Padrões Alimentares e Hábitos Saudáveis ao Longo da Vida

Dietary Patterns and Healthy Habits Along the Life Course

Lucia Campos Pellanda

Universidade Federal de Ciências da Saude de Porto Alegre - Saúde Coletiva, Porto Alegre, RS – Brasil
Instituto de Cardiologia / Fundação Universitária de Cardiologia (IC/FUC), Porto Alegre, RS – Brasil
Minieditorial referente ao artigo: Associação dos Padrões Alimentares com Excesso de Peso e Adiposidade Corporal em Crianças Brasileiras: Estudo Pase-Brasil

A infância representa uma janela crítica ao longo da vida para o estabelecimento de padrões alimentares e outros hábitos saudáveis. Nas últimas décadas, esses hábitos vêm mudando significativamente, e a obesidade infantil tornou-se um problema crescente de saúde pública, com muitas consequências clínicas.[1-3]

Para abordar essas questões, é de suma importância entender os padrões alimentares e sua relação com as medidas corporais, como Rocha et al. propõem no artigo "Associação dos Padrões Alimentares com Excesso de Peso e Adiposidade Corporal em Crianças Brasileiras: Estudo Pase-Brasil".[4] Os autores identificaram cinco padrões diferentes, incluindo o "tradicional brasileiro", "não saudável", "*fast-food* / lanches", "processados" e "saudáveis".

O estudo dos padrões alimentares é extremamente complexo como todos os fatores comportamentais que contribuem para a doenças crônicas multifatoriais. Eles podem ser influenciados por e estarem sujeitos a muitos fatores de confusão e interações, especialmente com os padrões de atividade física, padrões culturais, variáveis socioeconômicas, gênero, urbanização, práticas alimentares, estilos parentais e outras variáveis psicológicas.

Os autores controlaram algumas variáveis importantes, como comportamento sedentário e índice de massa corporal materna. É digno de nota que quase 75% das crianças apresentaram comportamento sedentário e quase 60% das mães apresentaram excesso de peso; portanto, as interações de todas essas variáveis devem ser cuidadosamente consideradas. Todas essas complexidades e dificuldades na análise dos padrões alimentares na infância tornam este estudo mais valioso, e a discussão deve avançar ainda mais para incluir outras variáveis importantes.

As cinco categorias propostas no estudo são úteis para fins de estudos epidemiológicos, mas é preciso ter muito cuidado ao transpor essas categorias para recomendações clínicas. É importante ressaltar que há um espectro de hábitos saudáveis a não-saudáveis; portanto, nomear um desses padrões como saudável, e outros como não-saudáveis pode não ser tão útil clinicamente, quando eles são mais complexos e compostos por alimentos saudáveis e não-saudáveis em diferentes proporções.

Palavras-chave

Dieta Saudável; Dieta Ocidental; Comportamento de Redução de Risco; Aculturação; Exercício; Classe Social; Múltiplas Afecções Crônicas.

Correspondência: Lucia Campos Pellanda •
UFCSPA Av. Sarmento Leite, 245. CEP 90050-170, Porto Alegre, RS – Brasil
E-mail: pellanda@ufcspa.edu.br

DOI: 10.5935/abc.20190127

O padrão tradicional brasileiro, por exemplo, é considerado saudável pelas diretrizes dietéticas brasileiras.[5] Embora o padrão tradicional possa não ser o ideal, com um alto consumo de sal e açúcar, os resultados do presente artigo mostram que quanto menos este padrão é consumido, maior é a prevalência de excesso de peso.

Isso é muito interessante e contribui para o conhecimento que já acumulamos sobre padrões alimentares tradicionais brasileiros e outros padrões latino-americanos. Embora por muitas décadas esses padrões tenham sido ignorados e, às vezes, considerados não-saudáveis, mais recentemente foram relacionados a baixos índices de obesidade e doenças crônicas.[6] É claro que muitas outras mudanças no estilo de vida aconteceram simultaneamente, mas é muito importante considerar a relação entre a interpretação de achados anteriores e a comercialização de alimentos processados nesses países, com possíveis conflitos de interesse em pesquisas financiadas pela indústria. Há algumas décadas, a amamentação era considerada alimentação insuficiente para recém-nascidos e as fórmulas artificiais eram comercializadas para pediatras e famílias como as opções mais saudáveis.[7,8] O mesmo pode ter acontecido com padrões alimentares tradicionais que são culturalmente aceitos ao serem gradualmente substituídos por alternativas processadas "modernas".

