

ESTILO DE VIDA E FATORES DE RISCO PARA O SOBREPESO E OBESIDADE EM MULHERES DE BAIXA RENDA

Débora Franke, Francisca Maria Assmann Wichmann¹, Daniel Prá²

RESUMO

Estudos epidemiológicos mostram a obesidade feminina como um dos maiores problemas nutricionais da atualidade, sendo mais prevalente entre aquelas de baixo nível socioeconômico. O objetivo do estudo foi avaliar o estilo de vida como fator de risco para a prevalência da obesidade entre mulheres de baixa renda. Participaram do estudo 72 mulheres com idades entre 20 e 60 anos, residentes em uma região de extrema pobreza do município de Santa Cruz do Sul/RS. Através de visitas domiciliares, foram aplicados: questionário sobre as condições socioeconômicas e de saúde, Recordatório Alimentar de 24h e avaliação antropométrica (peso, estatura e circunferência abdominal). O Índice de Massa Corporal (IMC) e a circunferência abdominal foram utilizados para o diagnóstico nutricional. Os itens alimentares foram analisados no programa Virtual Nutri, e a análise estatística compreendeu os testes qui-quadrado, “t” de Student e ANOVA, sendo considerados estatisticamente significantes quando a probabilidade de erro foi inferior a 5% ($p < 0,05$). Assim, encontrou-se 31,9% das mulheres com sobrepeso e 22,2% com obesidade. Houve diferença estatística em relação ao IMC e as variáveis renda e idade. O inquérito alimentar apresentou um consumo excessivo de lipídios e insuficiente em carboidratos e fibras. O sedentarismo foi observado em 88,9% das mulheres. Logo, a obesidade entre as mulheres pobres na região estudada expressa, na realidade, os novos contornos da pobreza urbana, estando possivelmente associada à baixa renda, à cultura alimentar e ao sedentarismo.

Palavras-Chave: obesidade, pobreza, estilo de vida.

ABSTRACT

Epidemiologic studies show that feminine obesity is one of the biggest nutritional problems of the present time, being more prevalent among those with low socioeconomic status. The objective of the study was to evaluate the life style as a risk factor for the prevalence of obesity between low income women. Seventy-two women with age between 20 and 60 years, residents in a region of extreme poverty in the city of Santa Cruz of the Sul/RS had participated of the study. Through domiciliary visits, it had been applied: questionnaire about socioeconomic conditions and of health, 24h food recall and anthropometric evaluation (weight, stature and abdominal circumference). The Body Mass Index (BMI) and the abdominal circumference had been used for the nutritional diagnosis. Food items had been analyzed in the Virtual Nutri program, and the statistical analysis statistics understood the tests qui-square, Student *t* test and ANOVA, being considered statistical significant when the error probability was less than 5% ($p < 0,05$). Thus, we met 31,9% of the women studied with overweight and 22,2% with obesity. There was statistical difference between BMI and the variables income and age. The alimentary inquiry presented an extreme consumption of fat and insufficient in carbohydrate and fiber. The physical inactivity was observed in 88,9% of the women. Soon, the obesity among the poor women of the studied region express, after all, the new contours of the urban poverty, being possibly associated to the low income, the alimentary culture and the physical inactivity.

Keywords: obesity, poverty, life style.

¹Mestre e professora da Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC, e-mail: francis@unisc.br

²Doutorado em Genética e Biologia Molecular pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, professor da Universidade Católica de Pelotas - RS

1 INTRODUÇÃO

Os processos de industrialização, urbanização e globalização que ocorreram no último século, têm provocado grandes mudanças sociais e econômicas, tanto em países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil. Com isso, tem-se observado uma grande mudança de estilo de vida das pessoas, no qual se evidencia uma alimentação inadequada, caracterizada por um aumento do consumo de alimentos processados, ricos em gordura, açúcar e sal, associados ao sedentarismo^{1; 2}. Os maus hábitos alimentares e a diminuição do gasto energético pela falta de atividade física têm sido considerados importantes fatores favorecedores do quadro da obesidade que, hoje, é considerada como um dos maiores problemas de saúde pública³. A Organização Mundial da Saúde⁴ estima que cerca de 115 milhões de pessoas no mundo sofram de algum problema relacionado à obesidade, podendo ser considerado como um dos fatores de maior risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT). As DCNT são, atualmente, a principal causa de morte em adultos no Brasil⁵.

