

AVALIAÇÃO DO CONSUMO DA ALIMENTAÇÃO CARDIOPROTETORA EM ADULTOS COM SOBREPESO E OBESIDADE DA CIDADE DE CAMPO GRANDE – MS, BRASIL

EVALUATION OF CARDIOPROTECTIVE FOOD CONSUMPTION IN OVERWEIGHT AND OBESE ADULTS IN THE CITY OF CAMPO GRANDE - MS, BRAZIL

LYRIO, Nara Ceolin¹; CINTRA, Patricia¹; CÂMARA, Sônia Viana¹; DA SILVA, Lucas de Melo¹; BRUNHARO, Marina Schiavinato Massei¹; HOLSBACH, Anderson Leão Nogueira¹.

Resumo

A investigação do consumo de alimentos cardioprotetores em Campo Grande – MS, Brasil, foi realizada a partir de uma amostragem aleatória (n=45) de adultos com sobrepeso e obesidade. Essa investigação foi proposta para ambos os gêneros. O intuito do estudo foi a investigação do consumo da Alimentação Cardioprotetora usada como ferramenta de ação de Educação Alimentar e Nutricional (EAN). Assim, foi possível perceber que 71,11% (n=32) da adesão desta pesquisa foi do gênero feminino e 28,89% (n=13) masculino. Sobre as características clínicas, 42,22 % possuem algum problema de saúde, com prevalência do diabetes em 23,08% dos homens e 3,12% das mulheres, hipertensão em 7,69% dos homens e 6,25% das mulheres e o sedentarismo em 36% dos entrevistados. Em relação aos parâmetros antropométricos, 48,65% dos entrevistados se encontravam com excesso de peso e 51,35 % com obesidade e deste percentual, 21% com obesidade grau I, 22% com obesidade grau II e 8% com obesidade grau III. Dados do consumo alimentar da Alimentação Cardioprotetora revelaram que as mulheres consomem diariamente mais alimentos do grupo verde (43,7%) e amarelo (59,6%) em comparação aos homens (30,8%) e (15,4%), respectivamente. Em contrapartida, os homens consomem diariamente mais alimentos do grupo azul (38,5%) e vermelho (15,4%) em relação às mulheres (25%) e (9,4%), respectivamente. Esses dados revelam que a mudança dos hábitos alimentares é necessária, porém também encontramos um abismo entre o que é orientado e o que é de fato acessível à população. Além disso, a pandemia do COVID 19, trouxe a insegurança alimentar que somada à pobreza não atendem à perspectiva de melhora no consumo alimentar, reforçando os dados da Vigitel no aumento vertiginoso das DCNT.

Palavras-chave: Sobrepeso, Obesidade, Alimentação cardioprotetora, adultos, Campo Grandenses.

Abstract

The study investigated the consumption of cardioprotective foods in Campo Grande - MS, Brazil, using a random sample (n=45) of overweight and obese adults. This investigation was proposed for both genders. The purpose of the study was to investigate the consumption of cardioprotective food used as a tool for Food and Nutrition Education (FNE) activities. Thus, it was observed that 71.11% (n=32) of the adherence of this research was female and 28.89% (n=13) male. Regarding clinical characteristics, 42.22% have some health condition, with prevalence of diabetes in 23.08% of men and 3.12% of women, hypertension in 7.69% of men and 6.25% of women and sedentary lifestyle in 36% of respondents. Regarding anthropometric parameters, 48.65% of respondents were overweight and 51.35% were obese and out of this percentage, 21% had grade I obesity, 22% had grade II obesity and 8% had grade III obesity. Food consumption data from the Cardioprotective Diet revealed that women consume more foods from the green (43.7%) and yellow (59.6%) groups daily compared to men (30.8%) and (15.4%), respectively. In contrast, men consume more foods from the blue (38.5%) and red groups (15.4%) on a daily basis compared to women (25%) and (9.4%), respectively. These data reveal that changing eating habits is necessary, however, there is also a gap between what is oriented and what is actually accessible to the population. In addition, the COVID 19 pandemic has brought food insecurity that, together with poverty, does not meet the prospect of improving food consumption, reinforcing Vigitel's data on the vertiginous increase in NCDs.

Keywords: Overweight, Obesity, Cardioprotective diet, adults, Campo Grandenses.

¹ Nutrição; Centro Universitário Unigran Capital; Campo Grande-MS, e-mail: patricia.cintra@unigran.br
LYRIO, Nara Ceolin; CINTRA, Patricia; CÂMARA, Sônia Viana; DA SILVA, Lucas de Melo; BRUNHARO, Marina Schiavinato Massei; HOLSBACH, Anderson Leão Nogueira

Introdução

A Alimentação Cardioprotetora tem como objetivo promover uma alimentação saudável e é direcionada para o tratamento dos fatores de riscos para as doenças cardiovasculares (DCV) (Brasil, 2018).

O Sobrepeso e a obesidade configuram um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas, as doenças cardiovasculares (DCV). Essas doenças são uma das principais causas de morbimortalidade, resultado de um progressivo aumento e do fácil acesso aos alimentos altamente processados, com muitas calorias, baixo custo e pobres em nutrientes (Brasil 2018 e Brasil 2021). Nesse contexto, a obesidade mesmo sendo um fator de risco independente, é associada à hipertensão arterial, sendo a mortalidade associada às lesões no sistema vascular (Cuppari, 2019).

