

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE –
UFCSPA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO**



Leticia Botti de Souza

**PERFIL DOS PROFISSIONAIS NUTRICIONISTAS FRENTE ÀS METAS PARA DÉCADA
DA AÇÃO EM NUTRIÇÃO NO BRASIL**

UFCSPA

**Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre**

**Porto Alegre
2019**

Catálogo na Publicação

Souza, Leticia Botti de

Perfil dos profissionais nutricionistas frente às metas para década de ação em nutrição no Brasil / Leticia Botti de Souza. -- 2019.

39 f. : il., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição, 2019.

Orientador(a): Daniele Botelho Vinholes.

1. Nutricionistas. 2. Bebidas gaseificadas. 3. Verduras. 4. Frutas. 5. Obesidade. I. Título.

Leticia Botti de Souza

**PERFIL DOS PROFISSIONAIS NUTRICIONISTAS FRENTE ÀS METAS PARA DÉCADA
DA AÇÃO EM NUTRIÇÃO NO BRASIL**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Nutrição da Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, como
requisito para a obtenção do título de
Mestre em Ciências da Nutrição.**

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Daniele Botelho Vinholes

Porto Alegre

2019

Dedico este trabalho à minha amada filha Livia, que é o motivo, o ânimo e a força que me fizeram chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Denise e Umberto, que mesmo diante das dificuldades não desistiram de estudar e, já pais, conseguiram concluir a graduação. Obrigada pelo exemplo, pela importância que sempre deram à educação e pelas oportunidades que me proporcionaram, que foram essenciais na minha vida profissional, pessoal e acadêmica.

Agradeço ao meu marido, Marcelo que foi meu maior incentivador, que sempre me apoiou a seguir meus sonhos, e que, em muitos momentos desta caminhada, soube compreender minhas ausências, abraçar mais responsabilidades para me permitir uma maior dedicação à pesquisa.

Agradeço aos meus sogros, Mari e Valter, que são como pais para mim, e inúmeras vezes me auxiliaram, em diversos momentos.

Agradeço a minha orientadora Professora Dr^a Daniele Botelho Vinholes, por ser tão especial, por toda paciência, por tantos ensinamentos, pelo exemplo de pessoa, mãe, filha, profissional.

Agradeço aos idealizadores do PPG Ciências da Nutrição que implantaram este curso em uma Universidade Federal, abrindo a possibilidade a muitas nutricionistas de se qualificarem na área, multiplicando o conhecimento científico e trazendo visibilidade para a área da Nutrição.

Agradeço aos professores do PPG Ciências da Nutrição, por todos os ensinamentos que fizeram e, para sempre, farão a diferença na minha vida acadêmica e profissional.

SUMÁRIO

1 REFERENCIAL TEÓRICO	7
1.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis	7
1.2 Obesidade	8
1.3 Nutricionistas	110
1.4 Consumo de refrigerantes e sucos artificiais	114
1.5 Consumo de frutas e vegetais	10
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo Geral:	16
3.2 Objetivos específicos:	16
4 REFERÊNCIAS:	17
5 ARTIGO	211
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
7 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	40

LISTA DE ABREVIATURAS

CFN	Conselho Federal de Nutricionistas
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CRN-2	Conselho Regional de Nutricionistas da 2ª Região
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RedCap	Research Electronic Data Capture
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization

RESUMO

Introdução: O Brasil formalizou para Década da Ação em Nutrição da Organização das Nações Unidas o objetivo de deter o crescimento da obesidade, reduzir o consumo de bebidas açucaradas e aumentar o consumo de hortaliças e frutas, em adultos, até o ano de 2019. **Objetivo:** Avaliar a frequência do consumo de frutas, vegetais, refrigerantes/sucos artificiais e obesidade em profissionais nutricionistas no Brasil. **Metodologia:** Estudo transversal, com aplicação de um questionário, entre janeiro e abril de 2019, que incluiu perguntas sobre dados sociodemográficos, ocupacionais, de saúde, sobre alimentação e peso e altura auto-referidos. Para as análises ajustadas foi utilizada regressão de Poisson. **Resultados:** A amostra consistiu em 284 nutricionistas, na sua quase totalidade composta por mulheres, com idade média de 33,43 anos ($\pm 8,42$). A prevalência da obesidade foi de 9,6%, a frequência de consumo de frutas e vegetais ≥ 5 dias/semana foi de 88% e do consumo de refrigerantes e sucos artificiais ≥ 5 dias/semana foi de 2,5%. Após análise ajustada, a obesidade foi associada de forma significativa a não trabalhar na área da nutrição, ter diagnóstico de HAS e colesterol ou triglicerídios elevados. Consumo < 5 dias/semana de frutas e vegetais foi associado a colesterol ou triglicerídios elevados. Consumo de refrigerantes e sucos artificiais ≥ 5 dias/semana foi associado ao sexo masculino e ao diagnóstico de diabetes. **Conclusão:** A população de nutricionistas se caracterizou como tendo um perfil mais saudável que a população em geral, estando em adequação com as metas para Década da Ação em Nutrição.

Palavras-chave: Nutricionistas. Bebidas gaseificadas. Verduras. Frutas. Obesidade.

ABSTRACT

Introduction: Brazil has formalized the Decade of Action on Nutrition of United Nations committing to the goals of halting the growth of obesity, reduce the consumption of soft drinks and increase the consumption of vegetables and fruits in adults until 2019. Objective: Evaluate the frequency of consumption of fruits, vegetables, soft drinks/artificial juices and obesity among nutritionist professionals within Brazil. Methodology: Cross-sectional study with application of a questionnaire between January and April 2019, which included questions about sociodemographic, occupational, health and food data and self-reported weight and height. Poisson regression has been used for the adjusted analyzes. Results: The sample consisted of 284 nutritionists, almost all composed of women, with an average age of 33.43 years (\pm 8.42). The prevalence of obesity was 9.6%, the frequency of consumption of fruits and vegetables ≥ 5 days / week was 88% and the consumption of soft drinks and artificial juices ≥ 5 days / week was 2.5%. After adjusted analysis, obesity was significantly associated with not working in nutrition, being diagnosed with hypertension and high cholesterol or triglycerides. Fruits and vegetables consumption < 5 days / week was associated with high cholesterol or triglycerides. Soft drinks and artificial juices consumption ≥ 5 days / week was associated with male gender and diabetes diagnosis. Conclusion: The population of nutritionists was characterized as having a healthier profile than the general population, being in line with the goals for Decade of Action on Nutrition.

Keywords: Nutritionists. Carbonated drinks. Vegetables. Fruits Obesity.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Doenças Crônicas Não transmissíveis.

Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) são doenças não transmitidas de pessoa para pessoa, sendo, geralmente, de longa duração e progressão, resultando de uma combinação de fatores ambientais, genéticos, fisiológicos e comportamentais. As principais DCNT são: doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas e diabetes. Estas doenças matam 41 milhões de pessoas a cada ano, o equivalente a 71% de todas as mortes no mundo. Todos os anos, cerca de 15 milhões de pessoas, entre 30 e 69 anos, morrem de algum tipo de DCNT, sendo que, mais de 85% dessas mortes, ocorrem em países de baixa e média renda¹. Projeções realizadas através de pesquisas, indicam que a mortalidade por DCNT prevista para 2030 varia de 48,5 milhões a 53 milhões em todo o mundo².

Os principais fatores de risco para as DCNTs são fatores considerados modificáveis, como por exemplo, tabagismo, consumo abusivo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física. Dietas pouco saudáveis e inatividade física podem levar ao aumento da pressão sanguínea, glicose no sangue e obesidade, que são considerados fatores de risco metabólicos para doenças cardiovasculares. Estas doenças são consideradas as principais DCNT, responsáveis pelo maior número de mortes prematuras no mundo¹. Uma alimentação saudável, rica em frutas e vegetais pode reduzir o risco destas e de outras DCNTs, bem como de alguns tipos de câncer. Estima-se que, em 2017, cerca de 3,9 milhões de mortes no mundo foram resultantes do consumo inadequado de frutas e vegetais³.

A preocupação com o avanço das DCNT, resultou na *Global Action Plan for the Preventing and Control the Noncommunicable Disease*, em maio de 2011, endossada na Assembléia Mundial de Saúde e traçando como meta mundial a redução de 25% das mortes prematuras por DCNT até o ano de 2022. Entre as metas para Ação Global, direcionadas aos fatores de risco para as DCNT, estão previstos: deter a prevalência padronizada de sobrepeso e obesidade por idade em adolescentes e maiores de 18 anos, entre outros objetivos relacionados ao consumo de álcool, tabaco, consumo excessivo de sal e também controle de pressão arterial e glicemia⁴. Um estudo publicado na *The Lancet*, concluiu que, se todas estas metas forem alcançadas até 2025, a probabilidade de se morrer em decorrência das quatro principais DCNT, entre as idades 30 e 70 anos, vai diminuir em 22% nos homens e 19% nas mulheres, evitando mais de 37 milhões de mortes prematuras por estas doenças, neste período⁵.

