

**A EDUCAÇÃO NUTRICIONAL COMO FORMA DE VIABILIZAR O TRATAMENTO DE MULHERES COM SOBREPESO E OBESIDADE, COM BAIXA RENDA, ATENDIDAS NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS), NO MUNICÍPIO DE CABREÚVA, SP**

**EDUCATION NUTRITIONAL AS FORM TO MAKE POSSIBLE THE TREATMENT OF WOMEN WITH OVERWEIGHT AND OBESIDADE, LOW INCOME, TAKEN CARE OF IN A BASIC UNIT OF HEALTH (UBS), IN THE CITY OF CABREÚVA, SP**

**Rita Aparecida Moraes Hollo<sup>1,3,4</sup>, Monaliza Donegati Oliveira Leite<sup>1,2</sup>, Francisco Navarro<sup>1</sup>**

**RESUMO**

Objetivo: Adoção de hábitos alimentares saudáveis, visando uma redução do peso corporal e melhora no quadro clínico. Materiais e Métodos: Foram selecionadas 28 mulheres entre 20 e 59 anos, com sobrepeso e obesidade e co-morbidades associadas, numa Unidade Básica de Saúde (UBS), município de Cabreúva, SP, janeiro a março de 2006. Os dados foram coletados através de histórico clínico e alimentar. Primeira etapa: aconselhamento de redução de 5 a 10% do peso corporal. Prazo de avaliação dos resultados após 6 meses. Utilizado material educativo do Ministério da Saúde, os Dez Passos da Alimentação Saudável. Resultados: Todas as mulheres apresentavam algum grau de excesso de peso com maior concentração e agravamento do diagnóstico na faixa etária de 40 a 59 anos. Verificou-se alto consumo de óleo vegetal e açúcar simples e o baixo consumo de hortaliças e frutas. Conclusão: Programas de educação nutricional são necessários para ajudar no enfrentamento do atual quadro mundial a obesidade. Ações combinadas com informação e motivação são bem sucedidas em ambientes de pessoas de baixa renda e pouca escolaridade.

**Palavras Chaves:** Mulher, obesidade, sobrepeso e educação nutricional

1 – Programa de pós graduação Lato Sensu em Obesidade e emagrecimento da Universidade Gama Filho – UGF

2 – Bacharel em nutrição pelo Centro Universitário São Camilo – SC

3 – Bacharel em nutrição pelo Centro Universitário Nossa Senhora do Patrocínio – CEUNSP

4 – Especialista em nutrição clínica pela Universidade Gama Filho – UGF

**ABSTRACT**

Objective: Adoption of healthful alimentary habits, aiming a reduction of the corporal weight and improves in the clinical picture. Materials and Methods: 28 women between 20 and 59 years had been selected, with overweight, obesity and co-morbidades associates, in a Basic Unit of Health (BUH), city of Cabreúva, SP, from January to march of 2006. The information had been collected through clinical and alimentary description. First stage: advice of reduction from 5 to 10% of the corporal weight. Stated period of evaluation of the results after 6 months. It used was educative material of the health department, the Ten Steps of the health feeding .Results: All the women presented some degree of excess of weight with bigger concentration and aggravation of the diagnosis in the band of 40 and 59 years. One verified high vegetal oil consumption and simple sugar and the low consumption of vegetables and fruits. Conclusion: Programs of nutritional education are necessary to help in the confrontation of the current world-wide picture of obesity. Actions combined with information and motivation are successful in environments of low income people and little scholar chip.

**Key Words:** Woman, obesity, overweight and nutritional education

Endereço para correspondência:

E-mail: [nutricaocabreuva@bol.com.br](mailto:nutricaocabreuva@bol.com.br)

2 - E-mail: [monadonegati@hotmail.com](mailto:monadonegati@hotmail.com)

Av Marciano Xavier de Oliveira n° 208  
 Centro - Cabreúva - SP - 13 315-000

## INTRODUÇÃO

O Sobrepeso e a obesidade são caracterizados pelo acúmulo ou pelo excesso de tecido adiposo, podendo ser tanto generalizado como localizado, segundo Mahan e Escott-Stump (2002); Renehan (2005); Calle e colaboradores (1999), citado por Gomes e colaboradores (2006) estão em acordo com Ferreira e Magalhães (2005), quando enfatizam a obesidade como uma doença crônica que compromete a saúde dos indivíduos, além de serem importantes preditores de morbidade e de mortalidade na população.