Atualmente uma opção para a prevenção de fatores de risco para DCV é a Alimentação Cardioprotetora. Trata-se de um material científico publicado pelo Hospital do Coração – SP/Brasil (HCor) em parceria com o Ministério da Saúde em 2018. Essa alimentação traz alternativas de alimentos mais acessíveis à população e que respeitam a regionalidade, a cultura e também os hábitos locais. Assim, práticas alimentares de acordo com a realidade da população brasileira são respeitadas, usando uma estratégia lúdica de orientação, com o objetivo de contribuir para a prevenção e o tratamento de pessoas com DCV e seus fatores de risco (Brasil, 2018).

No Brasil, a proporção de obesos com idade a partir de 20 anos, mais que dobrou de 2003 a 2019, subindo de 12,2% para 26,8%. As evidências trazem dados preocupantes, pois mais da metade da população brasileira está com excesso de peso ou obesidade (Brasil, 2019). Um dos principais motivos desse aumento de pessoas com excesso de peso ou obesidade, está relacionado com o aumento de consumo de alimentos ultraprocessados e pouca qualidade

nutricional. Diante dessas considerações, o objetivo deste estudo é avaliar o consumo e a frequência dos alimentos cardioprotetores e sua relação com a obesidade e o sobrepeso.

Materiais e Métodos

Foi realizado um estudo epidemiológico, visando identificar o consumo da Alimentação Cardioprotetora em adultos com sobrepeso e obesos na cidade de Campo Grande – MS, Brasil.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob o número 45537521.7.0000.5159. Foi uma pesquisa on-line elaborada pelo aplicativo do Google forms, encaminhada por e-mail ou WhatsApp. A amostragem aleatória feita pelo cálculo de Barbetta (2002) foi de (n=100), porém somente (n=45) aderiram à pesquisa. Os critérios de escolha foram: adultos acima de 18 anos, de ambos os gêneros, com sobrepeso e obesidade, da cidade de Campo Grande – MS, Brasil. Para considerar a condição de sobrepeso e obesidade, foi utilizado o índice de massa corpórea (IMC). Os dados foram analisados a partir de estatística descritiva, com cálculo de frequência absoluta e relativa, entre as populações (sobrepeso e obeso) e entre os gêneros (masculino e feminino).

Resultados e Discussão

Contextualização

Nas últimas décadas, o Brasil demonstrou uma transição nutricional demográfica, epidemiológica e alimentar, que trouxe ainda, a redução da desnutrição. Esse fenômeno expressa-se na redução da prevalência de doenças transmissíveis e de deficiências nutricionais, para o aumento do excesso de peso populacional e nas DCNT, como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer. Com esse cenário, atribui-se mudanças expressivas nos hábitos alimentares da população brasileira, como as que envolvem a substituição de alimentos *in natura* ou

minimamente processados de origem vegetal (arroz, feijão, mandioca e batata, por exemplo) e preparações culinárias à base desses alimentos, por alimentos processados e ultraprocessados, prontos para o consumo. Essas transformações resultam entre outras consequências, no desequilíbrio da oferta de nutrientes e na ingestão excessiva de quilocalorias (Brasil, 2014 e 2015).

Dados da pesquisa de orçamento familiar (POF) (2017-2018) indicam que entre os produtos que apresentaram aumento de consumo médio per capita entre os períodos da realização das POFs nacionais, destacam-se os Ovos (94%), os Alimentos Preparados e Misturas Industriais (56%), as Bebidas Alcoólicas (19%) e as Bebidas Não Alcoólicas (17%). A evolução da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil, estimada com base nas POFs realizadas em (2002-2003, 2008-2009 e 2017-2018), indica que alimentos *in natura* ou minimamente processados e ingredientes culinários processados estão perdendo espaço para alimentos processados e sobretudo, para alimentos ultraprocessados (IBGE, 2020).

Dados alarmantes revelam que até 2025 haverá 29 mil casos de câncer gastrointestinais associados à obesidade e um dos motivos para esses números aumentarem vertiginosamente é o consumo excessivo diário e em quantidade elevada de alimentos ultraprocessados (Brasil, 2018). Além disso, as DCNTs têm um alto custo para os cofres públicos. Em 2018 os custos totais da hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitos e obesidade, para o Sistema Único de Saúde (SUS), alcançaram 3,45 bilhões de reais. A hipertensão arterial foi responsável por 59% do custo direto, enquanto o diabetes melitos correspondeu a 30% e a obesidade a 11% (Nilson *et al.*, 2018).

A transição nutricional mencionada previamente, corresponde diretamente na perda do espaço da alimentação saudável para o alimento ultraprocessado, principalmente em termos econômicos, pois os ultraprocessados estão ficando cada vez mais baratos que os alimentos saudáveis. A

comunidade científica está empenhada em reverter esse cenário, principalmente do ponto de vista nutricional e educacional e por essa razão, surgiram materiais científicos importantes como a Alimentação Cardioprotetora, a nova rotulagem nutricional, além de aplicativos como o Desrotulando (Brasil, 2018).