Entre os anos de 1990 e 2015 os óbitos por DCNT aumentaram de 59,6% para 75,8%, no Brasil. Doença isquêmica do coração se mostrou como uma das principais causas de morte, tanto em 1990, quanto em 2015 no país, seguida de doenças cerebrovasculares. Houve um aumento nos óbitos por Diabetes Mellitus (DM), neste período, subindo do sexto para o quinto lugar nas causas de morte no Brasil⁶. Conforme *Noncommunicable Progress Monitor* para DCNT da World Health Organization (WHO), as mortes causadas por estas doenças, no Brasil, resultaram em 73% das mortes em 2017, destas, 17% foram mortes prematuras. A morte prematura por DCNT, na maioria dos países mediterrâneos, ficou entre 9 e 11%, índice, expressivamente menor, que o do Brasil⁷. No cenário de saúde brasileiro, ação similar à *Global Action Plan for the Preventing and Control the Noncommunicable Disease*, foi o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, de 2011 a 2022, onde, entre tantas medidas, está previsto o aumento do consumo de frutas e vegetais e a detenção do crescimento da obesidade na população brasileira⁸.

Mesmo diante de estratégias nacionais e mundiais, o avanço global da obesidade e das DCNT não cessou, o que, entre outras razões, fez com que a Organização das Nações Unidas (ONU) proclamasse, em 2016, em Assembleia Geral, o período, entre os anos de 2016 e 2025, como Década para Ação em Nutrição, convidando os países membros a participarem com metas⁹. O Brasil foi o primeiro país a se comprometer com metas de saúde para este período, a curto e a longo prazo. A curto prazo, o país formalizou o objetivo de deter o crescimento da obesidade na população adulta, reduzir em 30% o consumo regular de sucos artificiais e refrigerantes e aumentar em 17,8% o consumo regular de hortaliças e frutas, em maiores de 18 anos, a curto prazo, até o ano de 2019¹⁰.

1.2 Obesidade

A obesidade é definida como uma condição de saúde marcada por uma quantidade alta e insalubre de gordura corporal, com Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 30 kg/m². É considerada uma doença, cadastrada com o código E.66 na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10). A obesidade também é definida como fator de risco para doenças como diabetes, doenças cardíacas, acidentes vasculares cerebrais, artrite e alguns tipos de câncer^{11,12}. A obesidade, também é caracterizada por uma patologia de origem multifatorial, não podendo ser determinada apenas por seu caráter biológico. Assim, ao se pensar em prevenção e tratamento desta doença é

necessário que se observe todos os aspectos envolvidos nesta patologia, tais como: fatores históricos, ecológicos, genéticos, metabólicos, socioculturais, psíquicos e relacionados ao estilo de vida¹³.

Em 2015, uma análise de dados de grandes estudos nacionais, indicou uma prevalência de obesidade em adultos, de 12%, sendo maior entre mulheres, em todas as faixas etárias. A maior prevalência de obesidade foi observada entre 60 e 64 anos de idade para mulheres e entre 50 e 54 anos de idade para homens. Também neste estudo, foi observado que a prevalência da obesidade aumentou nas últimas décadas em todas as classes sociais, indicando que o problema não é, simplesmente, associado ao nível socioeconômico¹⁴.

Em uma revisão sistemática, publicada no ano de 2016, totalizando uma amostra de mais de 19,2 milhões de participantes, maiores de 18 anos, de 186 países, incluindo o Brasil, foi demonstrado que a obesidade triplicou entre os homens e duplicou entre as mulheres, entre os anos de 1974 e 2014 e, que, se esta tendência continuar, a chance de se deter o crescimento da obesidade até 2025, será nula¹⁵.

No Brasil, conforme Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), 2016, a obesidade aumentou 60%, em 10 anos, com frequência similar em ambos os sexos. O inquérito aponta que 18,9% dos brasileiros, em idade adulta, estão obesos. Comparando os inquéritos de 2006 e 2016, a obesidade teve sua prevalência duplicada a partir dos 25 anos de idade, sendo maior entre aqueles com menor escolaridade. Como mostram as tendências dos últimos inquéritos, a obesidade tende a continuar em crescimento de forma acentuada nos próximos anos¹⁶.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), é comprovada a transição nutricional na maioria dos países do mundo, que se caracteriza pela redução da prevalência das carências nutricionais e aumento expressivo da prevalência do sobrepeso e da obesidade¹⁷. A OMS considera como causas desta transição nutricional a inatividade física, alto consumo de alimentos ricos em energia e gordura, mudanças nos meios de transporte e aumento da urbanização. Responsabiliza a falta de políticas públicas de apoio a setores de saúde, agricultura, transporte, meio ambiente, processamento de alimentos, marketing e educação, pelas mudanças negativas no padrão dietético, bem como o aumento do sedentarismo das populações¹².

Entre as medidas propostas pela WHO para deter o crescimento da obesidade estão: limitar a ingestão de energia proveniente de gorduras e açúcares, aumentar o consumo de frutas e legumes e praticar atividade física regularmente. Indica também, a necessidade de implementação de imposto sobre bebidas açucaradas e redução no teor de gordura, açúcar e

sal dos alimentos processados¹². Ações multisetoriais que têm mostrado potencial efeito na saúde da população são aquelas voltadas para redução do consumo de sal, açúcar, gordura saturada e trans nos alimentos processados, além do controle na publicidade de alimentos não saudáveis para crianças, promoção da alimentação saudável nas escolas e nos espaços públicos, com suporte de programas sociais e aumento da disponibilidade e acesso a frutas e vegetais⁴. Todas estas medidas exigem esforços de várias profissões da área da saúde, entre elas a profissão de nutricionista.

1.3 Nutricionistas

A profissão de nutricionista foi regulamentada em 1991 pela lei nº 8.234, e completará 80 anos de existência em 2019¹⁸. O número de nutricionistas praticamente dobrou entre os anos de 2009 a 2017¹⁹. Conforme definição do Conselho Regional de Nutricionistas do Rio Grande do Sul (CRN-2), o nutricionista é um profissional com formação generalista, humanista e crítica, capacitado a atuar visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que a alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexões sobre a realidade econômica, política, social e cultural²⁰.

Assim, o trabalho destes profissionais é muito importante para que seja possível atingir as metas traçadas pelo Brasil, junto a ONU, para 2019, pois a promoção de uma alimentação saudável e o combate à obesidade, fazem parte de seu exercício profissional. Todavia, poucos estudos trazem dados sobre consumo alimentar e saúde destes profissionais, sobretudo no Brasil.

Segundo dados de uma pesquisa realizada em 2018 pelo Conselho Federal de Nutricionistas (CFN), a maioria dos profissionais nutricionistas são mulheres, que se formaram há mais de 5 anos, que estudaram em universidades privadas. Além disso, possuem pós-graduação, com idades entre 25 e 44 anos, atuando, principalmente, em alimentação coletiva e nutrição clínica. Um maior número de nutricionistas trabalha há mais de 3 anos no mesmo local, com jornada de trabalho igual ou superior a 40 horas semanais²¹. Até o mês de julho de 2018, estavam cadastrados no CFN, mais de 131.000 profissionais nutricionistas. O Estado com maior número de nutricionistas cadastrados, foi o Estado de São Paulo, com 34.189 profissionais inscritos, e o Estado com menos inscritos foi o Estado de Roraima, com 110 inscritos²¹.

Um estudo transversal, baseado em questionário *on line*, com 318 profissionais nutricionistas, no Brasil, com idade entre 18 e 59 anos, evidenciou que 22,7% dos nutricionistas se encontravam com excesso de peso, sendo 16,4% classificados com sobrepeso e 6,3% como obesos, além disso, 38,4% eram sedentários²². Estes números ainda estão muito abaixo do valor encontrado no VIGITEL, 2016, para população adulta, onde mais da metade da população adulta encontra-se com excesso de peso, e destes, 18,9% são obesos¹⁶. Embora existam poucos estudos sobre dados de saúde e antropométricos de nutricionistas, possivelmente estes profissionais tendem a ser mais saudáveis que a população em geral, especialmente no que se refere ao estado nutricional e consumo alimentar.

Diante do cenário mundial de avanço da obesidade e doenças crônicas não transmissíveis, os profissionais nutricionistas têm papel importante como promotores de saúde. Assim, são considerados como uma referência em saúde e auto-cuidado para seus pacientes, sendo, portanto, esperado destes profissionais um perfil mais magro e saudável, o que pode resultar em um sentimento de estigmatização e exclusão no ambiente de trabalho daqueles nutricionistas que se encontrem obesos²³. Além disso, pensando-se na obesidade como uma doença multifatorial, é importante que o profissional nutricionista esteja preparado para lidar com todos os aspectos envolvidos no desenvolvimento desta patologia. O nutricionista deve trabalhar em um ambiente multidisciplinar, de forma a não se limitar a um conhecimento com enfoque fragmentado no momento de realizar sua conduta profissional. É preciso também que o nutricionista possa contar com um ensino que saiba aliar a prática e a teoria, promovendo um aprendizado mais efetivo, para que este profissional possa estar preparado para lidar com os desafios que envolvem a área da saúde pública²⁴.