Por sua vez, a população feminina tem sido descrita, em diferentes estudos, como o grupo de maior incidência de obesidade, especialmente entre aquelas com nível socioeconômico mais baixo^{6; 7; 8}. A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002-2003 levantou que cerca de 40% dos indivíduos adultos do país apresentam excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$), sendo que a obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) afeta 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres brasileiras⁶.

Alguns trabalhos têm sido feitos procurando explicações para a relação da pobreza com a obesidade feminina. A baixa escolaridade, a escolha por alimentos financeiramente mais acessíveis e, ao mesmo tempo altamente energéticos (pelo excesso de gordura e açúcar), o sedentarismo, a idade e o estado marital são alguns dos aspectos que foram avaliados nos estudos^{9; 10; 11; 12; 13}.

Neste contexto, este estudo buscou verificar o estilo de vida como fator de risco para a prevalência da obesidade entre mulheres residentes em uma área de extrema pobreza no município de Santa Cruz do Sul/RS.

2 MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional do tipo transversal e analítico. O estudo envolveu a população adulta feminina residente em uma das micro-áreas assistidas pelo Programa da Saúde da Família, no bairro Bom Jesus da cidade de Santa Cruz do Sul, no Rio Grande do Sul. Na micro-área do estudo, haviam 73 mulheres com idades entre 20 a 60 anos cadastradas. A escolha desta região deu-se por ser a região de maior vulnerabilidade social e encontrar-se dentro dos bolsões de pobreza do município.

O protocolo do estudo foi submetido e aprovado pela comissão de ética da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Após o fornecimento de informações detalhadas sobre o projeto e explicação acerca dos procedimentos a que seriam submetidas, as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa se realizou em dois momentos. Em um primeiro momento, foi realizada a identificação e mapeamento da região, através do prontuário do Programa da Saúde da Família, a fim de verificar o número da população feminina residente na área a ser estudada. No segundo momento foi realizado o pré-teste dos questionários que seriam aplicados, numa área vizinha à região a ser estudada, para adequação dos mesmos e posterior aplicação e levantamento dos dados. Os critérios de inclusão para o estudo foram: ter idade maior ou igual a 20 anos e menor que 60 anos, não estar hospitalizada ou acamada e aceitar participar voluntariamente da pesquisa. Participaram do estudo 72 mulheres, correspondendo a 98,6% da população total feminina da micro-área dentro da faixa etária da pesquisa, pois houve uma recusa.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, previamente treinada, entre junho e agosto de 2006, através de visitas domiciliares, acompanhadas pela Agente Comunitária de Saúde. Um questionário contendo informações referentes ao perfil socioeconômico e estilo de vida foi aplicado através das seguintes questões: renda familiar *per capita* (classificada conforme as categorias: "sem renda no momento da entrevista"; "até ¼ de salário mínimo"; "> ¼ a ½ salário mínimo"; "> ½ a 1 salário mínimo"; ">1 a 2 salários mínimos"; ">2 a 5 salários mínimos" e ">5 salários mínimos"), escolaridade (definida por: "analfabetismo"; "ensino fundamental incompleto" ou "ensino fundamental completo ou mais"), profissão, estado marital (definido pela presença ou não de companheiro em casa), situação de moradia e saneamento, paridade, prática de exercícios físicos, presença de patologias, tabagismo (definido pelo fumo ou não de cigarros no período da entrevista) e etilismo (classificado conforme o consumo ou não de bebidas alcoólicas).

Além disso, foi aplicado o Recordatório de 24 horas (R24h), sendo que os alimentos foram quantificados em medidas caseiras, utilizando-se, para isso, um mostruário de utensílios básicos de cozinha. Os itens alimentares foram inseridos no programa Virtual Nutri¹⁴ e os critérios de adequação estabelecidos para os macronutrientes foram: 55 a 75% do Valor Energético Total diário (VET) para carboidratos; 15 a 30% do VET de lipídios, 10 a 15% do VET de proteínas, conforme recomendações do Ministério da Saúde¹⁵. O consumo de fibras foi avaliado de acordo com as recomendações estabelecidas pelo Comitê da *Dietary Reference Intakes – DRIs*¹⁶, no qual mulheres com idades entre 19 e 50 anos devem consumir 25g de fibras/dia, e a partir dos 51 anos, 21g.