Drewnowski e Specter (2004) sugerem em seu estudo, que a pobreza e a insegurança alimentar estão associadas a menores gastos com alimentos, baixo consumo de frutas, vegetais e dietas de baixa qualidade. Nesse sentido, a vulnerabilidade socioeconômica frente à dificuldade de realizar as três principais refeições do dia, acaba culminando na adoção de uma dieta rica em alimentos densamente energéticos como os cereais, óleos e açúcares por parte da população de baixa renda (Panagiotakos, 2016). Este fato contraria as recomendações de dietas baseadas no consumo de carnes magras, peixes, vegetais frescos e frutas. Dessa forma, a insegurança alimentar e nutricional está presente na mesa do brasileiro e faz com que as opções de compra de alimentos fiquem limitadas, pois os preços exercem grande influência nas escolhas alimentares da população carente. Os alimentos *in natura* ainda são mais acessíveis, porém pouco calóricos, já os minimamente processados são produtos que as classes menos favorecidas não têm acesso, devido ao seu alto custo.

Dados de Maia *et al.* (2020) realizados no Brasil por um período de 20 anos, revelam a preocupação com a tendência de elevação dos preços dos alimentos *in natura* em comparação aos alimentos ultraprocessados. Se essas previsões forem confirmadas, a partir de 2026, alimentos saudáveis (não processados ou minimamente processados e ingredientes culinários processados) ficarão mais caros que os alimentos não saudáveis (alimentos ultraprocessados). Essa realidade é muito grave e pode piorar ainda mais os dados das DCNT para os próximos anos.

Alimentação Cardioprotetora

A Alimentação Cardioprotetora utiliza o Guia Alimentar da População Brasileira como parâmetro para a divisão dos grupos alimentares, enaltecendo a importância do consumo de alimentos como verduras, frutas, legumes, leguminosas, leite desnatado e iogurte natural desnatado.

Estruturada a partir das densidades de energia (definida como kcal/g), de gordura saturada (g/g), de colesterol (mg/g) e de sódio dos alimentos (mg/g), descreve um novo conceito de grupos alimentares inteligentes que deverão melhorar muito a saúde da população e por conseguinte as estatísticas das DCNT (Brasil, 2018).

Tabela 1- Parâmetros e valores da Alimentação Cardioprotetora (grupo verde).

PONTO CORTE GRUPO VERDE	
Densidade calórica	$\leq 1,11$ Kcal/g
Densidade de gordura saturada	$\leq 0,01$ g/g
Densidade de colesterol	$\leq 0,04$ mg/g
Densidade de sódio	$\leq 2,01$ mg/g

Fonte: Brasil (2018).

A partir do cálculo das densidades (Tabela 1), os alimentos foram classificados de acordo com quatro grupos alimentares definidos como verde, amarelo, azul e vermelho. A intenção do uso das cores

(verde, amarelo e azul) é justamente valorizar a alimentação brasileira e suas raízes, respeitando a biodiversidade e regionalidade dos alimentos (Brasil, 2018).

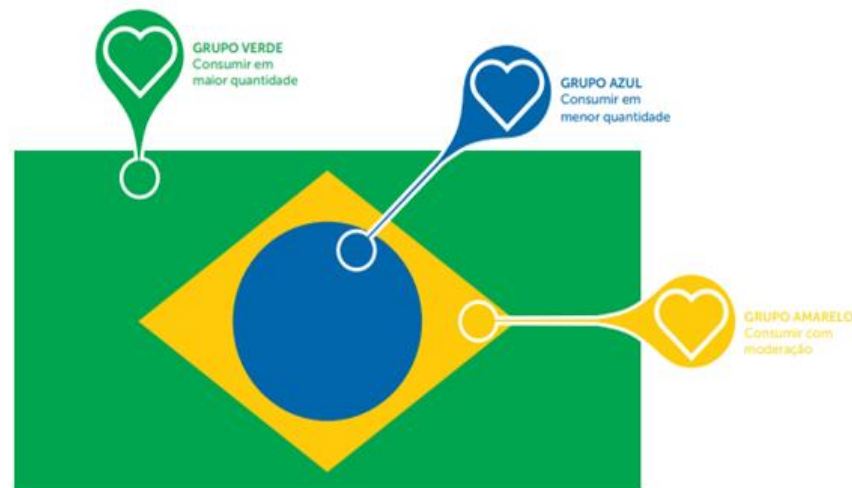


Figura 1 – Representação gráfica dos grupos alimentares.

Fonte: Adaptado e traduzido de Weber *et al.* (2016).