1.4 Consumo de refrigerantes e sucos artificiais

O sistema NOVA de classificação de alimentos foi desenvolvido no Brasil, e categoriza os alimentos, de acordo como são adquiridos, em 4 grupos: alimentos não processados ou minimamente processados, ingredientes culinários, alimentos processados e alimentos ultraprocessados. Esta classificação é baseada em aspectos biológicos e físicos dos alimentos, bem como no nível de processamento químico do alimento e de seus ingredientes²⁵.

Seguindo o sistema NOVA de classificação de alimentos, sucos artificiais, assim como refrigerantes, são considerados produtos ultraprocessados, já que apresentam uma pequena parte, ou nada, de alimentos inteiros, possuindo, em sua composição, uma série de aditivos

químicos²⁶. Refrigerantes e sucos artificiais, mesmo sendo considerados saborosos, costumam apresentar uma alta densidade calórica e baixa qualidade nutricional. Além disso, alguns sucos artificiais podem ser considerados saudáveis, equivocadamente²⁷. Sendo assim, estas bebidas não são consideradas boas fontes de hidratação, por também serem ricas em açúcares. Desta forma, o Guia Alimentar para População Brasileira recomenda que o consumo de refrigerantes e sucos artificiais deva ser evitado²⁶. Já o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), 2016 categorizou um consumo igual ou superior a 5 dias por semana como consumo regular destas bebidas²⁸.

O consumo regular de refrigerantes e sucos artificiais, provavelmente inserido em uma dieta de má qualidade nutricional, está relacionado com o aumento do risco de desenvolvimento de DCNT, por estar associado ao aumento da adiposidade e ganho de peso a longo prazo, deposição de lipídios no fígado e agravo do risco cardiometabólico²⁹. Além disso, o consumo deste tipo de bebidas pode contribuir com o aumento do risco de morte ou incapacidade, especialmente por diabetes e doenças cardiovasculares³⁰.

O consumo regular de refrigerantes e sucos artificiais por indivíduos maiores de 18 anos vem reduzindo ao longo dos anos no Brasil, caindo de 30,9% em 2007 para 16,5% em 2016. Todavia, o governo federal, através das metas da Década de Ação em Nutrição almeja uma redução ainda maior, chegando a 12,5% em 2019¹⁶.

No Brasil, em 2016, a frequência do consumo de refrigerantes em cinco ou mais dias da semana foi de 16,5%, sendo mais alta entre homens (19,6%) que entre mulheres (13,9%). Em ambos os sexos, o consumo de refrigerantes, em cinco ou mais dias da semana, tendeu a diminuir com a idade, não sendo observado um padrão claro de relação à escolaridade²⁸. Um consumo maior de alimentos ultraprocessados, como sucos artificiais e refrigerantes, pode estar associado a um consumo insuficiente de hortaliças, no Brasil³¹.

1.5 Consumo de frutas e vegetais

Atualmente, aproximadamente 3 bilhões de pessoas, em todo mundo, consomem dietas de baixa qualidade nutricional, ao passo que as demandas com doenças crônicas relacionadas à dieta estão sobrecarregando os sistemas de saúde em todo o mundo. Há risco de agravamento nesta situação, nos próximos 20 anos, em função do crescimento populacional, das mudanças climáticas e da urbanização, que causam impactos diretos nos

sistemas alimentares mundiais, que hoje, estão muito focados na quantidade e não, suficientemente, na qualidade dos alimentos³².

Uma dieta saudável é aquela que protege contra todas as formas de desnutrição e também contra as DCNT³³ e, ainda, aquela que elimina a fome, é segura, promove a saúde e é produzida de forma sustentável, ou seja, sem prejudicar o meio ambiente³². Conforme *World Health Organization*, uma dieta saudável deve apresentar pouca quantidade de sal e açúcares livres, menos de 30% da energia total proveniente de gorduras e ser rica em frutas e vegetais³³.

A Organização Mundial de Saúde considera que o consumo diário de 400 gramas de frutas e vegetais seria capaz de melhorar a saúde como um todo e reduzir o risco de algumas DCNT, desde que incluído em uma alimentação saudável, pobre em gordura, sódio e açúcares³. Já no Guia Alimentar da População Brasileira de 2014, se promove que a alimentação seja baseada em alimentos *in natura* e minimamente processados. O guia oferece sugestões de cardápios e há, pelo menos, uma porção de frutas ou vegetais em cada uma das refeições apresentadas (café da manhã, almoço, jantar e pequenas refeições), diariamente²⁶. O VIGITEL, categorizou como consumo regular de frutas e vegetais, um consumo igual ou superior a 5 dias por semana¹⁶.

Há desafios para construção de ambientes promotores da alimentação saudável e, com isso, um acesso mais limitado ao consumo de frutas e vegetais, sobretudo nas áreas de baixa e média renda, onde estabelecimentos que comercializem alimentos *in natura* ou minimamente processados são menos frequentes quando comparadas a áreas de alta renda³⁴. A urbanização pode gerar uma segregação socioespacial em relação à disponibilidade de alimentos e, com isso, fica clara a necessidade de políticas públicas que valorizem a questão da Segurança Alimentar e Nutricional, como a promoção da criação de hortas urbanas, sejam elas domésticas, escolares ou comunitárias, uma vez que estas, além de consistirem em espaços promotores de alimentação saudável, também podem melhorar as conexões sociais, emocionais e culturais das populações, reconectando-as ao ciclo da vida dos alimentos³⁵.

Os benefícios do consumo de frutas e vegetais têm sido elucidados por uma série de estudos, evidenciando que, um maior consumo de frutas e vegetais, está associado a um menor risco de mortalidade por todas as causas, particularmente a mortalidade cardiovascular³⁶. Também há evidências que relacionam este consumo a uma maior proteção contra ganho de peso em adultos^{37,38,39}. Ensaios experimentais sugerem que, este efeito benéfico do consumo regular de frutas na redução do peso, tem sido relacionado ao consumo

da fruta inteira e é mediado por uma redução na ingestão total de energia. Suco de frutas, no entanto, tem apresentado um efeito oposto, promovendo ganho de peso a longo prazo³⁹. Os efeitos do consumo de frutas e vegetais na redução do peso, também podem resultar, mesmo que de forma indireta, na redução do risco de desenvolvimento do Diabetes Tipo 2, relacionado à obesidade^{37,40,41}. Há também evidências prováveis que, quanto maior o consumo de frutas e vegetais, menor o risco de se desenvolver câncer^{37,38,42}.

No Brasil, a frequência de consumo regular de frutas e hortaliças tende a aumentar com a idade e escolaridade e, conforme VIGITEL 2016, este consumo na população adulta brasileira foi de 35,2%, sendo menor em homens (28,8%) que em mulheres (40,7%)²⁸.

2 JUSTIFICATIVA

O estudo se justifica porque profissionais nutricionistas caracterizam-se como promotores de saúde e por isso, torna-se importante conhecer sua condição de saúde. Informações sobre consumo de refrigerantes, sucos artificiais, frutas e hortaliças, bem como a prevalência de obesidade são escassas nesta população. Estes três itens fazem parte das metas assumidas pelo Brasil para a Década de Ação em Nutrição, junto à Organização das Nações Unidas (ONU), entre os anos de 2016 e 2025 e profissionais nutricionistas estão entre os envolvidos na tentativa de atingir estas metas, sendo esperado deles, um perfil mais saudável que o restante da população.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Avaliar a frequência de consumo de frutas e vegetais, refrigerantes e sucos artificiais e a prevalência de obesidade em profissionais nutricionistas no Brasil.