Mondini e Monteiro (1998) reportam que a natureza dessa doença seja multifatorial e com determinantes de sua gênese os fatores, genéticos, metabólicos, endócrinos, nutricionais, psicossociais e culturais, porém sua etiologia não esta totalmente esclarecida. Para Anjos (1992) o excesso de peso corporal pode ser estimado por diferentes métodos ou técnicas: Índice de Massa Corporal (IMC), dobras cutâneas, relação cintura-quadril, ultrassom, ressonância magnética, entre outras. O IMC, desenvolvido no século passado, por Lambert Adolphe Jacques Quetelet, matemático belga, define a divisão do peso em kg pela altura em metros quadrados, esse método é bem aceito em populações e vem sendo amplamente utilizado em estudo epidemiológicos, é um método não-invasivo, barato, universalmente aplicável e tem correlação com a gordura corporal.

Em estudos de Pereira, Franschini e Lancha Jr. (2003) demonstra-se evidências que a prevalência do sobrepeso e da obesidade tem aumentado em taxas alarmantes, afetando tanto as nações desenvolvidas, em desenvolvimento como subdesenvolvidos sem diferenças nas classes, tanto sociais como étnicas.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), (1997) a obesidade já atinge 7,0 % da população mundial e o sobrepeso cerca de 14,0 a 20,0 %, sendo considerada uma epidemia mundial. Nos Estados Unidos, 54% dos adultos estão com sobrepeso e 22% estão obesos e esse número vem aumentando significativamente.

A prevalência do sobrepeso e obesidade cresceu na população brasileira entre as décadas de 70 e 90, segundo trabalho de Mendonça e Anjos (2004).

Comparando-se os inquéritos antropométricos nacionais (Estudo Nacional de Despesa Familiar ENDEF, realizado nos anos de 1974/1975 e a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição PNSN de 1989) e regionais (Pesquisa de Padrões de Vida PPV de 1997) o resultado é considerado uma situação grave e preocupante. Pinheiro, Freitas e Corso, 2004 citam os dados do Ministério da Saúde (MS) que apontam o quanto a população adulta vem apresentando prevalência de excesso de peso. Dados PNSN, (1989) cerca de 32% dos adultos brasileiros têm algum grau de excesso de peso.

Em trabalho de Gigante e colaboradores citado por Marques, Arruda e Espírito Santo (2005) os mesmos concluíram que a prevalência de obesidade aumenta marcadamente com a idade e também em relação ao gênero. Em acordo Claudino e Zanella (2005) acreditam que a ocorrência em mulheres e de classes sociais menos favorecidas é mais elevada que em relação aos homens.

Sortelli e Franco (2003) citam trabalho de Monteiro e colaboradores (2000), onde os mesmos apontam que em áreas urbanas as mulheres, principalmente às da região Sudeste, pertencentes aos maiores estratos econômicos mostraram uma redução de peso na última década o que vai de encontro com estudos de Monteiro, Mondini e Popkin (1995), citado por Mondini e Monteiro (1998).

Marques, Arruda e Espírito Santo (2005) citam que estudos prospectivos sugerem que a obesidade por sua vez está associada ao aumento significativo da morbimortalidade por outras doenças, entre as enfermidades estão a hipertensão arterial, dislipidemias, doença coronariana isquêmica, doença da vesícula biliar, doenças osteoarticulares, diabetes insulino-dependente ou não-insulino-dependente e alguns tipos de câncer, sendo observada uma prevalência maior de obesidade nas mulheres, em relação aos homens, inclusive entre os idosos, dados de OMS, 1997; Bouchard (2003); Halpern e colaboradores (1998).

## HIPERTENSÃO

Segundo a OMS a hipertensão depende da interação entre predisposição genética e fatores ambientais, embora ainda não seja completamente conhecido como

estas interações ocorrem. Para Claudino e Zanella (2005), é de reconhecimento geral que existe uma associação entre obesidade e hipertensão, que para cada kg de peso ganho, a pressão arterial sistólica se eleva em média 1 mmHg. Por outro lado a redução de peso, mesmo quando modesta, traz benefícios ao paciente hipertenso.

A prevalência da obesidade foi determinante quando comparados pacientes hipertensos com não hipertensos segundo os estudos de Framingham (Claudino e Zanella, 2005).

## **DIABETES**

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) classifica como diabetes Tipo 1 os indivíduos cujas células betas do pâncreas, são destruídas e não produzem mais insulina.