A avaliação antropométrica compreendeu medidas de peso, altura e circunferência abdominal. Para a medida do peso corporal, utilizou-se balança digital portátil da marca Plenna, com capacidade de 150 kg e sensibilidade de 100g. As entrevistadas foram medidas descalças e com roupas leves. A estatura foi aferida com fita métrica de fibra de vidro da marca Cardiomed (150 cm e precisão de 0,1 cm), conforme metodologia proposta pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN¹. A circunferência abdominal (CA) foi verificada com a entrevistada de pé, utilizando uma fita métrica, colocada no ponto médio entre a última costela e crista ilíaca².

O estado nutricional foi determinado pelo Índice de Massa Corporal (IMC= massa corporal em kg/estatura em m²). Utilizou-se a classificação recomendada pela Organização Mundial de Saúde⁴ a qual distingue os indivíduos nas seguintes categorias: "baixo peso" (IMC<18,5kg/m²), "normal" (IMC≥18,5 a ≤24,9kg/m²), "sobrepeso" (IMC≥25 a ≤29,9kg/m²) e "obesidade" (IMC ≥30kg/m²). O risco para complicações metabólicas de acordo com a CA foi avaliado sob os seguintes critérios: CA ≥ 80cm representa risco aumentado para tais complicações, e CA ≥ 88cm representa risco substancialmente aumentado⁴.

A análise estatística foi realizada com auxílio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 11.5 *for Windows*. Para determinação de associação entre variáveis contínuas, utilizou-se o teste de Correlação de Pearson. Para comparar frequências (variáveis categóricas), o teste do qui-quadrado; e, o teste “t” de *Student* foi utilizado para as comparações entre as amostras quantitativas independentes. A análise de variância (one-way ANOVA) foi usada para medidas de sobrepeso (IMC > 25 kg/m²) em diferentes grupos etários, com pós-teste de Bonferroni, sendo que o nível de significância adotado foi de 5% (p < 0,05).

3 RESULTADOS

A média de idade das mulheres entrevistadas foi de 33,78 anos (± 9,22), e a média do número de filhos foi de 2,68 (±1,76). Sobre as condições de moradia, 88,9% tinham casas próprias, e o restante morava com os pais ou em casas cedidas (esta região destaca-se por ser uma área periférica invadida e sem registro); 91,7% possuíam saneamento básico, 2,8% tinham água e fossa e 5,6% não possuíam qualquer tipo de saneamento. Em relação à doação de

alimentos, apenas 4,2% relataram ter recebido uma cesta básica no último mês e 45,8% referiram já ter passado fome em algum momento da sua vida. A tabela 1 apresenta algumas variáveis de interesse da pesquisa.

Tabela 1. Variáveis de interesse da pesquisa.

Variáveis	População total		IMC \geq 25kg/m ²		Nível de significância/ diferença estatística com o IMC
	N	%	N	%	
Faixa etária (anos):					0,02
20 a 30 anos	32	44,4	14	35,9	
31 a 40 anos	24	33,3	14	35,9	
41 a 50 anos	11	15,3	6	15,4	
51 a 59 anos	5	6,9	5	12,8	
Renda familiar <i>per capita</i> :					0,035
Sem renda	4	5,6	3	7,7	
Até ¼ sal. mínimo	32	44,4	13	33,3	
Até ½ sal. mínimo	25	34,7	14	35,9	
Até 1 sal. mínimo	11	15,3	9	23,1	
Estado marital:					0,375
Com companheiro	43	59,7	25	64,1	
Sem companheiro	29	40,3	14	35,9	
Escolaridade:					0,952
Analfabetismo	7	9,7	4	10,3	
E.F. incompleto	53	73,6	28	71,8	
E.F. completo ou mais	12	16,7	7	17,9	
Atividade Física:					0,515
Sim	8	11,1	5	12,8	
Não	64	88,9	34	87,2	
Tabagismo:					0,092
Sim	44	61,1	24	61,5	
Não	28	38,9	15	38,5	
Etilismo:					0,818
Sim	29	40,3	15	38,5	
Não	43	59,7	24	61,5	
Total	72	100	39	100	

Sobre a profissão das mulheres estudadas, 54,2% eram do Lar e 33,3% trabalhavam como safristas para empresas fumageiras da cidade, enquanto as demais eram: faxineira, doméstica, papeleira, comerciária, auxiliar de escritório, jardineira e agente comunitária de saúde. Das ocupadas, 81,8% possuíam carteira de trabalho assinada e 84,4% recebiam alimentação no local de trabalho.