3.2 Objetivos específicos:

- Identificar o perfil sociodemográfico e ocupacional dos profissionais nutricionistas;
- Descrever a frequência do consumo de frutas e hortaliças, bem como refrigerantes e sucos artificiais destes profissionais;
- Identificar a prevalência de obesidade nesta população;
- Relacionar variáveis sociodemográficas e perfil ocupacional desta população com consumo de sucos artificiais e refrigerantes, obesidade e consumo de frutas e hortaliças;

4 REFERÊNCIAS:

1. World Health Organization [internet]. Noncommunicable diseases [acesso em 14 set 2018]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegon M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007; 370(9603):1929–38.
3. World Health Organization [internet]. Increasing fruit and vegetable consumption to reduce the risk of noncommunicable diseases [acesso em 02 mar 2019]. Disponível em: https://www.who.int/elena/titles/fruit_vegetables_ncds/en
4. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable disease 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013. [acesso em 14 nov 2018]. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1
5. Kontis V, Mathers CD, Rehm J, Stevens GA, Shield KD, Bonita R, et al. Contribution of six risk factors to achieving the 25×25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study. *Lancet*. 2014; 384: 427–37.
6. Malta DC, França E, Abreu DMX, Perillo RD, Salmen MC, Teixeira RA, et al. Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. *Sao Paulo Med. J.* 2017; 135(3): 213-21.
7. World Health Organization. Noncommunicable disease progress monitor 2017. Geneva: World Health Organization; 2013. [acesso em 14 mai 2018]. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf;jsessionid=83A1CE164CB5BB427D0A815F00F44EDA?sequence=1>
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
9. World Health Organization [internet]. Work programme of the United Nations decade of action on nutrition (2016-2025) [acesso em 1 set 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/decade-of-action/workprogramme-2016to2025/en/>
10. World Health Organization [internet]. Brazil first country to make specific commitments in UN decade of action on nutrition. [acesso em 01 set 2017]. Disponível em: <https://www.who.int/nutrition/decade-of-action/brazil-commitment-22may2017/en/>
11. International Classification of Diseases [internet]. Overweight and obesity E66 [acesso em 18 de set 2017]. Disponível em: <https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/E00-E89/E65-E68/E66->

12. World Health Organization [internet]. Obesity and overweight [acesso em 18 dez 2018]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
13. Wanderley EN; Ferreira VA. Obesity: a plural perspective. *Cien Saude Colet*. 2010; 15(1): 185-94.
14. GBD 2015 Obesity Collaborators. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *N Engl J Med*. 2017; 377(1):13–27.
15. NCD Risk Factor Collaboration. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19,2 million participants. *The Lancet* 2016; 387(10026):1377-96.
16. Ministério da Saúde do Brasil. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2016 [internet]. VIGITEL Brasil 2016 [acesso em 2 set 2017]. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel_17-4-17-final.pdf
17. Batista Filho M, Rissim A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad Saude Publica* 2003; 19(suppl1): S181-91.
18. Brasil. Lei nº8.234, de 17 de setembro de 1991. Conselho Federal de Nutricionistas. Regulamenta a profissão de nutricionista e dá outras providências. Seção 1, Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1991.
19. Gabriel CG, Oliveira JTC, Silvz BL, Fagundes AA, Siva TC, Osoar C. Nutritionist's job market: 80 years of history. *Rev. Nutr.* 2019; 32.
20. Conselho Regional de Nutricionistas -2ª região [internet]. Definição (informações gerais).[acesso em 20 nov 2018]. Disponível em: <http://www.crn2.org.br/crn2/nutricionista/definicao-informacoes-gerais>
21. Conselho Federal de Nutricionistas [internet]. Perfil das(os) nutricionistas no Brasil [acesso em 20 nov 2018]. Disponível em: <http://pesquisa.cfn.org.br/>
22. Toral N, Gubert MB, Spaniol AM, Monteiro RA. Eating disorders and body image satisfaction among brazilian undergraduate nutrition students and dietitians. *Arch Latinoam Nutr*. 2016; 66(2):129-34.
23. Araújo KL, Pena PGL, Freitas MCS, Diez-Garcia RW. Estigma do nutricionista com obesidade no mundo do trabalho. *Rev. Nutr.* 2015; 28(6): 569-79.
24. Almeida GM, Oliveira KHD, Monteiro JS, Medeiros MAT, Recine EGIG. Educational training of nutritionists in public health nutrition: a systematic review. *Rev Nutr*. 2018; 31 (1): 97-117.
25. Monteiro AM, Cannon G, Moubarac JC, Levy RB, Louzada MLC, Jaime PC. The UN decade of nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. *Public Health Nutrition*. 2017; 21(1); 5–17.

26. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
27. Organização Pan-Americana da Saúde. Alimentos e bebidas ultraprocessados na América Latina: tendências, efeito na obesidade e implicações para políticas públicas. Brasília, DF: 2018.
28. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2016. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-brasil-2016.pdf>
29. Arsenault BJ, Lamarche B, Després JP. Targeting overconsumption of sugar-sweetened beverages vs. overall poor diet quality for cardiometabolic diseases risk prevention: place your bets! *Nutrients*. 2017; 9(6).
30. Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Lim S, Ezzati M, Mozaffarian D. Estimated global, regional, and national disease burdens related to sugar-sweetened beverage consumption in 2010. *Circulation* 2015; 132(8):639-66.
31. Canella DS, Louzada MLDC, Claro RM, Costa JC, Bandoni DH, Levy RB, Martins APB. Consumption of vegetables and their relation with ultra-processed foods in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2018; 52:50.
32. Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition. 2016. Food systems and diets: facing the challenges of the 21st century. London, UK.
33. World Health Organization [internet]. Healthy diet [acesso em 25 mai 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
34. Castro Junior PCP. Ambiente alimentar comunitário medido e percebido: descrição e associação com índice de massa corporal de adultos brasileiros [tese doutorado]. Rio de Janeiro. Fiocruz; 2018.
35. Garcia MT. Hortas urbanas e a construção de ambientes promotores da alimentação adequada e saudável [tese doutorado]. Universidade de São Paulo; 2016.
36. Wang X, Ouyang Y, Liu J, Zhu M, Zhao G, Bao W, Hu FB. Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ*. 2014; 349: g4490. Corrigido e republicado do: *BMJ*. 2014; 349: g5472.
37. Boeing H, Bechthold A, Bub A, Ellinger S, Haller D, Kroke A, et al. Critical review: vegetables and fruit in the prevention of chronic diseases. *Eur J Nutr*. 2012; 51(6): 637–63.
38. Schwingshackl L, Hoffmann G, Kalle-Uhlmann T, Arregui M, Buijsse B, Boeing H. Fruit and vegetable consumption and changes in anthropometric variables in adult populations: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *PLoS ONE*. 2015; 10(10).

39. Hebden L, O'Leary F, Rangan A, Lie ES, Hirani V, Allman-Farinelli M. Fruit consumption and adiposity status in adults: a systematic review of current evidence. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2017; 57(12):2526-40.
40. Wang P, Fang J, Gao Z, Zhang C, Xie S. Higher intake of fruits, vegetables or their fiber reduces the risk of type 2 diabetes: a meta-analysis. *J Diabetes Investig*. 2016 Jan; 7(1):56-69.
41. Li M, Fan Y, Zhang X, Hou W, Tang Z. Fruit and vegetable intake and risk of type 2 diabetes mellitus: meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ Open*. 2014; 4(11).
42. Grundy A, Poirier AE, Khandwala F, McFadden A, Friedenreich CM, Brenner DR. Cancer incidence attributable to insufficient fruit and vegetable consumption in Alberta in 2012. *CMAJ Open*. 2016;4(4):E760-67.

5 ARTIGO

PERFIL DOS PROFISSIONAIS NUTRICIONISTAS FRENTE ÀS METAS PARA DÉCADA DA AÇÃO EM NUTRIÇÃO NO BRASIL

Metas década da nutrição em nutricionistas

Letícia Botti de Souza¹, Daniele Botelho Vinholes ²

¹ Nutricionista mestranda PPG Ciências da Nutrição da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

² Doutora em Epidemiologia, professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Área de concentração: Epidemiologia

Financiamento: Não houve fontes de financiamento.

Conflito de interesses: Os autores declaram que não há conflito de interesses.

Letícia Botti de Souza participou de todas as etapas do projeto, desde sua concepção, coleta de dados, escrita e revisão do manuscrito.

Daniele Botelho Vinholes participou da concepção do projeto e revisão do manuscrito.

RESUMO

Introdução: O Brasil formalizou para Década da Ação em Nutrição da Organização das Nações Unidas o objetivo de deter o crescimento da obesidade, reduzir o consumo de bebidas açucaradas e aumentar o consumo de hortaliças e frutas, em adultos, até o ano de 2019. **Objetivo:** Avaliar a frequência do consumo de frutas, vegetais, refrigerantes/sucos artificiais e obesidade em profissionais nutricionistas no Brasil. **Metodologia:** Estudo transversal, com aplicação de um questionário, entre janeiro e abril de 2019, que incluiu perguntas sobre dados sociodemográficos, ocupacionais, de saúde e alimentar e peso e altura auto-referidos. Para as análises ajustadas foi utilizada regressão de Poisson. **Resultados:** A amostra consistiu em 284 nutricionistas, na sua quase totalidade composta por mulheres, com idade média de 33,43 anos ($\pm 8,42$). A prevalência da obesidade foi de 9,6%, a frequência de consumo de frutas e vegetais ≥ 5 dias/semana foi de 88% e do consumo de refrigerantes e sucos artificiais ≥ 5 dias/semana foi de 2,5%. Após análise ajustada, a obesidade foi associada de forma significativa a não trabalhar na área da nutrição, ter diagnóstico de HAS e colesterol ou triglicerídios elevados. Consumo < 5 dias/semana de frutas e vegetais foi associado a colesterol ou triglicerídios elevados. Consumo de refrigerantes e sucos artificiais ≥ 5 dias/semana foi associado ao sexo masculino e ao diagnóstico de diabetes. **Conclusão:** A população de nutricionistas se caracterizou como tendo um perfil mais saudável que a população em geral, estando em adequação com as metas para Década da Ação em Nutrição.