Trata-se de um novo método de inclusão de escolhas alimentares. O grupo verde representa os alimentos com valor reduzido de densidade: energética deve ser $\leq 1,11$ Kcal/g, a densidade de gordura saturada $\leq 0,01$ g/g, a densidade de colesterol $\leq 0,04$ mg/g e a densidade de sódio $\leq 2,01$ mg/g. O grupo amarelo inclui de 1 ou 2 itens com

densidades superiores aos pontos de corte do grupo verde e o grupo azul inclui 3 ou 4 itens com densidades superiores aos pontos de corte do grupo verde. O grupo vermelho representa os alimentos definidos como ultraprocessados segundo o Guia Alimentar da População Brasileira (Brasil, 2018; Brasil, 2021)

Dados experimentais da pesquisa

Foi possível perceber que 71,11% (n=32) da adesão desta pesquisa foram do gênero feminino e 28,89% (n=13) do gênero masculino. Quanto às características clínicas,

42,22 % possuem algum problema de saúde, com prevalência da diabetes em 23,08% dos homens e 3,12% das mulheres, hipertensão em 7,69% dos homens e 6,25% das mulheres e o sedentarismo em 36% dos entrevistados (Tabela 1).

Tabela 2- Perfil de saúde dos participantes quanto ao gênero, Campo Grande/MS, 2021.

PERFIL DE SAÚDE	MASCULINO		FEMININO	
	13	28,89 %	32	71,11 %
COMORBIDADES				
Excesso de Peso	4	30,77%	14	43,75%
Obesidade	8	61,54%	11	34,37%
Diabetes	3	23,08%	1	3,12%
Hipertensão	1	7,69%	2	6,25%

Fonte: Autores (2023).

Frequência do consumo da Alimentação Cardioprotetora

Observou-se que existe uma tendência de consumo equilibrado dos alimentos do grupo verde entre as mulheres (Gráficos 1 e 2).

O consumo alimentar entre os homens não acompanha essa tendência e esse resultado é confirmado pelos dados do relatório Vigitel elaborado para Campo Grande, onde 45% das mulheres e 28,2% dos homens consomem frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana (Brasil, 2020a)

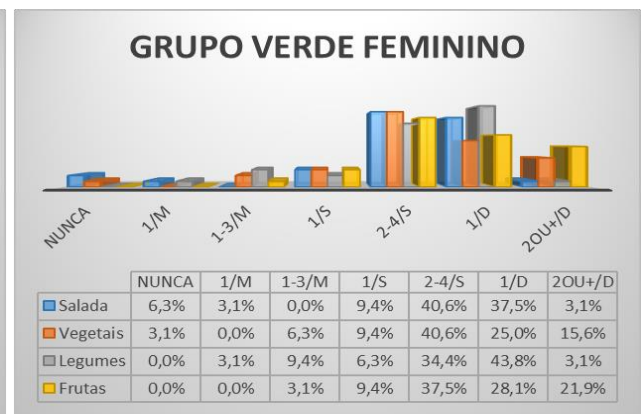
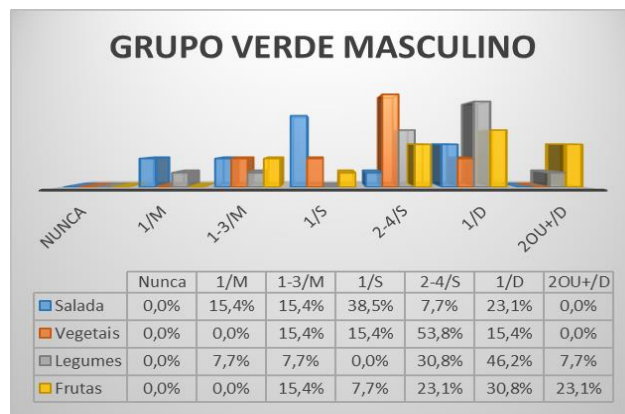


Gráfico 1 e 2 - Frequência de consumo do grupo verde comparativo entre os gêneros masculino e feminino.

(Legenda: M=mês, S=semana, D=dia)

Fonte: Autores (2023)

No grupo amarelo, observa-se que as mulheres (81,3%) usam com mais frequência diária os óleos e azeites em comparação aos homens (15,4%). O pão francês, assim como

os cereais e as farinhas, é mais consumido diariamente pelas mulheres (28,2%) do que pelos homens (15,4%) (Gráficos 3 e 4).

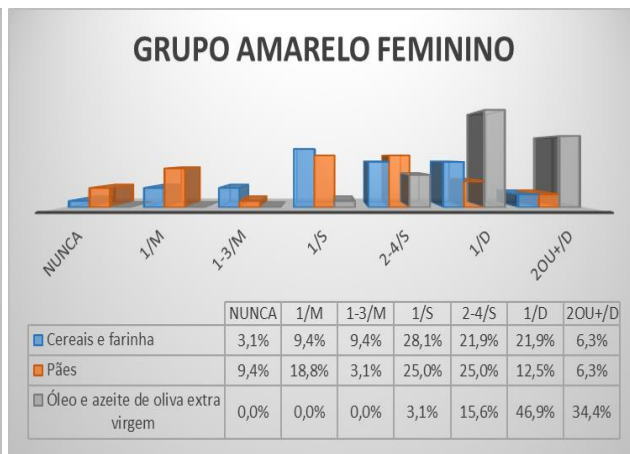
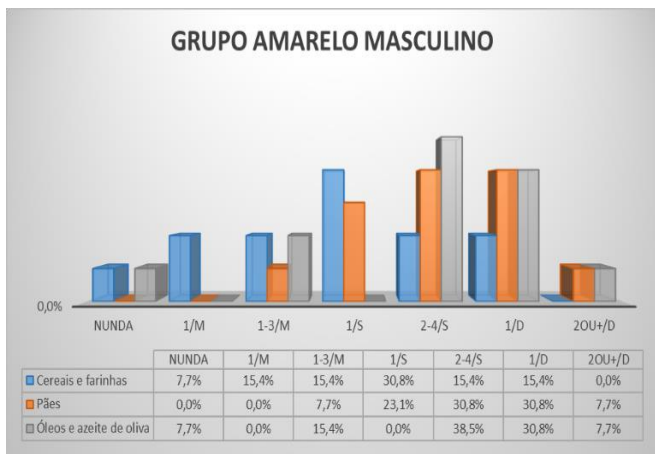


