

# PADRÃO ALIMENTAR, COMORBIDADES E GRAU DE OBESIDADE DE MULHERES EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL MULTIPROFISSIONAL

## EATING PATTERN, COMORBIDITIES AND DEGREE OF OBESITY IN WOMEN IN A MULTIDISCIPLINARY OUTPATIENT FOLLOW-UP

## PATRÓN ALIMENTARIO, COMORBILIDADES Y GRADO DE OBESIDAD DE MUJERES EN SEGUIMIENTO AMBULATORIO MULTIPROFESIONAL

Cátia Suely Palmeira<sup>1</sup>  
Juliana Santos Mota<sup>2</sup>  
Natália Azevedo Correia Passos<sup>3</sup>  
Fernanda Carneiro Mussi<sup>4</sup>

**Como citar este artigo:** Palmeira CS, Mota JS, Passos NAC, Mussi FC. Padrão alimentar, comorbidades e grau de obesidade de mulheres em seguimento ambulatorial multiprofissional. Rev baiana enferm. 2020;34:e36203.

**Objetivo:** descrever o padrão alimentar de mulheres com excesso de peso e caracterizar o índice de massa corpórea e as comorbidades associadas. **Método:** estudo descritivo quantitativo realizado em ambulatório de referência em obesidade com 101 mulheres com excesso de peso. Os dados foram avaliados por questionários específicos e analisados por meio da estatística descritiva. **Resultados:** predominaram mulheres com obesidade grau III (31,7%) e com hipertensão arterial (61,4%). O consumo de alimentos com frequência igual ou superior a cinco dias por semana foi: feijão/leguminosas (45,0%), verduras/legumes/salada cozidos (54,0%) e cru (47,0%), carnes vermelhas (45,5%), frango (35,0%) e peixes (3,0%). A maioria retirava a gordura visível das carnes vermelhas (89,7%) e do frango (85,9%) e adotava a forma cozida, assada ou grelhada como preparo (93,9%). Bebidas açucaradas eram consumidas por 18,0% das entrevistadas. **Conclusão:** o padrão de consumo alimentar de mulheres com excesso de peso apresentou-se abaixo do recomendado.

**Descritores:** Obesidade. Alimentação. Comportamento alimentar. Comorbidade. Mulheres.

*Objective: to describe the eating pattern of women with excess weight and to characterize the body mass index and the associated comorbidities. Method: quantitative, descriptive study conducted in an outpatient clinic reference in obesity with 101 women with excess weight. The data were assessed by specific questionnaires and analyzed through descriptive statistics. Results: there was prevalence of women with class III obesity (31.7%) and hypertension (61.4%). The consumption of foods with a frequency equal to or greater than five days per week was: beans/legumes (45.0%), stewed (54.0%) and raw (47.0%) vegetables/pulses/salad, red meat (45.5%), chicken (35.0%) and fish (3.0%). The majority removed the visible fat of red meat (89.7%) and chicken (85.9%) and adopted the stewed, baked or broiled*

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil. [catia\\_palmeira@yahoo.com.br](mailto:catia_palmeira@yahoo.com.br). <http://orcid.org/0000-0001-6328-8118>.

<sup>2</sup> Enfermeira. Pesquisadora independente. Salvador, Bahia, Brasil. <http://orcid.org/0000-0003-0064-8213>.

<sup>3</sup> Enfermeira. Pesquisadora independente. Salvador, Bahia, Brasil. <http://orcid.org/0000-0003-0093-4391>.

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. <http://orcid.org/0000-0003-0692-5912>.

*way as preparation (93,9%). Sugary drinks were consumed by 18,0% of interviewees. Conclusion: the pattern of food consumption in women with excess weight was below the recommended levels.*

*Descriptors: Obesity. Diet. Feeding Behavior. Comorbidity. Women.*

*Objetivo: describir el patrón alimentario de mujeres con sobrepeso y caracterizar el índice de masa corporal y las comorbilidades asociadas. Método: estudio descriptivo cuantitativo, en clínica de obesidad de referencia, con 101 mujeres con sobrepeso. Datos se evaluaron mediante cuestionarios específicos y se analizaron a través de estadística descriptiva. Resultados: predominaron mujeres con obesidad de grado III (31,7%) e hipertensión arterial (61,4%). El consumo de alimentos con frecuencia igual o mayor a cinco días a la semana fue: frijoles/legumbres (45,0%), verduras/ensaladas cocidas (54,0%) y crudas (47,0%), carnes rojas (45,5%), pollo (35,0%) y pescado (3,0%). La mayoría eliminó la grasa visible de las carnes rojas (89,7%) y del pollo (85,9%) y adoptó la forma cocida, asada o a la parrilla como preparación (93,9%). Las bebidas azucaradas fueron consumidas por 18,0% de las entrevistadas. Conclusión: el patrón de consumo de alimentos de mujeres con exceso de peso fue inferior al recomendado.*

*Descritores: Obesidad. Alimentación. Conducta Alimentaria. Comorbilidad. Mujeres.*

## Introdução

A obesidade, doença complexa e multifatorial, é considerada um dos principais problemas de saúde da atualidade, devido aos números expressivos ao redor do mundo e por afetar pessoas de todas as idades e grupos socioeconômicos<sup>(1-2)</sup>.