Palavras-chave: Nutricionistas. Bebidas gaseificadas. Verduras. Frutas. Obesidade.

ABSTRACT

Introduction: Brazil has formalized the Decade of Action on Nutrition of United Nations committing to the goals of halting the growth of obesity, reduce the consumption of soft drinks and increase the consumption of vegetables and fruits in adults until 2019. Objective: Evaluate the frequency of consumption of fruits, vegetables, soft drinks, artificial juices and obesity among nutritionist professionals within Brazil. Methodology: Cross-sectional study with application of a questionnaire between January and April 2019, which included questions about sociodemographic, occupational, health and food data and self-reported weight and height. Poisson regression has been used for the adjusted analyzes. Results: The sample consisted of 284 nutritionists, almost all composed of women, with an average age of 33.43 years (\pm 8.42). The prevalence of obesity was 9.6%, the frequency of consumption of fruits and vegetables ≥ 5 days / week was 88% and the consumption of soft drinks and artificial juices ≥ 5 days / week was 2.5%. After adjusted analysis, obesity was significantly associated with not working in nutrition, being diagnosed with hypertension and high cholesterol or triglycerides. Fruits and vegetables consumption < 5 days / week was associated with high cholesterol or triglycerides. Soft drinks and artificial juices consumption ≥ 5 days / week was associated with male gender and diabetes diagnosis. Conclusion: The population of nutritionists was characterized as having a healthier profile than the general population, being in line with the goals for Decade of Action on Nutrition.

Keywords: Nutritionists. Carbonated drinks. Vegetables. Fruits Obesity.

INTRODUÇÃO

O avanço global da obesidade e das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), entre outras razões, levou a Organização das Nações Unidas a proclamar, em 2016, o período entre os anos de 2016 e 2025 como Década para Ação em Nutrição, sendo o Brasil, o primeiro país a se comprometer com metas para este período¹. O país formalizou o objetivo de deter o crescimento da obesidade, reduzir em 30% o consumo de sucos artificiais e refrigerantes e aumentar em 17,8% o consumo regular de hortaliças e frutas, em maiores de 18 anos, até o ano de 2019². A importância de se buscar alternativas para concretizar estas metas é urgente, uma vez que, conforme uma revisão sistemática, os números da obesidade triplicaram entre os homens e dobraram entre as mulheres, entre os anos de 1975 e 2014, concluindo, que, se esta tendência continuar, a chance de se deter o crescimento da obesidade até 2025, será nula³. No Brasil, a mesma tendência se confirma, já que o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizado no ano de 2016, evidenciou um aumento de 60% na prevalência da obesidade na população adulta, entre os anos de 2006 e 2016⁴.

A obesidade, que está registrada, com o código E66, na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) e, definida como uma condição de saúde marcada por uma quantidade anormalmente alta e insalubre de gordura corporal, com Índice de Massa Corporal superior a 30 kg/m², é fator risco para doenças como diabetes, doenças cardíacas, acidentes vasculares cerebrais, artrite e alguns tipos de câncer⁵. A obesidade, também é caracterizada por uma patologia de origem multifatorial, não podendo ser determinada apenas por seu caráter biológico. Assim, ao se pensar em prevenção e tratamento desta doença é necessário que se observe todos os aspectos envolvidos nesta patologia, tais como: fatores históricos, ecológicos, genéticos, metabólicos, socioculturais, psíquicos e relacionados ao estilo de vida⁶.

Entre as medidas para deter a obesidade, está o seguimento de uma alimentação saudável, e para tal, o Guia Alimentar da População Brasileira orienta que o consumo de produtos ultraprocessados, tais como sucos artificiais e refrigerantes deva ser evitado, e, por estas bebidas serem ricas em aditivos e açúcares, as mesmas não são consideradas boas fontes de hidratação⁷. O consumo regular destas bebidas está relacionado com o risco de desenvolvimento de DCNT, por estar associado ao aumento da adiposidade e ganho de peso a longo prazo, deposição de lipídios no fígado e agravamento do risco cardiometabólico⁸. O consumo

regular de refrigerantes e sucos artificiais por indivíduos maiores de 18 anos vem reduzindo ao longo dos anos no Brasil, caindo de 30,9% em 2007 para 16,5% em 2016⁴. Em contraponto, o consumo regular de frutas e hortaliças em sua forma *in natura*, está entre as orientações para uma alimentação saudável pelo Guia Alimentar para População Brasileira⁷ e tem sido relacionado à redução do risco de hipertensão, doenças cardiovasculares^{9,10} e acidente vascular cerebral⁹, além de evidências que relacionam este consumo a uma maior proteção contra ganho de peso^{9,10}. Com isto, há redução, mesmo que de forma indireta, também no risco de desenvolvimento do Diabetes Tipo 2, relacionado à obesidade^{9,11,12}. Também há evidências prováveis de que, quanto maior o consumo de frutas e vegetais, menor o risco de desenvolvimento de câncer^{9,10,13}.

Os profissionais da área de nutrição estão diretamente envolvidos na prevenção e tratamento de DCNT e na promoção de uma alimentação saudável e, portanto, teriam um maior conhecimento sobre o assunto. Além disso, estudos que investiguem características referentes à saúde, especificamente destes profissionais, são escassos, sobretudo no Brasil. Assim, este estudo tem como objetivo avaliar a frequência de consumo de frutas e vegetais, refrigerantes e sucos artificiais e a prevalência de obesidade e fatores associados em profissionais nutricionistas no Brasil.

METODOLOGIA

A pesquisa foi baseada em um estudo transversal, tendo como população-alvo profissionais nutricionistas, cadastrados nos respectivos Conselhos regulatórios da área, no Brasil. Os critérios de inclusão foram: ser graduado (a) em Nutrição, residir no Brasil e possuir cadastro em algum Conselho Regional de Nutricionistas do país.

O cálculo de tamanho de amostra foi realizado no programa WinPepi versão 11.65, utilizando um poder de 80%, a referência de uma prevalência das metas da Década de Nutrição de 50%, com um nível de significância de 95% e com uma diferença aceitável de 5 pontos percentuais. A referência de 50% foi utilizada em função da ausência de dados diretos sobre estas informações, sendo considerado 50%, para que assim fosse obtido o maior número de amostra possível. Além disso, considerou-se o total de aproximadamente 131.000 profissionais cadastrados no Conselho Federal de Nutricionistas até julho de 2018. O total calculado foi de 98, acrescido de 20% para ajuste de possíveis fatores de confusão, totalizando assim uma amostra necessária de 140 nutricionistas.

Os profissionais nutricionistas foram convidados a participar da pesquisa *on line* que foi amplamente divulgada e teve seu questionário disponibilizado em redes sociais pessoais, em grupos virtuais voltados para nutricionistas e em redes institucionais, vinculadas aos Conselhos Regionais de Nutrição, Universidades e Associações. A elaboração do questionário *on line* e o armazenamento dos dados foram realizados no *software REDcap* (Research Electronic Data Capture). Ao final da elaboração do questionário, o *software* gerou um *link* para acesso ao questionário, que foi utilizado na divulgação da pesquisa e do instrumento. Através deste *link*, os participantes acessaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, após concordarem em participar, tinham acesso ao questionário. A coleta de dados ocorreu entre janeiro e abril de 2019.

O questionário utilizado incluiu variáveis sociodemográficas, sobre alimentação, estilo de vida, dados antropométricos e dados ocupacionais na área da Nutrição. Os dados sociodemográficos incluíram região de residência, sexo, idade (em anos completos), cor autorreferida (branca/não branca), situação conjugal (com ou sem companheiro). As variáveis ocupacionais incluíram perguntas sobre área de atuação em Nutrição, nível de aperfeiçoamento e tempo de formado.

Em relação à alimentação foram coletados dados referentes ao consumo de alguns alimentos, incluindo refrigerantes, sucos artificiais, vegetais e frutas. Foi considerado como consumo regular de frutas e vegetais, refrigerantes e sucos artificiais, um consumo em cinco ou mais dias por semana, conforme também categorizado pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2016 (VIGITEL)⁴.

Dados sobre estilo de vida incluíram histórico de doenças (hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e colesterol e triglicéridos elevados). Tabagismo e o nível de atividade física também foram avaliados. Foram considerados tabagistas, profissionais que atualmente fumavam. O nível de atividade física foi medido através do questionário *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), em sua versão curta¹⁴, inserido entre as perguntas do questionário. Peso (em kg) e altura (em metros) foram autorreferidos, por se tratar de um instrumento *on line*. Estes dados foram utilizados para calcular o Índice de Massa Corporal (IMC), a partir do peso, em quilos, dividido pelo quadrado da altura, em metros. Foram considerados obesos os profissionais com $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ e não obesos aqueles com $IMC < 30 \text{ kg/m}^2$ ¹⁵.