Gráfico 3 e 4 - Frequência de consumo do grupo Amarelo comparativo entre os gêneros masculino e feminino. (Legenda: M=mês, S=semana, D=dia)
Fonte: Autores (2023).

Observando-se o grupo azul, identifica-se uma maior frequência no consumo diário de carne bovina entre homens (69,3%) em comparação às mulheres (21,9%), enquanto o peixe foi mais consumido pelas mulheres (3,1%) do que pelos homens (0,0%). A frequência do

consumo diário de manteiga, creme de leite e maionese é um pouco mais frequente entre as mulheres (21,9%) do que entre os homens (0,0%), já o consumo diário de bolos e doces foi maior entre os homens (7,7%) do que entre as mulheres (6,2%) (Gráficos 5 e 6).

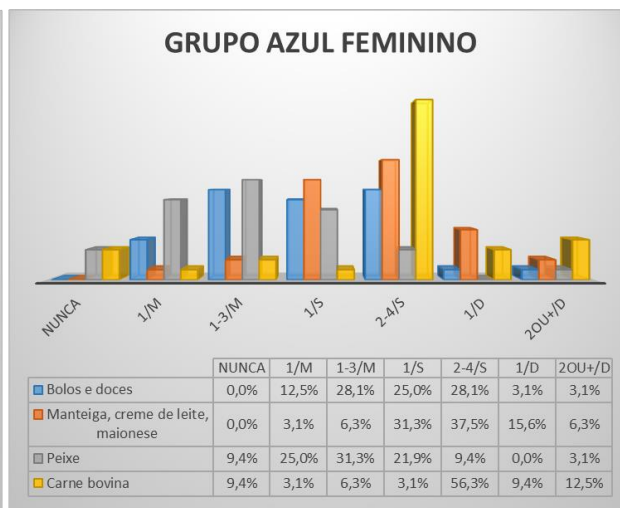
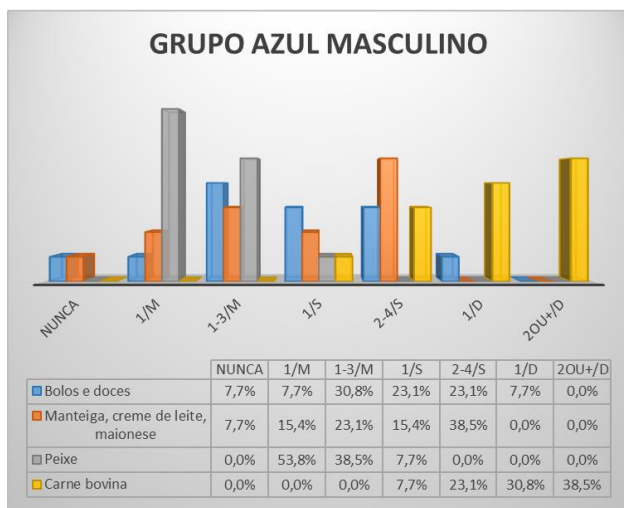


Gráfico 5 e 6 - Frequência de consumo do grupo Azul comparativo entre os gêneros masculino e feminino. (Legenda: M=mês, S=semana, D=dia)
Fonte: Autores (2023)

O Gráfico 7 apresenta a frequência de consumo dos ultraprocessados. Observa-se que entre as mulheres, esse consumo foi de 1

vez por semana, enquanto o consumo dos homens foi de 2 a 4 vezes na semana, ou seja, um consumo maior entre os homens.