E no diabetes do tipo 2, a produção de insulina é contínua pelo pâncreas, porém ocorre uma incapacidade de absorção das células musculares e adiposas, chamada de "resistência insulínica", possui um fator hereditário maior que no tipo 1. Além disso, há uma grande relação com a obesidade e o sedentarismo. Estima-se que 60% a 90% dos portadores da doença sejam obesos e a incidência é maior após os 40 anos, porém para Harris e colaboradores, citado por Sartorelli e Franco (2003) independe a idade.

Em estudos de Peres, Franco e Santos (2006) os mesmos concluíram que o diabetes constitui um grave problema de saúde pública devido a sua alta frequência na população, as complicações envolvidas, altos custos financeiros e sociais despendido no tratamento, a mortalidade, e a deterioração significativa da qualidade de vida.

## **DISLIPIDEMIA**

Para Franca e Alves, 2006 a dislipidemia é caracterizada por uma alteração das concentrações sanguíneas dos lipídios e lipoproteínas circulantes, podendo ser classificadas como primária ou secundária, segundo Cuppari (2005). Primária quando relacionada a alterações genéticas e ambientais e a secundária quando associada a

outras doenças ou uso de medicamento. Estudos demonstram que concentrações elevadas de colesterol total, colesterol LDL e triglicérides estão correlacionados com maior incidência de hiperlipidemia, hipertensão e doença aterosclerótica. Essas doenças ocorrem em consequência da formação de placas lipídicas (ateromas) que se depositam na parede arterial, podendo obstruir a luz dos vasos sanguíneos, conforme Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), (2004).

Segundo Piegas e colaboradores (2003), qualquer aumento na prevalência de dislipidemia e sobrepeso em adultos e, sobretudo, em crianças é muito importante, porque esses são dois dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, uma das três principais causas de morbi-mortalidade no Brasil.

## **RENDA**

Em estudos de Mondini e Monteiro (1998), mesmo quando a renda familiar encontra-se abaixo da linha da pobreza absoluta (renda mensal per capita de menos de um quarto de salário mínimo) a obesidade alcança prevalências elevadas. Países desenvolvidos têm mostrado que os grupos de menor renda e escolaridade têm maiores riscos de sobrepeso e obesidade, confirmado em trabalho de Gutierrez e colaboradores (2002) e Torrance, Hooper e Reeder (2002), citado por Teichmann, (2006).

Os alimentos industrializados são mais acessíveis e com isso houve um predomínio no consumo. Esses alimentos possuem maior valor calórico, mais açúcares simples e mais gorduras. Houve também uma diminuição da ingestão de legumes, verduras e frutas e a diminuição da prática de atividades físicas como aponta estudos de Mendonça e Anjos (2004).

## **EDUCAÇÃO NUTRICIONAL**

Segundo Gouveia (1999), citado por Corbini e Peres (2004) a educação nutricional procura propagar o conhecimento da ciência da Nutrição para as pessoas de diferentes

níveis sócio-econômico e cultural, assegurando assim, no contexto da promoção das práticas alimentares saudáveis. Escolha de uma alimentação equilibrada, técnicas de preparação e manipulação com higiene.

A criação de protocolos e condutas relacionadas à prevenção da obesidade é um grande desafio aos profissionais e serviços de saúde no Brasil. A ênfase em práticas clínicas integradas ao processo de educação nutricional é prioritária para conscientizar não só o acesso, mas principalmente as incorporações de hábitos alimentares saudáveis de vida e alimentação reportam Ades e Kerbauy (2002), citado por Pinheiro, Freitas e Corso (2004).

“Com base na prevalência crescente do sobrepeso/obesidade no país, o Ministério da Saúde (MS) produziu os dez passos para o peso saudável dentro do Plano Nacional para a Promoção da Alimentação Adequada e do Peso Saudável cujos objetivos são:

- 1- aumentar o nível de conhecimento da população sobre a importância da promoção à saúde e de se manter peso saudável e de se levar uma vida ativa;
- 2- modificar atitudes e práticas sobre alimentação e atividade física;
- 3- prevenir o excesso de peso.