De acordo com os dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2018, a frequência do excesso de peso na população adulta é 55,7%; destes, 19,8% já estão com obesidade. As mulheres apresentam frequência um pouco maior de obesidade (20,7%) comparada aos homens (18,7%). Em Salvador, mais da metade da população adulta (54,2%) está acima do peso ideal<sup>(2)</sup>.

Esse panorama é preocupante e a sua modificação vem se tornando um desafio para os serviços e profissionais de saúde. Estes têm em vista minimizar o panorama de uma série de doenças não transmissíveis e seu impacto econômico e social. A atual epidemia de obesidade coincidiu com mudanças sociais e envolve níveis de atividade física e padrões de consumo de alimentos insatisfatórios, bem como mudanças culturais que interferem no comportamento das pessoas de diversas formas<sup>(1)</sup>.

Decorrente do balanço energético positivo, que favorece o acúmulo de gordura, a obesidade, na maioria das vezes, é acompanhada de comorbidades que afetam a expectativa e a qualidade

de vida das pessoas<sup>(1)</sup>. É frequente sua associação com outras doenças inter-relacionadas, que são provocadas ou agravadas pela obesidade e melhoram com a redução e o controle do peso. Dentre as principais comorbidades, destacam-se a diabetes *mellitus* tipo 2, a hipertensão arterial e as dislipidemias, por constituírem um conjunto de fatores de risco cardiovascular relacionado especialmente à deposição de gordura visceral e à resistência à insulina<sup>(3)</sup>. Entre outras comorbidades relacionadas à obesidade, destacam-se os problemas osteomusculares, vários tipos de câncer e apneia do sono<sup>(2,4)</sup>.

Observou-se também que maior grau de obesidade (IMC $\geq$ 35) tem associação estatisticamente significativa com maior mortalidade de todas as causas, diferente do que ocorre com peso normal. Obesidade de menor grau (IMC de 30 a 35) não foi associada com aumento de mortalidade. Já sobrepeso associou-se significativamente com menor mortalidade de todas as causas<sup>(5)</sup>. Pessoas com obesidade morrem relativamente mais de doenças do aparelho circulatório, principalmente de Acidente Vascular Cerebral e Infarto Agudo do Miocárdio, do que aquelas com o peso adequado<sup>(4)</sup>. O índice de massa corpórea (IMC) permite a classificação do sobrepeso e da obesidade em grau I, II, III (grave ou mórbida), sendo considerado o padrão de referência para a avaliação da obesidade. Isto decorre de

sua praticidade, simplicidade e elevado grau de confiabilidade na indicação da gordura corporal, tanto em âmbito individual como populacional<sup>(4)</sup>.

A origem, desenvolvimento e manutenção desse agravo à saúde estão relacionados a fatores genéticos, ambientais, históricos, econômicos, políticos, sociais, culturais, emocionais e comportamentais, que interagem entre si<sup>(4)</sup>. Dentre os fatores econômicos e políticos, podem ser citados os impostos, subsídios, preços diretos, regulação do tamanho da porção, rotulagem nutricional e situação de desemprego. Em relação aos fatores sociais, a família, a escola, a comunidade, o local de trabalho, as normas sociais, os meios de comunicação de massa, o *marketing* de alimentos, a educação, o desenho urbano, a existência de espaço para atividade física (como calçadas e parques), têm sido considerados determinantes para a origem e a manutenção do excesso de peso<sup>(6)</sup>.

Nas últimas décadas, aconteceram grandes mudanças no padrão alimentar da população em geral, evento conhecido como transição nutricional, levando os indivíduos à rápida incorporação de hábitos alimentares ocidentais e à realização da maior parte das refeições fora de casa, privilegiando produtos ultraprocessados, com altos níveis de sódio, açúcar e gorduras saturadas e pobres em fibras, vitaminas e minerais, em detrimento das preparações caseiras e de alimentos *in natura* ou minimamente processados<sup>(7)</sup>. A escolha do alimento envolve diferentes significados nas distintas camadas sociais. Em geral, os hábitos alimentares podem ser inadequados por três razões: as pessoas não sabem, não querem ou não têm acesso aos alimentos saudáveis<sup>(8)</sup>. Assim sendo, a escolha dos alimentos a serem consumidos também envolve, além do conhecimento, a disponibilidade, o preço e a praticidade. Esta é representada geralmente pelos alimentos de preparo e consumo mais fáceis<sup>(9)</sup>.

Apesar das importantes conquistas políticas em direção à igualdade de gênero e à inserção das mulheres nos diversos cenários da nossa sociedade, principalmente no mercado de trabalho, essas alterações não foram significativas no

ambiente doméstico com relação às divisões de tarefas. As mulheres são, em geral, responsáveis por administrar as demandas alimentares da família, como compras e organização do cardápio, além da limpeza dos utensílios/cozinha, estando, na maioria das vezes, diretamente ligadas ao padrão alimentar pessoal e ao de seus familiares<sup>(10)</sup>.

Pessoas sem o conhecimento adequado podem não perceber que estão realizando uma alimentação não saudável. Embora o conhecimento favoreça o desenvolvimento e a manutenção de novas atitudes alimentares, sua influência não é incondicional e, muitas vezes, não garante a adesão às recomendações<sup>(11)</sup>.