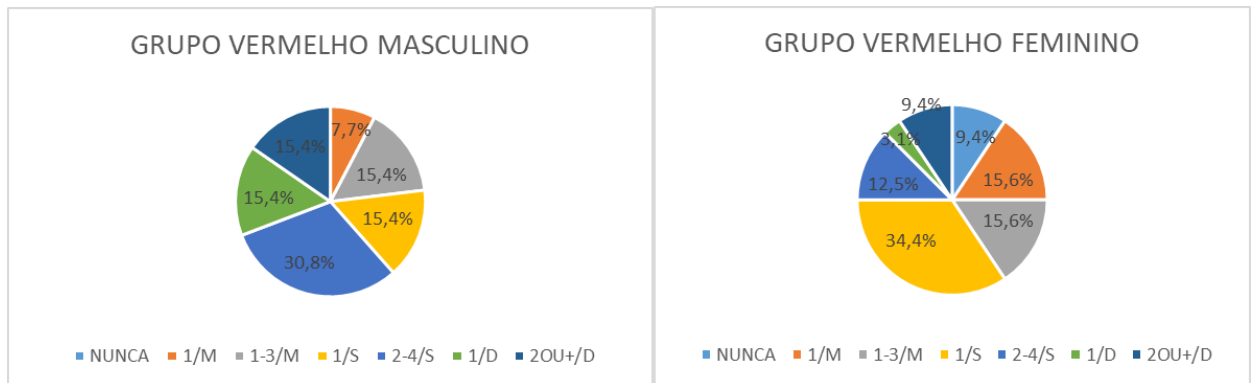


Gráfico 7 - Frequência de consumo de ultraprocessados pelos participantes da pesquisa. (GRUPO VERMELHO - ULTRAPROCESSADOS) (Legenda: M=mês, S=semana, D=dia)

Fonte: Autores (2023).

Observa-se que o sexo masculino (30,8%) apresentou um consumo diário de alimentos ultraprocessados, pertencentes ao grupo vermelho, maior que o sexo feminino (12,5%) (Gráfico 7).

Discussão

Quanto aos parâmetros antropométricos, 48,65% dos entrevistados encontraram-se com excesso de peso e 51,35% com obesidade e desse percentual, 21% com obesidade grau I, 22% com obesidade grau II e 8% com obesidade grau III.

Estes resultados diferem da pesquisa de Borba e Nerbass (2019), em Joenvile, SC, que encontraram 58,2% de sobrepeso e obesidade em ambos os sexos.

Dados preliminares do relatório Vigitel (2020), reforçam que Campo Grande-MS tem mais homens do que mulheres com sobrepeso, 58,1% e 54,1% e obesidade, 23,8% e 20,9% respectivamente (Brasil, 2020a). Quanto à presença de problemas de saúde, o maior percentual foi de diabetes, 7,5% dos homens e 8% das mulheres e de hipertensão arterial, 22,7% dos homens e 25,6% das mulheres (Brasil, 2020a).

Segundo a Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia, houve um crescimento no percentual mundial de indivíduos com IMC > 25 kg/m², entre os anos 1980 e 2013. Esse cenário acarretou nos

homens, um avanço de 28,8% para 36,9% e nas mulheres de 29,8% para 38,0%. O referido crescimento pode ser justificado pelo consumo excessivo de produtos ultraprocessados, principalmente pelo consumo de biscoitos e refrigerantes, configurando um quadro de tendência desfavorável a um padrão alimentar saudável, levando à obesidade (Sociedade Brasileira de Cardiologia *et al.*, 2017).

Os resultados deste estudo mostram que as mulheres tendem a alimentar-se de maneira mais saudável, pois apresentam maior consumo dos alimentos cardioprotetores, classificados no grupo verde. O consumo dos homens não acompanha essa tendência e esse resultado foi confirmado pelos dados do relatório Vigitel 2020, para Campo Grande, onde 45% das mulheres e 28,2% dos homens consomem frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana (Brasil, 2020a).

Em relação ao grupo amarelo que deve ser consumido moderadamente, houve também uma tendência de consumo mais adequado entre as mulheres, podendo ser um fator relevante no quadro de obesidade, todavia, no Relatório Vigitel 2020 ocorre uma discreta diferença de 15,7% entre os homens e 15,9% entre as mulheres, sendo um pouco maior entre as mulheres (Brasil, 2020a).

Já no grupo azul, os resultados mostram uma maior frequência de consumo entre os homens. No grupo vermelho, os ultraprocessados têm tendência maior de frequência de consumo entre os homens, que pode levar ao sobrepeso e obesidade.

Estudos têm demonstrado o impacto da alimentação na saúde humana. Weber *et al.* (2012) realizaram um estudo com pacientes do Hospital do Coração, SP, após acompanhamento por 12 semanas e observaram os benefícios da dieta cardioprotetora na redução da hipertensão, glicemia e IMC. Uma das dietas mais estudadas no mundo é a Dieta Mediterrânea, considerada padrão ouro para redução de doenças cardiovasculares (Panagiotakos *et al.*, 2016). Ravera *et al.* (2016), conseguiram redução de 30% dos eventos cardiovasculares ateroscleróticos com a aplicação da dieta mediterrânea. Importante ressaltar que nem todos os alimentos indicados na dieta mediterrânea fazem parte da cultura alimentar do brasileiro, por isso deve-se evidenciar a Alimentação Cardioprotetora que tem o mesmo propósito, mas com especificidades do território nacional.

É sabido que a alimentação é responsável pelo aumento da obesidade, assim como o sedentarismo e o estresse, além do componente hereditário. Esse componente hereditário é confirmado pelo mapa genético da obesidade humana, que sugere a existência de 20 a 30 genes candidatos a contribuir com a obesidade em seres humanos (Porth *et al.*, 2010). Bortolini *et al.* (2020) defendem que a má alimentação é um dos principais fatores de risco relacionados à carga global de doenças no mundo, sendo que no Brasil, em 2015, essa má alimentação foi o fator de risco que mais contribuiu para os anos de vida perdidos, superior ao uso de álcool, drogas, tabagismo e inatividade física.