Os 10 passos para o peso saudável do Ministério da Saúde do Brasil - 2001

1. Comer frutas e verduras variadas, pelo menos duas vezes por dia;
2. Consumir feijão pelo menos quatro vezes por semana;
3. Evitar alimentos gordurosos como carnes gordas, salgadinhos e frituras;
4. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele do frango;
5. Nunca pular refeições: fazer três refeições e um lanche por dia. No lanche escolher uma fruta;
6. Evitar refrigerantes e salgadinhos de pacote;
7. Fazer as refeições com calma e nunca na frente da televisão;
8. Aumentar a sua atividade física diária. Ser ativo é se movimentar. Evitar ficar parado, você pode fazer isto em qualquer lugar;
9. Subir escadas ao invés de usar o elevador, caminhar sempre que possível e não passar longos períodos sentado assistindo à TV;
10. Acumular trinta minutos de atividade física todos os dias.

Os sete primeiros passos estão relacionados à dieta e os três últimos ao incentivo a se ter uma vida mais ativa.

O presente trabalho tem como objetivo destacar a importância da educação alimentar na prática de adoção de hábitos alimentares saudáveis, de mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde (UBS), com baixa renda e pouca escolaridade, através do programa “Os 10 passos para o peso saudável do Ministério da Saúde do Brasil”, visando uma redução do peso corporal e com isso uma melhora no quadro das co-morbidades.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Entre os atendimentos ambulatoriais realizados nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2006, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Milena Ciola, no município de Cabreúva, pelo departamento de nutrição, foram selecionadas 28 mulheres, com idade mínima de 20 e máxima de 59 anos, diagnosticadas com sobrepeso e obesidade, com encaminhamento médico para buscarem tratamento de redução de peso corporal e conseqüentemente melhora das co-morbidades existentes.

O protocolo nutricional de atendimento utilizado, buscou conhecer o histórico clínico das pacientes: doenças diagnosticadas, internações, prescrição medicamentosa, exames laboratoriais, evolução clínica através de relatos do paciente e registros em prontuário; histórico alimentar: intolerâncias e alergias, rotina alimentar, forma de preparo, critérios de seleção dos alimentos, variações de peso, dieta, uso de medicamentos ditos naturais para redução de peso, tabus e mitos alimentares presentes e expectativa sobre o tratamento e os resultados. Esses dados foram coletados em especial na primeira consulta e aprofundados na consultas subseqüentes.

Como indicadores antropométricos utilizou-se: Peso Atual e Usual, Estatura e IMC.

A classificação com relação à adiposidade baseada no IMC foi obtida pela divisão do valor do peso (em quilogramas) pela estatura (em metros quadrados), indicador largamente utilizado por sua

simplicidade e aplicabilidade na avaliação nutricional de adultos. Como pontos de corte foram adotados os recomendados pela OMS, conforme a seguinte categorização: baixo peso (IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup>), normal (18,5 a 24,9 kg/m<sup>2</sup>), sobrepeso (25,0 a 29,9 kg/m<sup>2</sup>) e obesidade (≥ 30 kg/m<sup>2</sup>).

Para a obtenção do peso, utilizou-se balança plataforma da marca Filizola, com capacidade até 150Kg e precisão de 100 gramas, o peso foi medido em quilogramas. Todas as mulheres foram pesadas sem sapatos e com roupas leves, sem adornos e celulares nos bolsos.

A estatura foi aferida em metros, utilizando-se o estadiômetro da mesma balança. As mesmas sem sapatos e adornos de cabelos, pés unidos, em posição ereta e olhar na altura da linha do horizonte.

Os retornos foram com intervalos de aproximadamente dois a três meses. O tempo determinado para avaliação dos resultados obtidos foi de seis meses.

Após a aplicação da anamnese e das medidas antropométricas as pacientes receberam orientações quanto a avaliação antropométrica, cujo resultado estaria entre o sobrepeso e obesidade nos diferentes graus de classificação de acordo com a tabela de IMC, segundo OMS. Todas foram aconselhadas numa primeira etapa do tratamento a reduzir cerca de 5 a 10% do peso corporal inicial em aproximadamente 6 meses. O que traria uma melhora no quadro clínico das comorbidades associadas: hipertensão, diabetes, dislipidemias, osteoartrites, além da melhora da auto-imagem.

Após orientações para redução de peso as pacientes receberam informações sobre a qualidade do padrão alimentar seguido por elas e a associação dos mesmos como

causa do ganho progressivo de peso e agravos a saúde.

De acordo com as características individuais obtidas foram realizados aconselhamentos e orientações nutricionais para melhora na qualidade da alimentação do dia a dia: aquisição do hábito de fazer o café da manhã, aumento no número de refeições dia, regularidade de horários para as refeições, mudanças nas técnicas de preparo, inclusão de hortaliças e legumes nas refeições, forma de prepará-las, inclusão de fruta, uma ao menos ao dia, critérios para seleção de alimentos. Utilizou-se como recurso o material educativo do Ministério da Saúde, os Dez Passos da Alimentação Saudável.