As análises estatísticas foram realizadas no programa estatístico *IBM SPSS* versão 25.0. A análise descritiva consistiu de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e média e desvio padrão para variáveis numéricas. Para o cálculo das razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança e análise ajustada foi utilizada a Regressão de Poisson com estimador robusto. A análise ajustada baseou-se em um modelo hierarquizado para a introdução dos fatores de confusão na análise (figura 1). A identificação destes fatores de confusão foi baseada em dados da literatura. As variáveis foram incluídas no modelo de acordo com a hierarquização e mantidas apenas as que apresentaram valor $p < 0,20$.

[FIGURA 1]

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Ciências da Saúde (UFCSPA), sob o número 02087018.9.0000.5345, e seguiu todas as premissas éticas, de acordo com a resolução 466/2012¹⁶, preservando o sujeito de pesquisa em relação às questões éticas. Todos os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de acessar o questionário. O TCLE apresentou todas as informações sobre o estudo, além da garantia do anonimato nas respostas e a possibilidade de se retirar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo algum.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 284 profissionais nutricionistas. Os questionários não assinados, incompletos e aqueles em que o participante não completou informações sobre sua inscrição em algum CRN ou referiu não ser inscrito, foram excluídos. Esta escolha visou tentar garantir que todos os respondentes fossem realmente profissionais nutricionistas.

A tabela 1 apresenta a descrição da amostra quanto a dados sociodemográficos, ocupacionais e de saúde. Os profissionais nutricionistas deste estudo foram predominantemente do sexo feminino (94,4%), com idade média de 33,43 anos ($DP \pm 8,42$), se declararam de cor branca (71,5%), referiram viver com companheiro(a) (56,2%), residentes na região sul (40,5%) e sudeste (40,5%) do Brasil. Dados ocupacionais mostraram que 90,5% trabalhavam na área da Nutrição, 77,1% possuíam algum tipo de pós graduação e 39,1% completaram a graduação entre os anos de 2014-2019. A prevalência de profissionais

nutricionistas com colesterol ou triglicerídios elevados, hipertensão arterial e diabetes foram respectivamente, 19,9%, 6,8% e 1,8%. A prevalência de tabagismo foi baixa (1,8%) e mais da metade dos profissionais declarou praticar atividade física mais de 5 dias por semana (61,6%).

[TABELA 1]

A prevalência da obesidade nesta população foi de 9,6%, a frequência do consumo de refrigerantes e sucos artificiais em 5 dias ou mais na semana foi de 2,5% e a frequência do consumo de frutas e vegetais em 5 dias ou mais na semana foi de 88%.

A tabela 2 apresenta os resultados da análise ajustada. As variáveis associadas à obesidade que apresentaram associações estatisticamente significativas foram: não trabalhar na área da nutrição, ter diagnóstico de hipertensão (HAS) e colesterol ou triglicerídios elevados. A prevalência da obesidade foi 3,23 maior entre aqueles que não trabalhavam na área da nutrição em relação aos que trabalhavam (IC95%1,45-7,19), 3,73 vezes maior entre hipertensos em relação aqueles sem diagnóstico de HAS (IC95%1,48-9,40), 2,23 maior entre aqueles com diagnóstico de colesterol ou triglicerídios elevados em relação aqueles que não apresentavam este diagnóstico (IC95%1,02-4,87) e 4,92 vezes maior entre tabagistas, em relação aos não tabagistas (IC95%2,23-10,86).

Em relação ao consumo de frutas e vegetais, a única variável que se manteve associada ao consumo inferior a 5 dias por semana de frutas e vegetais, após o ajuste, foi possuir diagnóstico de colesterol ou triglicerídios elevados. A prevalência de um consumo de frutas e vegetais inferior a 5 dias na semana foi 2,25 vezes maior entre aqueles com diagnóstico de colesterol ou triglicerídios elevados em relação aqueles que não apresentavam este diagnóstico (IC95%1,16-4,37).

As duas variáveis que apresentaram associação significativa com consumo regular de refrigerantes e sucos artificiais em 5 ou mais dias, por semana foram: possuir diagnóstico de DM e ser do sexo masculino. A prevalência do consumo de refrigerantes e sucos artificiais ≥ 5 dias/sem, entre profissionais nutricionistas foi 40 vezes maior entre diabéticos em relação aqueles sem o diagnóstico de diabetes (IC95% 9,00-177,77) e 12,31 vezes maior entre nutricionistas do sexo masculino em relação aos nutricionistas do sexo feminino (IC95% 2,25-67,37). Todavia, pode-se observar um intervalo de confiança bastante largo, com uma

variância alta, possivelmente em função do número pequeno de participantes do sexo masculino.

[TABELA 2]

DISCUSSÃO

A prevalência de obesidade em profissionais nutricionistas, neste estudo, foi de 9,6%. Já em outro estudo transversal, com 318 nutricionistas, a prevalência de obesidade entre estes profissionais ficou em 6,3%¹⁷. Porém em um estudo com 238 profissionais de saúde no Brasil, sendo a maioria da área da nutrição, esta prevalência da obesidade, foi de 3,5%, quase três vezes menor que a encontrada no presente estudo¹⁸, enquanto em outro estudo com 340 profissionais de ambulatórios em Pelotas, no sul do Brasil, incluindo nutricionistas, esta prevalência foi de 11,8%¹⁹. Todos os valores encontrados na literatura para prevalência da obesidade em nutricionistas e trabalhadores da área da saúde, apesar de discrepantes, ficaram bem abaixo da prevalência encontrada na população brasileira acima de 18 anos, que chegou, em 2016, a 18,9%⁴, sendo quase o dobro da prevalência de obesidade encontrada em nutricionistas, no presente estudo.

No presente estudo, o fato de não trabalhar como nutricionista, ser hipertenso, tabagista e apresentar diagnóstico de colesterol ou triglicerídios elevados se mostraram como características associadas como fatores de risco para obesidade. Por ser um estudo de delineamento transversal, não há como estabelecer relações causais entre obesidade e estas variáveis. Contudo, há evidências na literatura que identificam a obesidade como fator de risco para hipertensão arterial²⁰ e dislipidemia²¹ e não o contrário. Assim, este fato pode ocorrer por este estudo estar propenso à causalidade reversa. Não trabalhar como nutricionista pode estar associado à obesidade, talvez pelo fato de que as pessoas que trabalham na área, possam possuir um maior conhecimento e se manterem atualizadas quanto às formas de prevenir a obesidade, ou pela auto-cobrança por um tipo físico mais magro para que possam ser uma referência em saúde e auto-cuidado para o público atendido, visto que é possível que nutricionistas, atuantes na área, que apresentem obesidade, possam se sentir estigmatizados e excluídos por estarem obesos²². Também é possível que nutricionistas, que trabalham na área e estejam com obesidade, não tenham tido interesse em participar desta pesquisa. Quanto ao tabagismo ser fator de risco para obesidade, há poucas evidências, mas um estudo indicou que um maior Índice de Massa Corporal está associado com iniciação do hábito de fumar em

idades mais jovens e que há associação entre uma maior intensidade no hábito de fumar entre obesos²³.

A presente pesquisa encontrou uma prevalência de consumo de refrigerantes e sucos artificiais ≥ 5 dias/semana, de 2,5% em profissionais nutricionistas. Já o estudo com profissionais de saúde de ambulatorios encontrou uma prevalência de 15,9% de consumo destas bebidas de 4 a 6 dias/semana, todavia, este valor pode estar superior ao encontrado neste estudo por incluir, também na categorização, o consumo de doces¹⁹. Na população adulta brasileira, o consumo de refrigerantes e sucos artificiais ≥ 5 dias/semana, este número sobe para 16,5%²⁴.

Neste estudo, ser do sexo masculino e possuir diagnóstico de diabetes, foram características associadas significativamente com consumo de refrigerantes e sucos artificiais ≥ 5 dias/semana. Conforme VIGITEL 2016, na população adulta, também se observou um maior consumo destas bebidas por homens²⁴. A relação do consumo elevado de bebidas açucaradas com o risco de diabetes não está clara, tendo em vista a heterogeneidade entre estudos. Alguns estudos indicam associação, porém referem que o consumo elevado destas bebidas precisaria estar vinculado a um estilo de vida não-saudável, tendo o IMC como fator de interferência nos resultados²⁵. Mesmo em estudos que avaliam esta relação, incluindo ajuste para o IMC, ainda há alta heterogeneidade, sendo preciso ter cautela para afirmar que o consumo isolado destas bebidas, mesmo em pessoas obesas, possa ocasionar diabetes²⁶.

O presente estudo encontrou uma prevalência de 88% de consumo de frutas e vegetais ≥ 5 dias/semana. Na população adulta brasileira em geral, este número foi inferior à metade encontrada em nossa amostra de nutricionistas, sendo de 35,2%²⁴. Estudos que avaliem consumo alimentar de profissionais da área da saúde, concentram-se em outros países, onde a cultura alimentar é diferente da brasileira, tornando difícil a comparação. No Brasil, os estudos sobre hábitos alimentares destes profissionais, são voltados a funcionários de hospitais, comparando turnos de trabalho, o que também restringe a comparação com o atual estudo por caracterizar uma população muito específica.