O grau de excesso de peso, a presença de comorbidades associadas à obesidade somados à alimentação inadequada potencializam o risco cardiovascular e precisam ser conhecidos para orientar as práticas de promoção da saúde, prevenção e controle desses agravos. Além disso, a caracterização do padrão alimentar, do grau de excesso de peso e das comorbidades associadas refletem a condição de saúde das mulheres, fornecendo informações importantes para o (re)direcionamento das ações e orientações dos profissionais de saúde e autoridades públicas, visando o controle e reganho do peso perdido. Este conhecimento possibilita aos profissionais de saúde, especialmente a enfermeira, criar estratégias de ajuda com base na realidade e no estilo de vida das mulheres por ela cuidadas.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo descrever o padrão alimentar de mulheres com excesso de peso e caracterizar o índice de massa corpórea e as comorbidades associadas.

## Método

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. É um recorte de um projeto matriz intitulado “Monitoramento Remoto de Enfermagem com Mulheres com Excesso de Peso”.

A pesquisa original do projeto matriz foi desenvolvida em um serviço de referência para obesidade de uma Instituição de Ensino Superior Privada na cidade de Salvador, Bahia, Brasil.

Nesse serviço ambulatorial, desenvolve-se, há oito anos, o projeto de pesquisa “Estudo do Excesso de Peso e Doença Cardiometabólica”, denominado PEPE. Esse projeto visa o acompanhamento de pessoas com excesso de peso por equipe multidisciplinar composta por médico, endocrinologista, enfermeira, psicóloga, nutricionista, odontólogo e discentes de graduação e pós-graduação da área de saúde.

A população do estudo foi constituída pelas mulheres com excesso de peso que atenderam aos critérios de inclusão para o projeto matriz:  $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ , idade superior a 18 anos e inferior a 60 anos, e que compareceram à consulta médica nos últimos 12 meses anteriores à seleção das pessoas elegíveis (março de 2016 a março de 2017). Foram critérios de exclusão: ausência de condições físicas para a realização das medidas antropométricas, confusão mental e condições cognitivas impeditivas para responder aos instrumentos da pesquisa e ler mensagens escritas, além de distúrbios psiquiátricos graves diagnosticados. No período da coleta, existiam 317 mulheres matriculadas no serviço, mas somente 117 atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Assim, o estudo praticamente incluiu toda a população elegível, exceto 16 mulheres que não compareceram para a coleta de dados, sendo finalizado com 101 mulheres.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, doutoranda do projeto matriz, e mais uma mestranda e quatro graduandas do programa de iniciação científica, treinadas e supervisionadas pela pesquisadora no período de maio a julho de 2017.

Para atender ao objetivo deste estudo, foram utilizados os dados coletados por dois instrumentos do projeto matriz: dados da caracterização sociodemográfica, presença de comorbidades e IMC; dados de caracterização do padrão alimentar.

O instrumento para caracterização do padrão alimentar foi constituído por questões fechadas, adaptadas do Programa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), proposto pelo Ministério da Saúde (MS).

O peso, em quilogramas, foi aferido em balança digital com a participante descalça, com o mínimo de roupa e sem adereços. A altura (em metros) foi aferida usando-se um estadiômetro portátil (graduado a cada 0,5 cm) com a participante de pé, com a cabeça e o dorso encostados na régua do estadiômetro, abaixo da haste horizontal, mantendo os braços esticados ao longo do corpo, ombros, omoplatas, nádegas, calcanhares encostados na parede e os pés apoiados no chão. O IMC foi calculado pela divisão peso (em quilos) dividido pela altura (em metros) ao quadrado com a seguinte classificação<sup>(4)</sup>: IMC 25 a 29,9  $\text{kg/m}^2$  = sobrepeso; IMC 30,0 a 34,9  $\text{kg/m}^2$  = obesidade grau I; IMC 35,0 a 39,9  $\text{kg/m}^2$  = obesidade grau II; IMC maior ou igual a 40,0  $\text{kg/m}^2$  = obesidade grau III.

Os dados foram processados no programa *Statistical Package for Social Science* (IBM SPSS versão 18.0). As variáveis categóricas foram analisadas em frequências absolutas e relativas e as variáveis contínuas em média e desvio padrão. A normalidade dos dados foi avaliada pelo teste de *Shapiro-Wilk*, que mostrou resultado de normalidade para as variáveis numéricas utilizadas.

O projeto matriz foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob Parecer n° 1.152.259. As mulheres que concordaram em participar da pesquisa receberam as informações sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## Resultados

Participaram do estudo 101 mulheres com excesso de peso. A média de idade foi de aproximadamente 47,8 (DP=9,0), idade mínima de 23 e máxima de 59 anos. Como descrito na Tabela 1, houve predomínio da faixa etária  $\geq 50$  anos (47,5%), raça/cor negra (93,1%), ensino médio (62,4%), sem companheiro (51,5%), com atividade laboral remunerada (54,5%), carga horária diária de trabalho de 8,3 horas (DP=2,7), renda familiar mensal  $\leq 3$  salários-mínimos (87,1%), residência com familiares (86,1%) e sem empregada doméstica (95,0%).