Quanto às condições de saúde e co-morbidades reportadas pelas entrevistadas, 4,2% referiram diabetes melito, 16,7% hipertensão arterial sistêmica e 6,9% relataram doença óssea ou articular, destacando-se a tendinite. As entrevistadas também citaram anemia (5,6%) e depressão (5,6%).

Tabela 2. Classificação quanto ao estado nutricional da população estudada.

Classificação pelo IMC	Frequência		IMC Mínimo (kg/m ²)	IMC Máximo (kg/m ²)	IMC médio (kg/m ²)	CA médio (cm)
	N	%				
Baixo Peso	2	2,8	18,18	18,29	18,24 (± 0,08)	68,00 (±3,54)
Eutrofia	31	43,1	18,81	24,91	22,05 (± 1,87)	77,60 (±5,05)
Sobrepeso	23	31,9	25,53	29,92	27,92 (± 1,45)	92,36 (±6,26)
Obesidade	16	22,2	30,26	45,82	35,86 (± 5,42)	109,20 (±13,89)
Total	72	100				

A tabela 2 mostra a classificação quanto ao estado nutricional das mulheres de acordo com o IMC, evidenciando que 54,1% apresentaram alterações na adiposidade (31,9% de sobrepeso e 22,2% de obesidade). O IMC apresentou diferença significativa quanto à renda ($p=0,035$) e a idade ($p=0,020$), bem como apresentou forte correlação positiva com a CA ($p=0,000$). Não houve diferença estatisticamente significativa entre o IMC e a escolaridade ($p=0,952$), o estado marital ($p=0,375$), a prática de atividade física ($p=0,515$), o tabagismo (0,092) ou o etilismo ($p=0,818$).

Quanto ao risco para complicações metabólicas de acordo com a CA, 15,3% apresentaram risco aumentado ($CA \geq 80\text{cm}$) e 45,8% da amostra apresentaram risco substancialmente aumentado ($CA \geq 88\text{cm}$), totalizando 61,1% das mulheres com excesso de gordura abdominal. A CA apresentou associação linear com a idade ($p=0,026$).

A renda apresentou associação linear estatisticamente significativa com a escolaridade ($p=0,036$), com a prática de exercícios físicos ($p=0,004$), com o trabalho fora de casa ($p=0,005$) e também com o fato da entrevistada já ter passado fome em algum momento da vida ($p=0,022$), o que indiretamente pode apresentar associação com o excesso de peso, já que a renda esteve inversamente associada com o IMC.

As características da dieta estão mostradas na tabela 3. A análise estatística mostrou que não houve diferença estatisticamente significativa entre as mulheres de baixo peso, eutróficas e com excesso de peso (incluindo participantes com sobrepeso e obesidade) em relação à ingestão energética diária ($p=0,153$), ingestão percentual de lipídios ($p=0,983$), carboidratos ($p=0,977$), proteínas ($p=0,658$) e gramas de fibras ($p=0,970$).

Tabela 3. Características da dieta da população estudada.

Características da dieta	Mínimo	Máximo	Média (DP)
Valor energético (kcal)	222,46	5.031,63	1.738,36 (±890,28)
Proteína (%)	7,87	30,86	15,46 (±4,96)
Carboidrato (%)	14,66	72,65	45,01 (±13,43)
Lipídio (%)	14,26	74,79	39,53 (±12,35)
Fibras (g)	0	31,91	10,77 (±6,21)

Como pode ser observado na tabela 3, a população estudada apresentou uma ingestão média adequada em proteínas, com excesso de lipídios e insuficiente em carboidratos e fibras, de acordo com os critérios descritos na metodologia.