O diagnóstico de colesterol ou triglicerídeos elevados nestes profissionais foi associado significativamente ao consumo ≥ 5 dias/semana de frutas e vegetais, no presente estudo. A associação entre o baixo consumo de frutas e vegetais e dislipidemia é bastante conhecida na literatura científica, tanto que o consumo de porções modestas destes alimentos

está entre as diretrizes da Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose de 2017²¹. Todavia, estudos também indicam que um aumento no consumo de frutas e vegetais não diminui o colesterol sanguíneo⁹. Esta associação pode indicar que os profissionais com colesterol ou triglicerídios elevados possam ter uma dieta com baixa qualidade nutricional, talvez com um consumo maior de gorduras e açúcares.

Na comparação entre o presente estudo e demais estudos com populações similares a de nutricionistas, observa-se um perfil saudável, porém com frequências de obesidade e consumo regular de frutas, vegetais, sucos artificiais e refrigerantes discrepantes destes profissionais em relação a outros trabalhadores da área da saúde. Os profissionais nutricionistas diferem também do restante da população, alcançando prevalências de obesidade e consumo regular de refrigerantes e sucos artificiais inferior e consumo regular de frutas e vegetais superior à população em geral. Neste estudo é possível que os profissionais nutricionistas estejam mais saudáveis em função da idade, já que a maioria dos participantes são mais jovens, com menos de 35 anos de idade. Conforme VIGITEL, 2016, a hipertensão praticamente teve sua frequência dobrada a partir dos 35 anos, enquanto o diagnóstico de diabetes quase triplicou. Uma maior frequência de tabagistas também é encontrada em idades superiores a 45 anos²⁴. Populações mais jovens podem apresentar uma menor prevalência de obesidade, já que idade superior a 50 anos tem se mostrado como fator de risco para esta condição de saúde²⁷. A média de idade da população deste estudo foi de 33,43 anos (DP ± 8,42), o que pode favorecer também um consumo maior de frutas e vegetais, já que, o consumo regular destes alimentos tende a aumentar com a idade²⁴, já sendo observado uma tendência de aumento na qualidade da dieta, a partir dos 30 anos de idade²⁸.

Nas análises é possível observar que a variável obesidade, possui uma quantidade maior de variáveis associadas, que podem trazer uma ideia do perfil de nutricionistas com este desfecho. Todavia, ao observar as variáveis relacionadas ao consumo alimentar, mesmo em se tratando de questões ligadas a comportamento, há poucas associações que possam explicá-las.

As limitações do estudo dizem respeito à forma de seleção, que se deu por conveniência, o que pode atrair uma população com características específicas e similares entre si e estas características podem estar relacionadas aos desfechos investigados e resultar em uma sobre-representação de algumas variáveis, como, por exemplo, superestimar a eutrofia e um consumo alimentar mais saudável. Também é possível que os profissionais nutricionistas que participaram voluntariamente do estudo, sejam muito diferentes daqueles

que não participaram. A forma como as informações foram coletadas pode gerar alguma interpretação errônea pelo participante, de algum tipo de questão, todavia não é o esperado, tendo em vista a simplicidade e objetividade das questões e o nível de escolaridade exigido para participação no estudo. Além disso, questionários *on line* têm sido bastante utilizados como instrumentos de coleta de dados pelo alcance de divulgação, sendo que amostragem por conveniência e dados baseados em autorrelato são inerentes a este tipo de instrumento.

Há uma grande dificuldade em associar um único alimento a alguma condição de saúde, visto que há muitos fatores que podem estar envolvidos, como a qualidade da dieta como um todo. Assim a dificuldade em isolar um alimento do restante da dieta para observar seus efeitos individuais sobre a saúde pode também ser um limitador em muitos estudos.

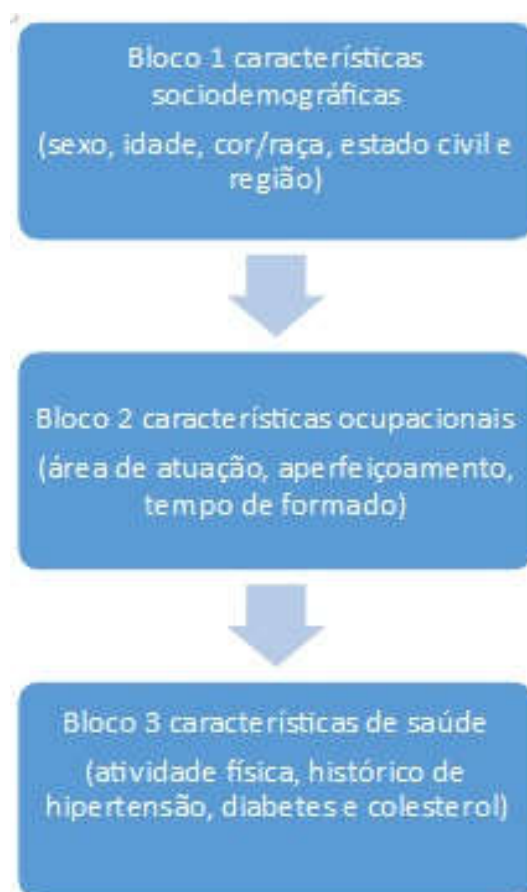
Pode-se dizer que, com este estudo foi possível conhecer a prevalência da obesidade, do consumo regular de frutas, vegetais e sucos artificiais, nesta população de nutricionistas e que estas frequências caracterizaram a população de estudo como uma população com perfil mais saudável que a população em geral, estando em adequação com as metas para Década da Ação em Nutrição. Este fato reforça a importância destes profissionais como referência no auxílio à população brasileira para que alcance as metas, pactuadas entre o Brasil e a ONU, a curto e a longo prazo.

TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas, ocupacionais e de saúde de profissionais nutricionistas do Brasil, 2019.

Variáveis	N(%) ou Média(DP)
Dados sociodemográficos	
Sexo feminino	268 (94,4)
Idade	33,4 (8,4)
Cor declarada	
Branca	203 (71,5)
Não branca	81 (28,5)
Situação conjugal	
Sem companheiro	123 (43,8)
Com companheiro	158 (56,2)
Região onde reside	
Norte	17 (6,1)
Nordeste	18 (6,5)
Centro oeste	18 (6,5)
Sudeste	113 (40,5)
Sul	113 (40,5)
Dados ocupacionais	
Área de atuação	
Nutrição	257 (90,5)
Outras áreas	27 (9,5)
Aperfeiçoamento na área	
Graduação	65 (22,9)
Pós-graduação	219 (77,1)
Tempo de formado	
Até 2008	90 (31,7)
2009-2013	83 (29,2)
2014-2019	111 (39,1)
Dados de saúde	
Atividade física	
Sedentário	109 (38,4)
Ativo (5x semana ou mais)	175 (61,6)
Colesterol e triglicerídeos elevados	55 (19,9)
Hipertensão Arterial	19 (6,8)
Diabetes	5 (1,8)
Tabagismo	5 (1,8)

Figura 1: Modelo hierarquizado para análise ajustada – avaliação da situação das três metas pactuadas pelo Brasil, 2019.



Fonte: as autoras, 2019

Tabela 2: Análise ajustada para variáveis associadas ao não cumprimento das metas assumidas pelo Brasil para 2019, de acordo com modelo hierarquizado:

Variável	Razão de prevalência	IC 95%	Valor p
Obesidade			
Idade	1,03	0,99-1,06	0,14
Não trabalhar na nutrição	3,23	1,45-7,19	0,004
Sedentarismo	1,90	0,92-3,93	0,08
HAS	3,73	1,48-9,40	0,005
Colesterol ou triglicerídios elevados	2,23	1,02-4,87	0,05
Tabagismo	4,92	2,23-10,86	<0,001
Consumo < 5 dias/semana de frutas e vegetais			
Sedentarismo	1,84	0,94-3,60	0,08
Colesterol ou triglicerídios elevados	2,25	1,16-4,37	0,02
Consumo ≥ 5 dias/semana de refrigerantes			
Sexo masculino	12,31	2,25-67,37	0,004
DM	40,00	9,00-177,77	<0,001

Modelo hierarquizado para ajuste para variáveis de confusão: idade, sexo, raça/cor, estado civil, região onde reside, área de atuação, nível de aperfeiçoamento profissional, tempo de formado, atividade física, histórico de colesterol e triglicerídios elevados, hipertensão arterial e diabetes.