**Tabela 1** – Número e percentual de mulheres com excesso de peso, por características sociodemográficas. Salvador, Bahia, Brasil – 2017. (N = 101)

| Variável  | n  | %    |
|---|----|------|
| <b>Faixa etária</b>                               |    |      |
| 20-29   | 5  | 4,9  |
| 30-39   | 14 | 13,9 |
| 40-49   | 34 | 33,7 |
| 50-59   | 48 | 47,5 |
| <b>Raça/cor</b>                                   |    |      |
| Negra (preta/parda)                               | 94 | 93,1 |
| Branca  | 7  | 6,9  |
| <b>Escolaridade</b>                               |    |      |
| Até fundamental completo                          | 30 | 29,7 |
| Ensino médio completo ou incompleto               | 63 | 62,4 |
| Superior completo ou incompleto                   | 8  | 7,9  |
| <b>Situação conjugal</b>                          |    |      |
| Sem companheiro                                   | 52 | 51,5 |
| Casada/com companheiro                            | 49 | 48,5 |
| <b>Desempenho de atividade laboral remunerada</b> |    |      |
| Sim   | 55 | 54,5 |
| Não   | 46 | 45,5 |
| <b>Renda familiar mensal*</b>                     |    |      |
| ≤ 3 salários-mínimos                              | 88 | 87,1 |
| > 3 salários-mínimos                              | 13 | 12,9 |
| <b>Mora sozinha</b>                               |    |      |
| Sim   | 14 | 13,9 |
| Não   | 87 | 86,1 |
| <b>Tem empregada doméstica</b>                    |    |      |
| Sim   | 5  | 5,0  |
| Não   | 96 | 95,0 |

Fonte: Elaboração própria.

\* Salário mínimo em 1/11/2017: R\$ 937,00.

Verificou-se maior percentual de mulheres com IMC compatível com obesidade grau III (31,7%). A média do IMC foi de 36,5 kg/m<sup>2</sup> (DP=5,9). Dentre as 101

entrevistadas, a hipertensão arterial foi a comorbidades mais frequente (61,4%), seguida do diabetes *mellitus* tipo 2 (32,1%). (Tabela 2).

**Tabela 2** – Número e percentual de mulheres com excesso de peso, por índice de massa corpórea e comorbidades. Salvador, Bahia, Brasil – 2017. (N = 101)

| Variáveis                       | n  | %    |
|---------------------------------|----|------|
| <b>Índice de Massa Corporal</b> |    |      |
| Sobrepeso                       | 15 | 14,9 |
| Obesidade grau I                | 31 | 30,7 |
| Obesidade grau II               | 23 | 22,8 |
| Obesidade grau III              | 32 | 31,7 |
| <b>Presença de comorbidades</b> |    |      |
| Hipertensão arterial            | 62 | 61,4 |
| Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 | 33 | 32,7 |
| Dislipidemia                    | 39 | 38,6 |
| Artrose                         | 33 | 32,7 |

Fonte: Elaboração própria.

Com relação ao padrão alimentar das mulheres, observou-se o consumo, em cinco dias ou mais da semana, de feijão/leguminosas (45,0%), verduras/legumes cozidos (54,0%), salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume

cru (47,0%), frutas (63,6%), carne vermelha (45,5%), frango/galinha (35,0%) e peixe (3,0%). O consumo de bolos, biscoitos ou doces em mais de três dias da semana foi relatado por 10,1% e de pizza, massa e pães, por 50,5% (Tabela 3).

**Tabela 3** – Número e percentual de mulheres com excesso de peso, segundo padrão alimentar relacionado ao consumo de leguminosas, frutas, carnes e massas. Salvador, Bahia, Brasil – 2017

| Variáveis  | n  | %    |
|--|----|------|
| <b>Feijão/leguminosas (n = 100)</b>  |    |      |
| ≥ 5 dias da semana   | 45 | 45,0 |
| < 5 dias da semana   | 55 | 55,0 |
| <b>Verdura/legumes cozidos (n = 100)</b>   |    |      |
| ≥ 5 dias da semana   | 54 | 54,0 |
| < 5 dias da semana   | 46 | 46,0 |
| <b>Salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru (n = 100)</b> |    |      |
| ≥ 5 dias da semana   | 47 | 47,0 |
| < 5 dias da semana   | 53 | 53,0 |
| <b>Frutas (n = 99)</b>   |    |      |
| ≥ 5 dias da semana   | 63 | 63,6 |
| < 5 dias da semana   | 36 | 36,4 |
| <b>Carne Vermelha (n = 99)</b>   |    |      |
| ≥ 5 dias da semana   | 45 | 45,5 |
| 0 – 2 dias da semana   | 54 | 54,5 |
| <b>Frango/galinha (n = 100)</b>  |    |      |
| ≥ 5 dias da semana   | 35 | 35,0 |
| < 5 dias da semana   | 65 | 65,0 |
| <b>Peixe (n = 100)</b>   |    |      |
| ≥ 5 dias da semana   | 3  | 3,0  |
| < 5 dias da semana   | 97 | 97,0 |
| <b>Bolos, biscoitos ou doce (n = 99)</b>   |    |      |
| 0 a 2 dias na semana   | 89 | 89,9 |
| ≥ 3 dias na semana   | 10 | 10,1 |
| <b>Pizza, massa e pães (n = 99)</b>  |    |      |
| 0 a 2 dias na semana   | 49 | 49,5 |
| ≥ 3 dias na semana   | 50 | 50,5 |

Fonte: Elaboração própria.

Nota: A divergência no número total decorre do preenchimento incompleto da informação.

Quanto ao consumo de suco artificial ou refrigerante, 18,0% das mulheres faziam uso, em uma frequência igual ou maior do que 3 dias na semana. A respeito do tipo de suco artificial ou refrigerante consumido por 64 mulheres, predominou o normal (não *diet/light*) 81,2%.

