, Gallo V, Norat T, Riboli E, European Prospective Invest Canc N (2011) Fruit and vegetable intake and mortality from ischaemic heart disease: results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)-Heart study. *Eur Heart J* 32 (10):1235-1243. doi:10.1093/eurheartj/ehq465

12. Soerjomataram I, Oomen D, Lemmens V, Oenema A, Benetou V, Trichopoulou A, Coebergh JW, Barendregt J, de Vries E (2010) Increased consumption of fruit and vegetables and future cancer incidence in selected European countries. *Eur J Cancer* 46 (14):2563-2580. doi:10.1016/j.ejca.2010.07.026

13. DGS (2011) Portuguese food guide. Directorate General of Health. <http://www.dgs.pt>. Accessed 13 July 2011