O valor energético total (VET) encontrado no Recordatório 24h não teve associação significativa com o IMC ($p=0,960$), assim como não houve relação entre o IMC e a ingestão de lipídios ($p=0,726$), de carboidratos ($p=0,728$), proteínas ($p=0,959$) ou fibras da dieta ($p=0,653$).

A ingestão de lipídios mostrou associação linear significativa com o trabalho fora de casa ($p=0,004$) e com o tabagismo ($p=0,039$). A proteína da dieta teve associação com o uso de bebida alcoólica ($p=0,024$), enquanto que o carboidrato teve associação com o fato de a entrevistada trabalhar fora de casa ($p=0,007$).

4 DISCUSSÃO

É importante destacar, que, apesar do Recordatório de 24h ser um método possível de ser aplicado, independente da cultura da região estudada¹⁷, ele não permite a observação da dieta habitual da população em questão, podendo ser um aspecto limitante deste estudo. Entretanto, analisando as práticas alimentares de mulheres pobres e obesas, Ferreira¹⁸ relatou que o regime alimentar das mesmas era monótono e apresentava poucas variedades no cardápio. Neste caso, a utilização do Recordatório 24h pode ser considerada uma boa ferramenta de avaliação da alimentação de populações de nível socioeconômico baixo, pois parece existir pouca variedade na escolha alimentar.

Este trabalho propôs-se a investigar fatores relacionados ao estilo de vida feminino e a sua alimentação com a prevalência da obesidade, trilhando assim, caminhos para a discussão do assunto dentro do contexto familiar e entre a rede básica de saúde.

A população estudada caracterizou-se por ser uma amostra jovem e de nível socioeconômico baixo, sendo que este último aspecto era requerido para a realização do estudo. Em relação à profissão das mulheres, destacou-se, junto com a condição do Lar, a atividade de safrista (emprego temporário). Por esta razão, é preciso dizer que, fora do período de safra, um grande percentual das mulheres encontrar-se-á com dificuldade para prover renda para a sua família, com provável repercussão na sua dieta alimentar, possivelmente com prejuízo na questão qualitativa da alimentação.

A prevalência de obesidade encontrada neste estudo aparece de forma mais expressiva do que a encontrada nacionalmente na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2002-2003. O percentual de baixo peso manteve-se abaixo de 5%, evidenciando a não exposição desta população ao problema do déficit nutricional. No Rio Grande do Sul, a POF 2002-2003 encontrou 3,1% de baixo de peso (IMC $<18,5$ kg/m²), 48,3% de sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m²) e 18,5% de obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²) entre as mulheres com 20 anos ou mais (IBGE, 2004).

Este estudo ainda apresentou uma prevalência de obesidade muito maior do que a encontrada por Ferreira¹⁸, onde o objeto de estudo também foi a população feminina de baixa renda. Marinho¹⁹ relataram o aumento discreto da obesidade feminina conforme a idade, sendo que a prevalência ficou em torno de 20%. Resultados semelhantes foram encontrados neste estudo. Entretanto, a associação entre a idade e o IMC apareceu de forma inversa, sendo que a amostra caracterizou-se predominantemente por uma população jovem.

Mondini e Monteiro⁷, analisando os dados provenientes da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), realizada em 1989 pelo IBGE, relataram que a prevalência da obesidade feminina foi maior que a prevalência de desnutrição mesmo entre aquelas que tinham uma renda familiar menor que $\frac{1}{4}$ de salário mínimo *per capita*, e a prevalência de obesidade entre as mulheres foi sempre maior que a desnutrição entre todas as classes sociais, aparecendo em torno de 20%. Neste estudo, 44,44% das mulheres com renda até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo *per capita* (incluindo aquelas sem renda) apresentaram IMC ≥ 25 kg/m².

Em outro estudo²⁰, a prevalência de obesidade feminina (IMC ≥ 30 kg/m²) apareceu em 34%, sendo que 75,3% da amostra total estudada tinham atividade física regular inadequada. Em nosso estudo, a prevalência do sedentarismo foi ainda maior (88,9% do total da amostra). Além disso, no estudo de Raskin²⁰, o tabagismo apresentou associação significativa com IMC inferior a 30 kg/m², já que o número de não-obesas fumantes foi três vezes maior do que o de obesas. Contudo, em nosso trabalho, não foi observada da mesma forma uma relação inversa entre tabagismo e IMC.