O consumo de leite era feito por 93,9% das entrevistadas, sendo 47,8% do tipo semidesnatado ou desnatado. O consumo de 6 ou mais copos de água por dia foi referido por 67,7% das entrevistadas (Tabela 4).

**Tabela 4** – Número e percentual de mulheres com excesso de peso, segundo o tipo de bebida consumida. Salvador, Bahia, Brasil – 2017

| Variáveis   | n  | %    |
|---|----|------|
| <b>Refrigerante ou suco artificial (n = 100)</b>        |    |      |
| Não usa   | 36 | 36,0 |
| 1 a 2 dias na semana                                    | 46 | 46,0 |
| ≥ 3 dias na semana                                      | 18 | 18,0 |
| <b>Tipo de refrigerante ou suco artificial (n = 64)</b> |    |      |
| Predominantemente <i>light/diet</i>                     | 12 | 18,8 |
| Predominantemente normal                                | 52 | 81,2 |
| <b>Leite (n = 98)</b>                                   |    |      |
| Não usa   | 6  | 6,1  |
| 1 a 2 dias na semana                                    | 27 | 27,6 |
| ≥ 3 dias na semana                                      | 65 | 66,3 |
| <b>Tipo de leite (n = 92)</b>                           |    |      |
| Semidesnatado ou desnatado                              | 44 | 47,8 |
| Integral  | 40 | 43,5 |
| Os dois tipos   | 8  | 8,7  |
| <b>Ingestão de água (copo de 200 ml) (n = 99)</b>       |    |      |
| ≥ 6 copos   | 67 | 67,7 |
| < 6 copos   | 32 | 32,3 |

Fonte: Elaboração própria.

Nota: A divergência no número total decorre do preenchimento incompleto da informação.

O modo de preparo dos alimentos está apresentado na Tabela 5. Observa-se que 89,7% tira sempre o excesso de gordura da carne, 85,9% tira a pele da galinha e 57,9% tira a pele do peixe; 93,9% adota a forma cozida, assada ou grelhada. Percebeu-se ainda predominância de mulheres que realizavam

menos de seis refeições ao dia (82,7%). Somente 49,0% da amostra sempre faziam lanches nos intervalos das principais refeições e 57,9% alimentavam-se de forma rápida. O padrão alimentar classificado como ótimo pelas mulheres foi referido por 9,1% delas (Tabela 5).

**Tabela 5** – Número e percentual de mulheres com excesso de peso, segundo o tipo de alimento, modo de preparo, número de refeições e lanches, forma de preparar e avaliação do controle de peso. Salvador, Bahia, Brasil – 2017 (continua)

| Variáveis   | n  | %    |
|---|----|------|
| <b>Carne Vermelha (n = 97)</b>                    |    |      |
| Tira sempre o excesso de gordura/não come gordura | 87 | 89,7 |
| Come com gordura                                  | 7  | 7,2  |
| Não come carne vermelha                           | 3  | 3,1  |
| <b>Frango/galinha (n = 99*)</b>                   |    |      |
| Tira sempre a pele                                | 85 | 85,9 |
| Come com a pele                                   | 14 | 14,1 |
| <b>Peixe (n = 95)</b>                             |    |      |
| Tira sempre a pele                                | 55 | 57,9 |
| Come com a pele                                   | 36 | 37,9 |
| Não come peixe                                    | 4  | 4,2  |
| <b>Forma de preparo dos alimentos (n = 99*)</b>   |    |      |
| Cozido, assado, grelhado                          | 93 | 93,9 |
| Frito   | 6  | 6,1  |

**Tabela 5** – Número e percentual de mulheres com excesso de peso, segundo o tipo de alimento, modo de preparo, número de refeições e lanches, forma de preparar e avaliação do controle de peso. Salvador, Bahia, Brasil – 2017 (conclusão)

| Variáveis   | n  | %    |
|---|----|------|
| <b>Quantas refeições faz no dia (n = 98)</b>                                |    |      |
| ≥ 6 refeições ao dia  | 17 | 17,3 |
| < 6 refeições ao dia  | 81 | 82,7 |
| <b>Lanche nos intervalos das principais refeições (n = 98*)</b>             |    |      |
| Diariamente   | 48 | 49,0 |
| Às vezes  | 29 | 29,6 |
| Raramente   | 7  | 7,1  |
| Não faz lanches   | 14 | 14,3 |
| <b>Forma de fazer a refeição (n = 99)</b>                                   |    |      |
| Come depressa   | 52 | 57,9 |
| Come devagar, mastigando bem  | 45 | 37,9 |
| Não soube referir   | 2  | 4,2  |
| <b>Como avalia a alimentação realizada para o controle do peso (n = 99)</b> |    |      |
| Ótima   | 9  | 9,1  |
| Boa   | 63 | 63,6 |
| Ruim  | 27 | 27,3 |

Fonte: Elaboração própria.

Nota: A divergência no número total decorre do preenchimento incompleto da informação.

## Discussão

Considerando-se a obesidade um agravo proveniente de fatores sociais, econômicos, genéticos e culturais, é importante conhecer o perfil sociodemográfico da população. As mulheres deste estudo caracterizaram-se predominantemente por serem adultas em faixa etária de maior maturidade, negras, com baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo. Este fato merece destaque, pois já existem evidências na literatura quanto à estreita relação entre alimentação, escolaridade e condições socioeconômicas, justificando que pessoas com maior renda apresentam menor probabilidade de terem dificuldades para adotar uma alimentação saudável<sup>(11)</sup>.