Nas consultas subseqüentes as pacientes inicialmente falaram sobre o período que se seguiu após a primeira consulta. O que conseguiu mudar na sua rotina alimentar e de seus familiares, o que não conseguiu colocar em prática, quais foram as dificuldades, como se sentiram, como se sentem no momento, e se estão motivados a continuar o tratamento. Em seguida recebiam orientações e aconselhamentos sobre o que havia sido relatado. Só então aferia-se o Peso. A conduta foi sempre reforçar o positivo: as pacientes que emagreciam recebiam os parabéns e as que não conseguiam buscou-se motivá-las a acreditarem que as mudanças colocadas em prática trariam resultados na balança num tempo de médio a longo prazo. Porém alguns benefícios já estavam sendo obtidos, como a melhora no controle da Pressão Arterial, na glicemia, nas dores articulares, entre outros relatados por eles mesmos.

## RESULTADOS

**Tabela 1.** Número e porcentagem de mulheres segundo índice de massa corporal e idade. Município de Cabreúva – UBS Milena Ciola -1<sup>o</sup> Trimestre 2006

Categoria	Anos				Total	
	20-39		40-59		n	%
	n	%	n	%		
Sobrepeso	2	7%	2	7%	4	14%
Obesidade I	5	18%	4	14%	9	32%
Obesidade II	5	18%	9	32%	14	50%
Obesidade III	0	-	1	3,5%	1	3,5%

**Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.**  
**ISSN 1981-9919 versão eletrônica**

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

[www.ibpex.com.br](http://www.ibpex.com.br) - [www.rbone.com.br](http://www.rbone.com.br)

**Tabela 2.** Número e porcentagem de mulheres segundo índice de massa corporal e comorbidades. Município de Cabreúva – UBS Milena Ciola -1º Trimestre 2006

Categoria	IMC							
	25-29.9		30-34.9		35-39.9		>40	
	n	%	n	%	n	%	n	%
HAS	3	11%	8	29%	4	14%	1	4%
DMID	3	11%	2	7%	1	4%	0	-
DMNID	1	4%	3	11%	1	4%	1	4%

**Tabela 3.** Consumo Médio Per capita, de latas de óleo soja/mês no início do tratamento . Município de Cabreúva – UBS Milena Ciola -1º Trimestre 2006

Categoria	Óleo Soja – “latas”- per capita					
	< 1		1-2		2-3	
	n	%	n	%	n	%
	6	21,5%	18	64%	4	14%

Nota: Média per capita obtida pelo consumo total de latas dividida pelo numero de pessoas que moram na casa.

**Tabela 4.** Porcentagem da Redução do Peso Corporal obtido após 6 meses de acompanhamento, segundo idade. Município de Cabreúva – UBS Milena Ciola -2º Semestre 2006

Categoria	Anos				Total	
	20-39		40-59		n	%
	n	%	n	%		
Não Perderam Peso	-	-	1	4%	1	4%
Aumentaram Peso	-	-	-	-	-	-
0-5% do Peso Corporal	4	14%	6	21%	10	35%
5,1-10% do Peso Corporal	5	18%	9	32%	14	50%
10,1-15% do Peso Corporal	2	7%	1	4%	3	11%

Na análise da amostra, pelo IMC, conforme apresentado na Tabela 1, todas as mulheres apresentavam algum grau de excesso de peso, sendo 14% sobrepeso e 86% obesidade, classificada e distribuída em três diferentes níveis. Obesidade grau I (IMC 30 a 34,9 kg/m<sup>2</sup>) 32%, obesidade grau II (35 a 39,9 kg/m<sup>2</sup>) 50% e obesidade grau III (IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>) 3,5%.

Quanto às características clínicas da amostra estudada a maior concentração de números de casos, bem como o agravamento deste diagnóstico e as co-morbidades foi verificado entre a faixa etária de 40 e 59 anos de idade, de acordo com a Tabela 2.

Entre os hábitos alimentares presentes inicialmente entre essas mulheres e que certamente favoreceram ao agravo desse quadro, o que mais se destacou foi o consumo

per capita de óleo vegetal, 64% consomem entre 1 e 2 latas e 14% consomem entre 2 e 3 latas ao mês totalizando em média 1,8 kg mensal, dados apresentado na Tabela 3. O ENDEF (1997) aponta um consumo médio per capita 6,6 kg ao ano, perfazendo um total de 0,5 kg ao mês.