REFERÊNCIAS:

1. World Health Organization [internet]. Work programme of the United Nations decade of action on nutrition (2016-2025) [acesso em 01 set 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/decade-of-action/workprogramme-2016to2025/en/>
2. World Health Organization [internet]. Brazil first country to make specific commitments in UN decade of action on nutrition. [acesso em 01 de 2017]. Disponível em: <https://www.who.int/nutrition/decade-of-action/brazil-commitment-22may2017/en/>
3. NCD Risk Factor Collaboration. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19,2 million participants. *The Lancet* 2016; 387(10026):1377-1396.
4. Ministério da Saúde do Brasil. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2016 [internet]. VIGITEL Brasil 2016 [acesso em 2 set 2017]. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel_17-4-17-final.pdf
5. International Classification of Diseases [internet]. Overweight and obesity E66 [acesso em 18 set 2017]. Disponível em: <https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/E00-E89/E65-E68/E66->
6. Wanderley EN; Ferreira VA. Obesity: a plural perspective. *Cien Saude Colet*. 2010; 15(1): 185-194.
7. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
8. Arsenault BJ, Lamarche B, Després JP. Targeting overconsumption of sugar-sweetened beverages vs. overall poor diet quality for cardiometabolic diseases risk prevention: place your bets! *Nutrients*. 2017; 9(6).
9. Boeing H, Bechthold A, Bub A, Ellinger S, Haller D, Kroke A, et al. Critical review: vegetables and fruit in the prevention of chronic diseases. *Eur J Nutr*. 2012; 51(6): 637–663.
10. Schwingshackl L, Hoffmann G, Kalle-Uhlmann T2, Arregui M, Buijsse B, Boeing H. Fruit and vegetable consumption and changes in anthropometric variables in adult populations: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *PLoS ONE*. 2015; 10(10).
11. Wang P, Fang J, Gao Z, Zhang C, Xie S. Higher intake of fruits, vegetables or their fiber reduces the risk of type 2 diabetes: a meta-analysis. *J Diabetes Investig*. 2016; 7(1):56-69.
12. Li M, Fan Y, Zhang X, Hou W, Tang Z. Fruit and vegetable intake and risk of type 2 diabetes mellitus: meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ Open*. 2014; 4(11).

13. Grundy A, Poirier AE, Khandwala F, McFadden A, Friedenreich CM, Brenner DR. Cancer incidence attributable to insufficient fruit and vegetable consumption in Alberta in 2012. *CMAJ Open*. 2016;4(4): E760-E767.
14. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Ativ Fis Saude*. 2001; 6(2): 5-18.
15. World Health Organization [internet]. Overweight and obesity in adults [acesso em 20 mar 2018]. Disponível em: https://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/chi_2015_67_adults_overweight.pdf
16. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 13 jun 2013.
17. Toral N, Gubert MB, Spaniol AM, Monteiro RA. Eating disorders and body image satisfaction among brazilian undergraduate nutrition students and dietitians. *Arch Latinoam Nutr*. 2016; 66(2):129-134.
18. Vidigal FC, Ribeiro AQ, Babio N, Salas-Salvadó J, Bressan J. Prevalence of metabolic syndrome and pre-metabolic syndrome in health professionals: LATINMETS Brazil study. *Diabetol Metab Syndr*. 2015;7:6.
19. Pretto ADB, Pastore CA, Assunção MCF. Comportamentos relacionados à saúde entre profissionais de ambulatórios do Sistema Único de Saúde no município de Pelotas-RS. *Epidemiol Serv Saude*. 2014; 23(4), 635-644.
20. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos brasileiros de cardiologia. 7ª diretriz brasileira de hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2016; 107 (3). Supl. 3.
21. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos brasileiros de cardiologia. Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose- 2017. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2017; 109 (2). Supl 1.
22. Araújo KL, Pena PGL, Freitas MCS, Diez-Garcia RW. Estigma do nutricionista com obesidade no mundo do trabalho. *Rev. Nutr*. 2015; 28(6): 569-579.
23. Carreras-Torres R, Johansson M, Haycock PC, Relton CL, Smith GD, Brennan P, et al. Role of obesity in smoking behaviour: mendelian randomization study in UK biobank. *BMJ*. 2018. 361: k1767.
24. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2016. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016*. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-brasil-2016.pdf>
25. Greenwood DC, Threapleton DE, Evans CE, Cleghorn CL, Nykjaer C, Woodhead C, et al. Association between sugar-sweetened and artificially sweetened soft drinks and type 2 diabetes: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Br J Nutr*. 2014; 112(5):725-34.

26. Malik VS, Popkin BM, Bray GA, Depres JP, Willett WC, Hu FB. Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2010; 33 (1): 2477-2483.
27. Ferreira APS, Szwarcwald CL, Damacena GN. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2019; 22.
28. Loureiro AS, Silva RMVG, Rodrigues PRM, Pereira RA, Wendpap LL, Ferreira MG. Diet quality in a sample of adults from Cuiabá (MT), Brazil: association with sociodemographic factors. *Rev Nutr*. 2013; 26 (4): 431-441.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As metas traçadas pelo Brasil para o período denominado Década da Ação em Nutrição, se mostram difíceis de alcançar, sobretudo no que diz respeito a deter o crescimento da obesidade em tão pouco tempo, na população brasileira, visto que projeções indicam que não será possível deter a obesidade até 2025, se medidas globais não forem realizadas para controlar seus fatores de risco. Este estudo objetivou conhecer a prevalência da obesidade e a frequência do consumo regular de frutas e vegetais que fazem parte das metas assumidas pelo Brasil, em uma população de profissionais nutricionistas, porque estes profissionais estão envolvidos na prevenção e tratamento da obesidade e promoção de hábitos alimentares saudáveis, e, por isso, lhes é idealizado um perfil mais saudável que a população em geral.

Assim, pode-se dizer que o presente estudo, mesmo diante de limitações inerentes ao seu delineamento e instrumento de coleta de dados, pôde responder os objetivos propostos na pesquisa. Estes profissionais, de fato, apresentaram um perfil mais saudável em relação à população em geral. O fato de estar trabalhando na área da Nutrição foi associado como fator de proteção para obesidade, o que indica que os profissionais nutricionistas, atuantes na área, podem auxiliar a população em geral a atingir as metas para Década da Ação em Nutrição.

Estudar determinados alimentos e sua ação sobre a saúde das populações é um grande desafio. Com este estudo pôde-se observar o consumo atual de refrigerantes, sucos artificiais, vegetais e frutas nestes profissionais, mas há necessidade de outros tipos de delineamento para observar se este consumo, de fato é habitual. Dada a escassez de estudos referentes aos hábitos alimentares de nutricionistas no Brasil, este estudo vem a apresentar dados para agregar a novas pesquisas mais detalhadas sobre a alimentação, estado nutricional e saúde destes profissionais.

7 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Avaliação sobre a situação das metas da Década de Ação em Nutrição em profissionais nutricionistas no Brasil”. Este projeto está sendo desenvolvido pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, tendo como pesquisadora responsável da prof^ª Dr^ª Daniele Vinholes. Esta pesquisa possui como principal objetivo, avaliar a situação das metas assumidas pelo Brasil, junto à Organização das Nações Unidas para Década da Ação em Nutrição em profissionais nutricionistas no Brasil. Estas metas, traçadas para serem alcançadas ainda em 2019, consistem em reduzir o consumo de refrigerantes e sucos artificiais, aumentar o consumo de frutas e vegetais e deter o crescimento da obesidade na população adulta do Brasil. A população-alvo foi escolhida por estar diretamente envolvida na busca em atingir estas metas. Assim as perguntas do questionário serão relacionadas à alimentação, atividade física, saúde e estilo de vida destes profissionais. Os dados serão coletados através de um questionário elaborado especificamente para esta pesquisa. O questionário poderá ser impresso, caso sinta necessidade de uma via física deste instrumento. O tempo de preenchimento do questionário é de aproximadamente 10 minutos. Os riscos da pesquisa serão mínimos, pois ela só consiste em responder a um formulário, e poderão incluir desconforto ou cansaço em responder o questionário. Além disso, os riscos mínimos comprovadamente decorrentes da pesquisa, serão de responsabilidade dos pesquisadores. É importante que você esclareça todas as suas dúvidas antes de participar da pesquisa. As dúvidas podem ser sanadas através do e-mail disponibilizado abaixo. As informações fornecidas por você serão tratadas como confidenciais, de forma que você não será identificado (a) em nenhum momento. Caso você mude de ideia, seus dados podem ser retirados da pesquisa a qualquer momento, sem aplicação de penalidade. Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados apenas para fins da pesquisa, não sendo utilizados para qualquer outro fim. O benefício em participar, será a oportunidade de conhecer a prevalência destes fatores em profissionais nutricionistas e, futuramente ser possível propor intervenções com objetivo de prevenir a obesidade e promover uma vida saudável, entre estes profissionais.

Eu, (participante) fui informado(a) do objetivo da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito da pesquisa e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar. Caso tiver novas perguntas sobre esta

pesquisa, posso entrar em contato com a pesquisadora responsável da UFCSPA, Daniele Botelho Vinholes, pelo e-mail danielebv@ufcspa.edu.br. Fui certificado(a) de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, face a estas informações.

Nome do Participante: _____ Assinatura: _____

Pesquisador responsável: Daniele Botelho Vinholes Assinatura: _____

Comitê de Ética em Pesquisa – Universidade Federal de Ciências da Saúde

Rua Sarmiento leite, 245 – Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP 90050-170

Telefone: (51) 3303-8804.