É importante enfatizar que o alto percentual de mulheres que trabalhava fora e não tinha empregada doméstica encontrado neste estudo pode constituir-se em barreira para a adoção de hábitos de vida saudáveis, principalmente quando se pensa nas construções sociais de gênero, que colocam as mulheres como principais cuidadoras das tarefas domésticas. Já foi

documentado que fatores relacionados à falta de tempo, devido às demandas do dia a dia e à falta de informação (conhecimento insuficiente) são motivos que dificultam a adoção de um padrão alimentar saudável<sup>(11)</sup>.

Outro aspecto de destaque do presente estudo foi a presença de doenças concomitantes ao excesso de peso, sobretudo a hipertensão arterial, o diabetes *mellitus* tipo 2 e a dislipidemia, principais comorbidades associadas ao excesso de peso. Sabe-se que, quanto maior a agregação de fatores de risco cardiovascular maior o risco para a ocorrência de evento cardiovascular. Estudo<sup>(12)</sup> mostrou que a obesidade e suas comorbidades têm um efeito nocivo na função e estrutura vascular, criam condições que favorecem a doença metabólica e cardiovascular que contribuem para o aumento da mortalidade. Dessa forma, verificar a presença concomitante de outros agravos de saúde é essencial para o adequado manejo clínico por profissionais de saúde, especialmente no que se refere aos hábitos alimentares, visando estabelecer abordagens preventivas.



Ademais, o fato de um terço das mulheres apresentarem como comorbidade a artrose está de acordo com a literatura, que aponta associação da obesidade com a presença de outras doenças crônicas. Além disso, associam o sedentarismo com doenças articulares, o que pode resultar em problemas de saúde que incluem a mobilidade e o comprometimento da qualidade de vida<sup>(13)</sup>. Este conhecimento implica que este aspecto deve ser considerado durante o atendimento da pessoa com excesso de peso, bem como nas orientações sobre as atividades que podem e devem ser desenvolvidas por essa pessoa.

Estudo<sup>(5)</sup> demonstrou que o número expressivo de mulheres com obesidade (85,2%) e o elevado percentual de mulheres com grau II (22,8%) e III (31,7%) é um dado preocupante, sobretudo porque as maiores classificações estão mais associadas às complicações cardiovasculares, requerendo maior atenção no tocante à adoção de hábitos alimentares saudáveis compatíveis e a prática de atividade física com o controle do peso e a prevenção de comorbidades. Esse dado revela a dificuldade do controle do peso, mesmo com o acompanhamento das mulheres em serviço de saúde de referência, trazendo o desafio da análise das principais razões associadas a esses comportamentos.

Em outro estudo<sup>(14)</sup>, o consumo de feijão/leguminosas com frequência igual ou superior a cinco dias na semana foi referido por menos da metade das entrevistadas. O feijão, classificado como leguminosa, é a principal fonte de proteína vegetal na alimentação brasileira. Apresenta em sua composição carboidratos complexos, fibras, vitaminas e minerais. O consumo diário de uma porção dessa leguminosa é encontrado nas recomendações de uma alimentação saudável para a população brasileira.

Não obstante ser baixa a renda familiar da população deste estudo, o que poderia determinar as opções na aquisição dos alimentos, dados encontrados na literatura apontam que nem sempre são os custos os principais responsáveis pelo acesso<sup>(15)</sup>. Este aspecto deve ser levado em conta na orientação aos indivíduos,

para o rearranjo do orçamento, adequando-o às compras dos alimentos. No caso específico das mulheres, como elas têm frequentemente emprego menos seguro e menor remuneração do que os homens, podem ter também menos controle sobre o acesso a alimentos nutritivos<sup>(16)</sup>.

Os resultados deste estudo mostraram que o consumo de verdura/legumes cozidos também não foi satisfatório. Mesmo não sendo investigados os motivos, estudo realizado com população brasileira<sup>(17)</sup> aponta como principais barreiras o alto custo, a falta de tempo, o sabor desagradável, a falta de hábito, a alta perecibilidade desses alimentos, “preguiça”, esquecimento, ausência de saciabilidade, dificuldade de transportar para o trabalho, pouca disponibilidade no comércio e forma de preparo. Alimentos *in natura*, como legumes, verduras, hortaliças e frutas são fontes de micronutrientes, fibras e outros componentes com propriedades funcionais importantes de uma alimentação saudável, como demonstra estudo<sup>(18)</sup>, e seu consumo adequado contribui para o aumento da saciedade, representa fator de proteção para as doenças crônicas não transmissíveis e contribui para redução e controle do peso corporal.

No tocante ao consumo de carnes, a predominância de carnes vermelhas encontrada neste estudo merece destaque. Apesar de serem importantes fontes de proteínas de alto valor biológico, ferro, vitaminas do complexo B, o consumo de carnes em excesso pode fornecer quantidades significativas de gorduras, em razão do tipo de animal, do tipo de criação do animal e da localização do corte da carne. No estudo realizado em Belo Horizonte<sup>(14)</sup>, os autores apontaram que o consumo de carnes brancas, como frango e, principalmente, peixes, consideradas mais saudáveis pelo seu menor teor de gordura, era feito em frequência mais baixa do que o recomendável.