O arroz e o feijão em virtude do acréscimo excessivo de óleo no preparo, tornam-se alimentos altamente calóricos e ainda o desconhecimento de técnicas de preparo faz com que a dita "mistura" sempre seja apresentada através de frituras.

Reduzir consumo de alimentos gordurosos, pele de frango, carnes gordas e frituras, foi o primeiro passo trabalhado entre esse grupo de mulheres, que receberam orientações de outras técnicas de preparo como refogados, ensopados, cozidos, grelhados e assados. Além de serem estimuladas a fazer uso de ervas aromáticas, temperos caseiros para que se reduzisse também o consumo de sal e temperos industrializados.

Em relação ao consumo de carnes, o critério de compras seguido considerava preço em primeiro lugar. Orientou-se associar preço e qualidade, verificar a quantidade de gorduras e ossos presentes nas carnes adquiridas. E que essa era uma oferta aparente, e que separado gorduras e ossos, o restante que deveria ser consumido traduzia o preço real. Novos critérios de compras foram aprendidos respeitando as condições financeiras dessas mulheres. A redução no consumo de óleos e gorduras neste grupo de mulheres, foi sem dúvida o fator que mais contribuiu para a redução de peso, conforme observa-se na Tabela 4. A perda de 5% a 10% da massa corporal é suficiente para conferir efeitos benéficos para a saúde e apresentar melhora do quadro clínico, Riccardi e Rivellese (2000).

Outros passos foram sendo trabalhados e reforçados sem obrigatoriedade de ser seguir uma ordem e de acordo com cada caso. Porém outro passo de maior impacto para a melhora de peso e co morbididades destas mulheres foi à introdução de vegetais e frutas no cotidiano alimentar. Muitas mulheres relataram que não consumiam por desconhecerem as hortaliças e ou suas formas de preparo, por ouvirem que era ruim, por acharem que era muito caro.

Os aspectos financeiros foram referidos em estudos de Peres, Franco e

Santos (2006), como sendo um dos itens que dificultavam o seguimento da dieta. Ter uma boa condição financeira foi visto como um facilitador e um estímulo positivo para se seguir à dieta recomendada. A mesma dificuldade não foi observada em estudos realizado por Jaime e colaboradores (2007) que contrariam a visão de que os preços elevados das frutas e hortaliças seriam obstáculos para sua promoção em ambientes de pobreza, mesmo em países desenvolvidos.

Com relação às frutas muitas relataram que o preço era uma das causas do baixo consumo e que as frutas mais baratas como banana não deveriam ser consumidas por elas porque engordavam. Foi um dos passos que se trabalhou muito a quebra de mitos e tabus.

O consumo de arroz e feijão é pratica comum neste grupo de mulheres. Um hábito diário, porém feito de forma muito banal. Orientou-se neste passo maior variedade na preparação deste prato tão brasileiro, com receitas simples como arroz com legumes, "risoto" de frango e arroz de forno, já em relação ao feijão orientou-se o controle de óleo, uso de alho, cebola e ervas aromáticas.

Com relação ao número de refeições por dia, muitas omitiam o café da manhã. A maioria fazia apenas 2 refeições ao longo do dia: almoço e jantar. Relataram também que faziam isso porque acreditavam que comendo menos vezes engordariam menos e ou emagreceriam. Orientou-se nesse passo a importância do café da manhã diariamente. Bem como o número de refeições dia e os horários regulares para as mesmas.

Sentar-se a mesa e fazer as refeições com calma, hábito também não muito presente entre essas mulheres. Algumas relataram falta de tempo porque precisam levar ou buscar os filhos na escola, outras porque tinham que cuidar da casa. Para cada caso relatado, buscou-se um aconselhamento nutricional individualizado.

O consumo de refrescos artificiais entre essas mulheres de acordo com os relatos era maior que refrigerantes, embora também fossem freqüentes. Orientou-se a substituição por sucos naturais diluídos com água e o controle na adição de açúcar ou a substituição por adoçantes. Chamou atenção também o consumo de café infusão adoçado, algumas mulheres relataram consumir até mais de uma garrafa ao longo do dia. Neste

## Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

caso calculou-se quanto se consumia de açúcar e o que representavam no total calórico consumido por dia, bem como os fatores anti-nutricionais que envolviam esse hábito. Esses dados vão ao encontro com o trabalho apresentado por Oliveira e Fisberg, (2003), que constata que o aumento do consumo de açúcares simples e gorduras poderiam explicar a obesidade encontrada na infância e na adolescência.