De acordo com as diretrizes brasileiras, o padrão mais deletério é aquele que inclui principalmente alimentos ultraprocessados. Isso parece estar de acordo com os resultados encontrados no presente estudo, onde o grupo com maior prevalência de obesidade foi o "grupo industrializado".

Para aumentar a complexidade, o padrão "não-saudável" contém alimentos que são saudáveis e recomendados para essa faixa etária, como os autores descrevem muito bem, como o leite, mas em sua maioria em preparações não-saudáveis.

É muito importante começar a discutir esses padrões com mais detalhes para alcançar uma melhor padronização, permitindo comparações internacionais e um maior entendimento das relações entre esses padrões e outros hábitos saudáveis. Uma recente revisão sistemática apontou a dificuldade de padronização e a necessidade de uma ferramenta em comum para avaliar a ingestão alimentar.[9]

Devido às características multifatoriais da obesidade infantil, intervenções abrangentes que incluam programas de educação nutricional e atividade física são necessárias em abordagens multidisciplinares. As evidências estão em constante evolução e as diretrizes estão mudando em relação às variáveis quantitativas e qualitativas, como certos tipos de alimentos ou intensidade da atividade física. Os melhores resultados são obtidos quando vários atores e cenários estão envolvidos, incluindo a família, a escola, grupos, mídias sociais e profissionais e serviços de saúde.[10]

Referências

1. Pires A, Martins P, Pereira AM, Silva PV, Marinho J, Marques M, et al. Insulin resistance, dyslipidemia and cardiovascular changes in a group of obese children. Arq Bras Cardiol. 2015;104(4):266-73.
2. Moraes LI, Nicola TC, Jesus JS, Alves ER, Giovaninni NP, Marcato DG, et al. High blood pressure in children and its correlation with three definitions of obesity in childhood. Arq Bras Cardiol. 2014;102(2):175-80.
3. Ferreira AP, Ferreira CB, Brito CJ, Pitanga FJ, Moraes CF, Naves LA, et al. Prediction of metabolic syndrome in children through anthropometric indicators. Arq Bras Cardiol. 2011;96(2):121-5.
4. Rocha N, Milagres LC, Filgueiras MR, Suhett LG, Silva MA, Albuquerque FM, et al. Associação dos Padrões Alimentares com Excesso de Peso e Adiposidade Corporal em Crianças Brasileiras: Estudo Pase-Brasil. Arq Bras Cardiol. 2019; 113(1):52-59
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica [internet]. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.[acesso em 02 jun 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
6. Monteiro CA, Cannon G. The impact of transnational "big food" companies on the South: a view from Brazil. PLoS Med. 2012;9(7):e1001252.
7. Kaplan DL, Graff KM. Marketing breastfeeding--reversing corporate influence on infant feeding practices. J Urban Health. 2008;85(4):486-504.
8. Lutter CK, Chaparro CM, Grummer-Strawn L, Victora CG. Backsliding on a key health investment in Latin America and the Caribbean: the case of breastfeeding promotion. Am J Public Health. 2011;101(11):2130-6.
9. Leme ACB, Fisberg RM, Thompson D, Philippi ST, NicklasT, Baranowski T. Brazilian children's dietary intake in relation to Brazil's new nutrition guidelines: a systematic review. Curr Nutr Rep. 2019;8(2):145-66.
10. Sbruzzi G, Eibel B, Barbiero SM, Petkowicz RO, Ribeiro RA, Cesa CC, et al. Educational interventions in childhood obesity: a systematic review with meta-analysis of randomized clinical trials. Prev Med. 2013;56(5):254-64.

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença de atribuição pelo Creative Commons