Os resultados encontrados neste estudo, com 10,1% e 50,5% das mulheres com consumo de bolos/biscoitos/doce e pizza/massas/pães, respectivamente, com frequência igual ou superior a três vezes por semana, retratam um grupo populacional ainda com padrão alimentar de risco

para o controle de peso e suas comorbidades. As evidências científicas comprovam que, entre os alimentos processados ou ultra processados, os que fornecem mais calorias são pães e sanduíches, bolos industriais, biscoitos doces e guloseimas em geral<sup>(14)</sup>.

Ainda que o consumo de refrigerantes e sucos artificiais neste estudo maior que três vezes por semana tenha sido referido por um pequeno percentual de mulheres (18,0%), merece destaque o fato de que esses valores podem ser considerados altos, principalmente por que predomina o consumo dessas bebidas não *light* ou *diet*. Tendo em vista que se trata de uma população que frequenta um ambulatório de controle da obesidade com atendimento multidisciplinar, portanto, conhecedora dos efeitos deletérios do consumo de bebidas adoçadas com açúcar, era esperado que esse consumo fosse menor. Este valor foi mais alto do que o encontrado em estudo realizado com pessoas com obesidade em ambulatório de nutrologia (7,0%)<sup>(19)</sup>.

O consumo de refrigerante e outras bebidas com açúcar livre é preocupante, não apenas pelo fato de seu valor nutricional ser extremamente baixo, sua capacidade de promover saciedade ser reduzida, como também por estar relacionado com o aumento de peso e com outras doenças, como a síndrome metabólica, resistência insulínica, diabetes *mellitus* tipo II e obesidade abdominal<sup>(20)</sup>.

A maioria das mulheres desta pesquisa consumia leite três ou mais dias da semana, com semelhança entre os percentuais do tipo integral ou semidesnatado/desnatado. Pesquisa<sup>(21)</sup> constatou que seis a cada dez pessoas consumiam leite integral, no entanto a recomendação é que os adultos devem escolher leite e derivados com menores quantidades de gordura. O consumo de leite integral, bebidas açucaradas e alimentos com gordura pode estar relacionado a fatores culturais, mas não são recomendados para pessoas com excesso de peso e obesidade<sup>(21)</sup>.

Identificou-se que a maioria das mulheres atingia um consumo de água diária (seis a oito copos) recomendado pelo Ministério da Saúde, no Guia Alimentar para a População Brasileira<sup>(14)</sup>. De acordo com esse documento, a água é

considerada um ingrediente vital e sua ingestão adequada é essencial para o organismo, visto que auxilia no processo de digestão, absorção, circulação, lubrificação e excreção que ocorrem no corpo humano. A quantidade de água que deve ser ingerida por dia é variável para cada pessoa e depende de alguns fatores, como peso, idade, prática de atividade física, clima e temperatura do ambiente. É aconselhável o seu consumo, de preferência, entre as refeições.

Os resultados deste estudo mostraram um alto percentual de mulheres que tiravam sempre o excesso de gordura visível das carnes vermelhas e a pele do frango. O citado Guia Alimentar<sup>(14)</sup> esclarece que não comer excesso de gorduras é indicador de consumo de alimentos considerados marcadores de padrões saudáveis.

No que tange à quantidade de refeições por dia, a grande maioria das participantes da pesquisa tinha o hábito de realizar menos de seis refeições e menos da metade consumia lanches entre as refeições. Apesar de três refeições por dia serem consideradas suficientes para suprir as necessidades nutricionais<sup>(14)</sup>, estudo<sup>(22)</sup> afirma que o aumento da frequência alimentar, o número de refeições ao longo do dia, acrescentados lanches entre as refeições principais, promovem um aumento do metabolismo e da saciedade, melhora da glicemia e redução do tecido adiposo, podendo ser importante na manutenção da perda de peso.

Destaca-se que mais da metade das mulheres relataram o hábito de comer depressa. Isto, entretanto, não é recomendado, dado que o aumento do número de ciclos mastigatórios antes da deglutição, isto é, comer devagar, reduz a quantidade de alimento ingerido, aumenta a saciedade e, por sua vez, ajuda a controlar o peso corporal<sup>(23)</sup>.

Deve-se salientar que um percentual expressivo das participantes do estudo referiu considerar o seu padrão alimentar como bom, seguido do ruim. Um reduzido número de mulheres o classificou como ótimo. Isto demonstra que muitas delas têm ideia de que a alimentação realizada não é tão saudável quanto deveria e valeria a pena investir em estratégias que as fizessem melhorar.

É preciso conhecer as principais barreiras enfrentadas pelas mulheres para adoção de um hábito alimentar mais saudável e encontrar estratégias para incentivar a melhora do consumo alimentar, sobretudo no que diz respeito ao aumento de alimentos *in natura* (legumes/verduras e frutas). É importante que, na abordagem terapêutica das pessoas com excesso de peso, tenha-se sempre em mente a necessidade de estimular a mudança de estilo de vida, por meio de modificações das escolhas, forma de preparo e de consumo dos alimentos. Essa mudança contribuirá para o melhor controle do peso e prevenção de outros fatores de risco, sempre considerando os entraves associados.