O consumo de água está pouco presente entre essas mulheres, algumas relataram que passavam o dia muitas vezes sem consumi-la. Destacou-se então a importância da água para a vida e a quantidade necessária ao dia. Sugeriu-se o aumento gradual no consumo até o recomendado.

Com relação ao aumento da atividade física todas as mulheres foram orientadas conversarem com seus médicos e a pedirem orientações. Nas consultas subseqüentes algumas relataram que foram orientadas a caminhar e outras a não praticarem nenhuma atividade em virtude de complicações nas doenças já diagnosticadas.

Em trabalho de Grundy, (2003), citado por Santos e colaboradores, (2006) os mesmos afirmam que mudanças no estilo de vida, com perda ponderal moderada, porém progressiva, são a conduta aceita como mais efetiva. Além disso, perda de peso, com aumento da atividade física, reduz em 60% a probabilidade da tolerância à glicose.

### CONCLUSÃO

Ressaltamos que o presente estudo indica que Programas de educação nutricional são necessários para ajudar no enfrentamento do atual quadro mundial – a obesidade e suas co-morbidades - através de práticas de uma alimentação saudável e melhora na qualidade de vida. Ações combinadas com informação e motivação são bem sucedidas em ambientes de pessoas de baixa renda e pouca escolaridade.

A simples divulgação e difusão de uma lista de passos a serem seguidas pelos indivíduos não garante a adesão da população a um estilo de vida saudável. É necessário esclarecimento, acompanhamento e avaliação.

Percebeu-se que essas ações propiciaram uma melhora na escolha dos alimentos, na sua forma de preparo, gerando assim uma redução de peso corporal e conseqüentemente uma melhora no quadro das co-morbidades.

### REFERÊNCIAS

- 1- Anjos, L.A. Índice de massa corporal (massa corporal/estatura<sup>2</sup>) como indicador do estado nutricional de adultos: Uma revisão de literatura. Revista de Saúde Pública. Vol. 26. Num. 6. 1992. p.431-6
- 2- Claudino, A.M.; Zanella, M.T. Transtornos alimentares e obesidade: guias de medicina ambulatorial e hospitalar. 1ª edição. Barueri. Manole. 2005.
- 3- Corbini, L.B.; Peres, S.P.B.A. Educação nutricional para pacientes em rotina ambulatorial. Revista Nutrição Brasileira. Rio de Janeiro. Vol. 3. Num. 5. 2004. p. 276-281.
- 4- Cuppari, L. Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto. 2º edição. rev.amp. Barueri, SP, Manole, 2005.
- 5- Ferreira, V.A.; Magalhães, R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. Revista de saúde pública. Rio de Janeiro. Vol. 21. Num. 6. 2005. p. 1792-1800
- 6- Franca E.; Alves, J.G.B. Dislipidemia entre crianças e adolescentes de Pernambuco. Arq. Bras. Cardiol. São Paulo. Vol. 87. Num. 6. 2006. p.722-727
- 7- Gomes, B.G.; Gianella Neto, D.; Mendonça E.; Tambascia M.A.; Fonseca, M.R.; Réa, R.R.; Macedo, G.; Modesto Filho, J.; Schmid, H.; Bittencourt, A.V.; Cavalcanti, S.; Rassi, N.; Faria M.; Pedrosa H.; Dib, S.A.; e colaboradores. Prevalência de sobrepeso e obesidade em pacientes com diabetes mellitus do tipo 2 no Brasil: estudo multicêntrico nacional. Arquivo brasileiro de endocrinologia e metabologia. São Paulo. Vol. 50. Num. 1. 2006. p. 136-144

## Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

[www.ibpex.com.br](http://www.ibpex.com.br) - [www.rbone.com.br](http://www.rbone.com.br)