O Atlas da Situação Alimentar e Nutricional no Brasil (2020b) indica que a elevada prevalência de obesidade é fator de risco para o desenvolvimento de DCNT e também é associada à perda de qualidade de

vida e a maiores custos ao sistema de saúde. O documento ainda apresenta que mais da metade da população brasileira (54%) consumiram algum tipo de bebida adoçada no dia anterior à aplicação do marcador de consumo alimentar. O consumo de hambúrgueres e/ou embutidos esteve presente na mesa de 37% dos brasileiros, 33% consumiram macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados e 35% consumiram biscoito recheado, doces ou guloseimas, ou seja, mais de 1/3 da população brasileira consumiram alimentos não saudáveis enquanto o consumo de feijão (86%), frutas (74%), verduras e legumes (76%) não esteve presente no prato de todos os brasileiros. Este é um dado preocupante, pois embora o consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados ainda seja maior que o de processados e ultraprocessados, é reconhecido que ao longo dos anos, essa tendência será invertida, e a má alimentação lidera o ranking dos fatores de risco relacionados à carga global de doenças.

O enfrentamento da obesidade é diário e multifatorial, portanto a interferência e mudança na alimentação é um grande desafio. Para colaborar com esse desafio, foi lançado em 2018, o Manual da Alimentação Cardioprotetora para os profissionais da saúde, porém em 5 anos de existência, ainda percebemos a frequência de consumo inadequado dos alimentos. Os dados desta pesquisa reforçam essa tendência, mostrando que a frequência e a quantidade do consumo dos alimentos do grupo verde não estão adequadas, ou seja, 50% inferior ao total do consumo diário para hortaliças, legumes, leguminosas e frutas (Brasil, 2018; Brasil 2021).

Uma possível resposta à essa tendência de consumo inadequado dos alimentos é a desinformação da população quanto aos benefícios da alimentação cardioprotetora. Outra resposta é a influência esmagadora da mídia na obesidade infantil que se estende para a vida adulta. O papel de ambientes como o lar e a escola é extremamente importante, uma vez que é

neles que a população tem acesso aos alimentos saudáveis ou não (Deiss; Cintra, 2021). Esse tema é mencionado no próprio Guia Alimentar para a População Brasileira.

Um estudo realizado em Jundiá por Fortes *et al.* (2018), apontou que a falta de variedade de locais que ofereçam alimentos *in natura* e minimamente processados em bairros periféricos, é outra problemática enfrentada pela população. Essa situação faz com que as pessoas não consumam alimentos saudáveis e como consequência, não sigam as recomendações do Guia Alimentar para a população brasileira.

Um dado relevante apontado em estudo, avaliou os gastos e despesas com alimentação, saúde e lazer dos brasileiros e concluiu que as guloseimas representam valor significativo (R\$ 864,25) em relação à cesta básica (ABRAS, 2020).

O cenário de consumo lúdico e nocivo, criado pela mídia para persuadir as crianças que são receptoras passivas de grande interatividade com os meios de comunicação e por essa razão, naturalmente influenciadas a conduzir suas famílias às rotinas de hábitos alimentares ruins, pode também colaborar para o desenvolvimento de doenças e transtornos emocionais e alimentares, que perduram para a vida adulta (Deiss; Cintra, 2021).

Confrontando totalmente o que apregoa a alimentação cardioprotetora, de não consumirmos alimentos ultraprocessados, dados da ABRAS (2020) confirmam que o consumo desses alimentos pela população brasileira chega a 58% e esse dado assustador revela que tais alimentos são consumidos em percentuais tão altos, principalmente pela camada mais pobre da população, por serem mais baratos que os alimentos saudáveis e essa realidade tende a piorar até 2025.

A indústria e o comércio de alimentos desenvolveram produtos capazes de impor padrões estratégicos de ingestão para o ser humano e nesse sentido, com relação à composição, sabe-se que três pontos são infalíveis: açúcar, gordura e sal. Esses alimentos têm alta estimulação hedônica e

induzem à hiperalimentação mesmo na ausência de fome e além disso, diminuem a saciedade e podem gerar um comportamento semelhante ao de um dependente químico em algumas pessoas (Sawaya *et al.*, 2018).

Conclusão

A divulgação destes dados pode ser importante para pesquisas futuras, com o intuito de aprimorar estratégias, programas e políticas na saúde pública, com vistas à Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), a fim de diminuir o sobrepeso e obesidade da população, bem como promover uma alimentação saudável e adequada. A Alimentação Cardioprotetora pode ser uma estratégia de orientação de educação alimentar como alternativa para ser empregada no Sistema Público de Saúde ou Sistema Único de Saúde.

Os dados revelam que a mudança dos hábitos alimentares é necessária, porém também encontramos um abismo enorme entre o que é orientado e o que é de fato acessível à população. A pandemia trouxe a insegurança alimentar, que somada à pobreza, não atendem à perspectiva de melhora no consumo alimentar, reforçando os dados da Vigitel no aumento vertiginoso das DCNT.