A forte correlação entre IMC e CA já foi evidenciada por Sampaio e Figueiredo²¹, assim como neste trabalho. A Organização Mundial da Saúde² considera a CA uma medida simples e que pode refletir um fator de risco para doença cardiovascular, além de outras formas de doença crônica.

Velásquez-Meléndez¹³ encontraram a idade e o estado marital como fatores de risco independentes para o sobrepeso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$), enquanto que o sexo, a escolaridade e também a idade, foram fatores de risco para a obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$). Para eles, a baixa escolaridade entre as mulheres representou um risco muito mais alto para o desenvolvimento da obesidade do que para os homens. Nossos achados não encontraram relação entre o excesso de peso (participantes com sobrepeso e obesidade) e o estado marital, da mesma forma como não ocorreu associação entre escolaridade e o IMC entre as mulheres estudadas.

Destaca-se, entretanto, a associação linear entre renda e escolaridade, assim como também com o fato de a mulher já ter passado fome em algum momento da vida e trabalhar fora de casa, fatores estes que devem ser considerados de risco frente às características da população.

Neste trabalho, a presença de co-morbididades como diabetes melito ou hipertensão não apresentaram associação com o IMC, ao contrário do relatado por Gigante¹⁰. Ainda, Gigante¹⁰ observaram associação entre a obesidade feminina e outros fatores, tais como: não fumar, não ter realizado exercício físico de lazer no último ano, obesidade dos pais e o menor número de refeições diárias. Estas três últimas questões não foram avaliadas em nosso estudo.

Em relação à obesidade central, Kac²² observaram que a obesidade abdominal ($CA > 80\text{cm}$) independe da idade de mulheres em idade reprodutiva. Já Martins e Marinho¹⁹, descreveram a população feminina como o grupo de maior risco para apresentar obesidade centralizada, a qual se associou fortemente à idade e sedentarismo. Em nosso estudo, a CA também apresentou associação linear com a idade, e ainda foi observada em um grande percentual da amostra, constituindo um importante fator a ser avaliado no risco para doenças cardiovasculares destas mulheres.

Apesar de a região estudada ser de extrema pobreza, este estudo demonstrou algumas características heterogêneas desta comunidade, como a presença de mulheres sem renda e também de outras que trabalham no período noturno para empresas fumageiras da cidade. Este fato pode ter contribuído para a presença de grandes disparidades entre a ingestão energética destas mulheres durante o período de um dia. Em alguns casos, o VET apareceu extremamente baixo ($<600\text{kcal/dia}$), provavelmente para aquelas mulheres com menor poder econômico, ou excessivamente alto ($>5000 \text{ kcal/dia}$), possivelmente para as que fazem mais refeições por trabalharem fora de casa, já que a empresa fornece a refeição no horário noturno.

Ainda quanto ao valor energético encontrado, deve-se colocar que, em inquéritos alimentares, é comum a ocorrência de sub-relatos da ingestão alimentar, principalmente entre os obesos. Além disso, parece que mulheres sub-relatam seu consumo alimentar mais do que os homens²³.

Analisando a contribuição dos macronutrientes e fibras na alimentação da população estudada, vê-se um padrão alimentar semelhante ao encontrado pela POF de 2002-2003. Em todo o país e em todas as classes de rendimento, foi observado um consumo, em média, adequado em proteínas, um consumo excessivo de açúcar na dieta da população brasileira (com diminuição do teor de carboidratos totais) e insuficiente em frutas e hortaliças, conseqüentemente pobre em fibras. Na região Sul, observou-se ainda um consumo excessivo de gorduras em geral e também de gorduras saturadas, além da deficiência de frutas e hortaliças⁶.

Destacou-se ainda neste estudo, a associação do carboidrato e do lipídio com o trabalho fora de casa (sendo que a maioria é safrista), descrevendo possivelmente as características alimentares das refeições fornecidas pelas empresas, ricas em amido e gorduras.