- 8- Jaime, P.C.; Machado, F.M.; Westphal, M.F.; Monteiro, C.A. Educação nutricional e consumo de frutas e hortaliças: ensaio comunitário controlado. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. Vol. 41. Num. 1. 2007. p. 1-4
- 9- Mahan, K.; Escott-Stump, S. *Krause alimentos, nutrição e dietoterapia*. 10ª edição. São Paulo. Editora Roca. 2002.
- 10- Marques, A.P.O.; Arruda, I.K.G.; Espirito Santo, A.C.G. Prevalência de obesidade e fatores associados em mulheres idosas. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia*. São Paulo. Vol. 49. Num. 3. 2005. p. 441-448
- 11- Mendonça, C.P.; Anjos L.A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro. Vol.20. Num. 3. 2004.p.698-709
- 12- Mondini, L.; Monterio, C.A. Relevância epidemiológica da desnutrição e da obesidade em distintas classes sociais: métodos de estudo e aplicação à população brasileira. *Revista Brasileira de epidemiologia*. São Paulo. Vol. 1. Num. 1. 1998. p. 28-39
- 13- Oliveira, C.L.; Fisberg, M. Obesidade na infância e adolescência – uma verdadeira epidemia. *Arquivo Brasileiro de Metabologia*. São Paulo. Vol. 47. Num. 2. 2003. p.107-108
- 14- Pereira, L.O.; Francischi R.P.; Lancha Jr., A.H. Obesidade: hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia*. São Paulo. Vol. 47. Num. 2. 2003. p. 111-127
- 15- Peres, D.S.; Franco, L.J.; Santos, M.A.. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. Vol. 40. Num. 2. 2006. p. 310-317
- 16- Piegas, L.S.; Avezum. A.; Pereira, J.C.; Neto, J.M.; Hoepfner, C.; Farran, J.A.; e colaboradores. Afirmar Study Investigators. Risk factors for myocardial infarction in Brazil. *American Heart Journal*. Vol. 154. Num 2. 2003. p. 331-8
- 17- Pinheiro, A.R.O.; Freitas, S.F.T.; Corso, A.C.T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista de Nutrição*. Campinas. Vol. 17. Num. 4. 2004. p.523-533
- 18- Quetelet A. *Physique sociale: ou, essai sur le développement des facultés de l'homme*. Brussels, Belgium: C. Muquardt; 1869.
- 19- Riccardi, G.; Rivellese, A.A. Dietary treatment of the metabolic syndrome: the optimal diet. *British Journal Nutrition*. Vol. 83.Supl. 1. 2000. p.143-148
- 20- Santos, C.R.B.; Portella E.S.; Ávila, S.S.; Soares, E.A. Fatores dietéticos na prevenção e tratamento de comorbidades associadas à síndrome metabólica. *Revista de Nutrição*. Campinas. Vol. 19. Num. 3. 2006. p. 389-401
- 21- Sartorelli, D.S.; Franco, L.J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Revista de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. Vol. 19. Supl. 1. 2003. p. 29-36
- 22- Teichmann, L.; Olinto, M.T.A.; Costa, J.S.D.; Ziegler, D.. Fatores de risco associados ao sobrepeso e a obesidade em mulheres de São Leopoldo, RS. *Revista Brasileira. Epidemiologia*. São Paulo. Vol. 9. Num. 3. 2006. p. 360-373
- 23- World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: World Health Organization; 1997 (Report of a WHO Consultation on Obesity).
- Sites consultados:
- 1- I Diretriz Brasileira de diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica, *Revista da Sociedade Brasileira de hipertensão*. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/novo/arquivos/documentos/22>. Acesso em 28/06/2007 - 7:30
- 2- Classificação dos tipos de diabetes. Disponível em <http://www.diabetes.org.br/diabetes/tipos/dm2.php>. Acesso em 28/06/2007 – 7:30 h.
- 3- Estudo Nacional da Despesa Familiar – ENDEF- Consumo alimentar Região II São

**Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.**  
**ISSN 1981-9919 versão eletrônica**

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

**w w w . i b p e f e x . c o m . b r - w w w . r b o n e . c o m . b r**

---

Paulo. Disponível em  
<http://biblioteca.ibge.gov.br>. Acesso em  
03/06/2007 – 21:40 h.

4- Pesquisa Nacional Sobre Saúde e Nutrição,  
1989. Disponível em:  
[http://www.2004.saude.gov.br/nutricao/docume  
ntos/PesquisaNacSaudeNutricao.pdf](http://www.2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/PesquisaNacSaudeNutricao.pdf). Acesso  
em 03/06/2007 - 21:50 h

5- Ministério da Saúde, 2001. Os 10 passos  
para o peso saudável do Ministério da Saúde  
do Brasil. Disponível em  
<http://saude.gov.br/alimentacao>. Acesso em  
01/04/2007 - 13h

Recebido para publicação em 28/07/2007  
Aceito em 02/09/2007