Referências Bibliográficas

- ABRAS. **Associação Brasileira de Supermercados:** Frequência, desembolso e presença nos lares. 2020. <https://www.abras.com.br/edicoesanteriores/Main.Php?Magno=260https://www.abras.com.br/#Page/96>. 2020
- BARBETTA, P.A. **Estatística aplicada às ciências sociais.** 5 ed. Florianópolis-SC: UFSC, 315 P. 2002.
- BORBA, M.; NERBASS, F.B. **Excesso de peso e fatores de risco cardiovascular em pacientes atendidos em uma clínica de nutrição e medicina de Joinville (SC).** Redes. 2019, II (II). 2019.
- BORTOLINI, G.A.; OLIVEIRA, T.F.V.; SILVA, S.A.DA.; SANTINI, R.C.; MEDEIROS, O.L. DE.; SPANIO, A.M. *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2020;44:e39. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 5 julho 2023. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf. Acesso em: 5 julho 2023. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade de São Paulo. **Fascículo 1 Protocolos De Uso Do Guia Alimentar para a População Brasileira na Orientação Alimentar: Bases Teóricas e Metodológicas E Protocolo para a População Adulta**. Brasília – DF, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo1.pdf. Acesso em: 5 julho 2023. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hospital do Coração. **Alimentação Cardioprotetora: manual de orientações para profissionais de saúde da atenção básica**. Brasília, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_cardioprotetora.pdf. Acesso em: 5 julho 2023. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: Estimativas sobre Frequência e Distribuição Sociodemográfica de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas nas Capitais dos 26 Estados Brasileiros e no Distrito Federal em 2018**. Brasília, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf. Acesso em: 5 julho 2023. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2020: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: Estimativas sobre Frequência e Distribuição Sociodemográfica de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas nas Capitais dos 26 Estados Brasileiros e no Distrito Federal em 2020**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes->

<svs/vigitel/relatorio-vigitel-2020-original.pdf/view>. Acesso em: 5 julho 2023. 2020. a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação alimentar e nutricional no Brasil: excesso de peso e obesidade da população adulta na atenção primária à saúde**. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documento/s/atlas_situacao_alimentar_nutricional.pdf. 2020.b

CUPPARI, L. **Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto**. 4. ed. São Paulo: Manole. 2019.

DEISS, K. A.; & CINTRA, P. A influência da mídia na obesidade infantil na segunda infância. **Brazilian Journal of Health Review**. Curitiba, v.4, n.3, p. 11205-11219. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-124>. 2021.

DREWNOWSKI, A.; & SPECTER, S. E. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. **Am. J. Clin. Nutr.** v. 79, n. 1, p. 6-16. <https://doi.org/10.1093/ajcn/79.1.6>. 2004.

FORTES, M.F; BORGES, C.A; MIRANDA, W.C.DE; JAIME, P.C. Mapeando as desigualdades socioeconômicas na distribuição do comércio varejista local. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, SP, v. 25, n. 3, p. 45–58, 2018. DOI: 10.20396/san.v25i3.8651966. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8651966>. Acesso em: 5 julho 2023. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101742.pdf>. Acesso em: 5 julho 2023. 2020.

MAIA, E. G.; PASSOS, C. M.DOS.; LEVY, R. B.; MARTINS, A.P.B.; MAIS, L.A.; CLARO, R.M. What to expect from the price of healthy and unhealthy foods over time? The case from Brazil. **Public Health Nutrition**: 23(4), 579–588. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1368980019003586>. 2020.

NILSON E.A.F, ANDRADE R.C.S; BRITO DA; OLIVEIRA M.L. Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde. Brasil, 2018. **Rev Panam Salud Publica**. 2020;44:e32. 2018.

PANAGIOTAKOS, D.B *et al*. The Mediterranean and other Dietary Patterns in Secondary Cardiovascular disease Prevention: A Review. **Corrent Vascular Pharmacology**, 145: 442-451, 2016.

PORTH, C.; MATFIN, G. **Fisiopatologia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1702 p. 2 v.2010.

RAVERA, A, *et al.* Nutrition and Cardiovascular Disease: Finding the Perfect Recipe for Cardiovascular Health. **Nutrients**, 2016.

SAWAYA, A. L.; LEANDRO, C. G.; WAITZBERG, D. L. **Fisiologia da nutrição na saúde e na doença**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.* Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose-2017. **Arq Bras Cardiol**, v. 109, n. 2, p. 1-76. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIAS.pdf. Acesso em: 5 julho 2023. 2017.

WEBER B, Galante AP, Bersch-Ferreira AC, *et al.* Effects of Brazilian Cardioprotective Diet Program on risk factors in patients with coronary heart disease: a Brazilian Cardioprotective Diet randomized pilot trial. **Clinics**. 2012.

WEBER, B. *et al.* The Brazilian Cardioprotective Nutritional Program to reduce events and risk factors in secondary prevention for cardiovascular disease: study protocol. **American Heart Journal**, v. 171, n.1, p. 73-81. doi: 10.1016/j.ahj.2015.08.010. Epub 2015 Aug 15. 2016.