Pinheiro³, em seu trabalho de revisão, destacaram que uma das hipóteses que têm sido estudadas para explicar as causas do aumento da prevalência da obesidade, se baseia na diminuição do gasto energético dos indivíduos, associado a fatores dietéticos, como a diminuição

do consumo de fibras e o aumento do consumo de gorduras e açúcares, panorama semelhante ao encontrado na população feminina deste estudo.

Liu²⁴ em seu estudo com mulheres de meia-idade, encontraram uma associação inversa entre o ganho de peso e alto consumo de fibras e alimentos com grãos integrais, sendo que o efeito benéfico do consumo de fibras sobre o ganho de peso foi mais significativo entre aquelas que começaram o estudo com excesso de peso. Ao contrário, o ganho de peso esteve positivamente associado com o consumo de alimentos com grãos refinados.

Apesar de a ingestão de gordura não estar associada estatisticamente com o excesso de peso, embora elevada na sua média total do consumo, são preocupantes os dados encontrados, uma vez que existem teorias que relacionam a obesidade com o consumo calórico proveniente de gorduras, independente do valor calórico total da dieta^{9; 25; 26; 27}.

Um aspecto importante a ser analisado, referente à escolha de alimentos, foi destacado por Drewnowski e Specter²⁸. Eles colocaram que produtos como cereais integrais, hortaliças, frutas, peixes e outras carnes, muitas vezes, estão economicamente inacessíveis aos consumidores de baixa renda, ao mesmo passo em que alimentos altamente energéticos tendem a ter um menor custo, sendo compostos por grãos refinados, adição de açúcar e gordura, tornando-se boas opções de compra para a classe de nível socioeconômico mais baixo. Em nosso estudo, a inadequação das fibras e da gordura pode estar fortemente associada à falta de frutas e hortaliças na dieta e, ao mesmo tempo, pelo excesso de preparações gordurosas, confirmando a questão de Drewnowski e Specter²⁸, sugerindo que as escolhas alimentares são influenciadas pelo gosto, preço e conveniência, e em menor expressão pela saúde e variedade da dieta.

Em estudo realizado com mulheres obesas de baixa renda, Ferreira¹⁸ observou que as escolhas alimentares eram feitas, muitas vezes, em função da viabilidade financeira das entrevistadas e, por esta razão, descreviam uma dieta monótona, pobre em frutas e verduras, e rica em grãos, farináceos, tubérculos, açúcares e gorduras. Entretanto, segundo a autora, muito mais do que isso, inúmeros fatores foram identificados por contribuírem para o desenho do corpo obeso, onde os costumes, crenças, e a história de vida de cada mulher provaram que a obesidade é realmente uma condição muito complexa, que não pode ser entendida somente pela adequação de macro e micronutrientes.

5 CONCLUSÃO

A prevalência da obesidade constatada entre as mulheres pobres da região estudada expressa, na realidade, os novos contornos da pobreza urbana e da exclusão social, sendo que o excesso de peso está, possivelmente, associado à baixa renda, à cultura alimentar (alto consumo de lipídios e baixo consumo de fibras) e ao sedentarismo, contribuindo para o aumento das DCNT.

Dessa forma, espera-se que este trabalho possa contribuir para novos debates e desdobramentos sobre o tema da obesidade na região.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (MS). Guia alimentar para a população brasileira – Promovendo a alimentação saudável. Brasília, 2005. Disponível em: http://dtr 2004. saude.gov.br/ nutricao/ documentos/guia_alimentar_conteudo.pdf (Acesso em 28 dez. 2005).
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global. São Paulo: Roca, 2004.
3. Pinheiro, ARO, Freitas, SFT, Corso, ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. Rev. de Nutrição 17(4),523-33, 2004.

4. Organização Mundial da Saúde (OMS). Controlling the global obesity epidemic. Atualizado em 09/03/2003. Disponível em: <http://www.who.int/nut/obs.htm> (Acesso em: 28 dez. 2005).
5. Ministério da Saúde (MS). Obesidade – Cadernos de Atenção Básica. Nº 12. Brasília, 2006. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/doc_obesidade.pdf (Acesso em 21 ago. 2006).
6. IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002 – 2003. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_devida/pof/2002aquisicao/pof2002aquisicao.pdf (Acesso em 28 dez. 2005).
7. Mondini, L, Monteiro, CA. Relevância epidemiológica da desnutrição e da obesidade em distintas classes sociais: métodos de estudo e aplicação à população brasileira. Rev. Bras. Epidemiol. 1(1), 28-39, 1998.
8. Batista Filho, M, Rissin, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cad. Saúde Pública 19(1), 181-91, 2003.
9. Monteiro, CA, Mondini, L, Souza, [A.L.M.de](#); Popkin, BM. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In:____. Monteiro, Carlos Augusto. Velhos e novos males da saúde no Brasil – A evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec Nupns/USP, p. 247-55, 1995.
10. Gigante, DP, Barros, FC, Post, CLA, Olinto, MTA. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. Rev. Saúde Pública 31(3), 236-46, 1997.
11. Monteiro, CA, Conde, WL, Castro, IRR. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1), 67-75, 2003.
12. Ferreira, Vanessa Alves. Obesidade & pobreza: o aparente paradoxo. Dissertação. Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003.
13. Velásquez-Meléndez, G, Pimenta, AM, KAC, G. Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo transversal de base populacional. Revista Panamericana de Salud Pública 16(5), 2004.
14. Philippi, ST, Szarfarc, SC, Laterza, AR. Virtual Nutri: Sistema de análise nutricional. (programa de computador). Versão 1.0 for Windows. Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1996.
15. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde para o sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasília, junho de 2004.
16. Institute of Medicine. Food and Nutrition Board. Dietary Reference Intakes of macronutrients (carbohydrates, fiber, fat, fatty acids, protein and amino acids) (2002/2005). Disponível em: <http://www.iom.edu/CMS/3788/4574.aspx> (Acesso em 19 abril 2006).
17. Fisberg, RM, Slater, B, Marchioni, DML, Martini, L.A. Inquéritos alimentares – Métodos e bases científicas. São Paulo: Manole, 2005.
18. Ferreira, HS, Florêncio, TMTM, Fragoso, MAC, Melo, FP, Silva, TG. Hipertensão, obesidade abdominal e baixa estatura: aspectos da transição nutricional em uma população favelada. Rev. de Nutrição 18(2), 209-18, 2005.
19. Marinho, SP, Martins, IS, Perfstrello, JPP, Oliveira, DC. Obesidade em adultos de segmentos pauperizados da sociedade. Rev. de Nutrição 16(2), 195-201, 2003.

20. Raskin, DBF, Pinto-Neto, AM, Paiva, LHSC, Raskin, A, Martinez, EZ. Fatores associados à obesidade e ao padrão andróide de distribuição da gordura corporal em mulheres climatéricas. *RBGO* 22(7), 435-41, 2000.
21. Sampaio, LR, Figueiredo, VC. Correlação entre o índice de massa corporal e os indicadores antropométricos de distribuição de gordura em adultos e idosos. *Rev. de Nutrição* 18(1), 53-61, 2005.
22. Kac, G, Velasquez-Meléndez, G, Coelho, MASC. Fatores associados à obesidade abdominal em mulheres em idade reprodutiva. *Rev. Saúde Pública* 35(1), 46-51, 2001.
23. Scagliusi, FB, Lancha Júnior, AH. Subnotificação da ingestão energética na avaliação do consumo alimentar. *Rev. de Nutrição* 16(4), 471-81, 2003.
24. Liu, S, Willett, WC, Manson, JE, HU, FB Rosner, B, Coditz, G. Relation between changes in intakes of dietary fiber and grain products and changes in weight and development of obesity among middle-age women. *Am J Clin Nutr* 78:920-7, 2003.
25. Sichieri, Rosely. *Epidemiologia da obesidade*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.
26. Pereira, LO, Francischi, RP, Lancha, JR. AH. Obesidade: hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina. *Arq Bras Endocrinol Metab* 47(2),111-127, 2003.
27. Francischi, RPP, Pereira, LO, Freitas, CS, Klopfer, M., Santos, RC, Vieira, P, Lancha Júnior, AH. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Rev. de Nutrição* 13(1), 17-28, 2000.
28. Drewnowski, A, Specter, SE. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *Am J Clin Nutr* 79(1), 6-16, 2004.
29. Martins, IS, Marinho, SP. O potencial diagnóstico dos indicadores da obesidade centralizada. *Rev. Saúde Pública* 37(6), 760-7, 2003.