Os dados obtidos neste estudo revelaram a importância de serem pensadas estratégias junto às mulheres e outras populações para melhor controle do peso e comorbidades associadas. Essas estratégias precisam considerar que as práticas dietéticas são influenciadas pela produção, oferta, acesso e distribuição dos alimentos, assim como por fatores culturais e ideológicos relativos às ideias sobre os alimentos, às crenças nas suas propriedades e aos efeitos que os acompanham. Envolvem ainda valores sociais, noções de moralidade, comportamentos entre os distintos grupos de idade e gênero, além de serem permeados pela identidade social, relações com o corpo e o gosto<sup>(24)</sup>. Isso deve levar as enfermeiras e sua equipe de trabalho, em associação com outros profissionais de saúde, a realizarem um trabalho abrangente e importante na atenção básica de saúde, local em que interagem com uma grande demanda de pessoas com excesso de peso.

Reside aí um desafio para os profissionais que precisam desenvolver projeto de cuidado compartilhado com as mulheres, dado que as medidas restritivas de prazeres estão relacionadas à necessidade de fazer dieta e, portanto, ao controle do peso. É preciso também pensar, junto com as mulheres, o seu projeto de vida e de cuidado de si, para que as medidas de controle do peso e das comorbidades não sejam interiorizadas como um fardo da doença, mas que sejam vistas como formas de preservação da vida e do que dá sentido à vida. Sem dúvida

é válido enfatizar que as mudanças de atitude poderão ocorrer se a pessoa estiver motivada e contar com suportes imprescindíveis da estrutura econômica e social<sup>(25)</sup>.

O presente estudo apresenta como principal limitação o uso de instrumentos não validados com informações autorreferidas.

## Conclusão

Conclui-se que maior percentual de mulheres tinha obesidade grau II e III e que as comorbidades mais frequentes foram a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus* tipo 2 e as dislipidemias, revelando a agregação de fatores de risco cardiovascular no grupo estudado. Expressivo quantitativo de mulheres não tinha um padrão alimentar adequado para o controle do peso e para a prevenção e controle dos outros fatores de risco associados. O consumo de alimentos *in natura* (feijão/leguminosas, verduras/legumes/salada cozidos e cru), de carnes brancas (frango e peixes) estava abaixo do recomendado, bem como o consumo de bebidas açucaradas e de leite integral ainda era frequente.

Como ponto positivo da adequação alimentar, destacou-se o preparo das carnes com a retirada do excesso de gordura visível e a escolha das formas cozida/assada/grelhada pela maioria das entrevistadas. As mulheres apresentaram um padrão de consumo alimentar que necessita ser melhorado, aumentando o consumo de frutas, verduras e legumes, bem como reduzindo os alimentos ricos em carboidratos e em gorduras, com atenção especial para gorduras saturadas.

## Fonte de Financiamento:

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, Processo n. 421.599/2016-2.

## Colaborações:

1 – concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Cátia Suely Palmeira, Juliana Santos Mota e Natália de Azevedo Correia Passos;

2 – redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Cátia Suely Palmeira, Juliana Santos Mota, Natália de Azevedo Correia Passos e Fernanda Carneiro Mussi;

3 – aprovação final da versão a ser publicada: Cátia Suely Palmeira e Fernanda Carneiro Mussi.

## Referências

- World Health Organization. Obesity and overweight. Fact Sheets [Internet]. Geneva (CHE); 2018 [cited 2020 Jan 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2018: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília (DF); 2018. [cited 2020 Nov 12]. Available from: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>
- Klauck CM, Zenatti GAG, Pappen DRHP, Berto NRT. Comorbidades associadas a obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. *Rev Bras Obesidade, Nutrição Emagrecimento* [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 28];13(79):351-6. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7067572>
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016. 4a ed. São Paulo; 2016.
- Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2013;309(1):71-82. DOI: 10.1001/jama.2012.113905
- Sturm R, An R. Obesity and economic environments. *CA Cancer J Clin*. 2014;64(5):337-50. DOI: 10.3322/caac.21237
- Popkin BM. Relationship between shifts in food system dynamics and acceleration of the global nutrition transition. *Nutr Rev*. 2017 Feb;75(2):73-82. DOI: 10.1093/nutrit/nuw064
- Serra-Majem L, Bautista-Castaño I. Etiology of obesity: two “key issues” and other emerging factors. *Nutr Hosp*. 2013 Sep;28(Suppl 5):32-43. DOI: 10.3305/nh.2013.28.sup5.6916
- Oliveira APSV, Silva MM. Fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas de graus I e II. *Rev Psicol Saúde* [Internet]. 2014 [cited 2020 Jan 21];6(1):74-82. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2014000100010&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2014000100010&lng=pt).
- Bernardes AFM, Silva CG, Frutuoso MFP. Alimentação saudável, cuidado e gênero: percepções de homens e mulheres da Zona Noroeste de Santos-SP. *Demetra*. 2016;11(3):559-73. DOI: 10.12957/demetra.2016.22334
- Lindemann IL, Oliveira RR, Mendoza-Sassi RA. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. *Ciênc saúde colet*. 2016;21(2):599-610. DOI: 10.1590/1413-81232015212.04262015
- Burgos PFM, Costa W, Bombig MTN, Bianco HT. A obesidade como fator de risco para a hipertensão. *Rev bras hipertens* [Internet]. 2014 abr-jun [cited 2019 Nov 21];21(2):68-74. Available from: [http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881409/rbh-v21n2\\_68-74.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881409/rbh-v21n2_68-74.pdf)
- Christensen R, Henriksen M, Leeds AR, Gudbergson H, Christensen P, Sorensen TJ, et al. Effect of weight maintenance on symptoms of knee osteoarthritis in obese patients: a twelvemonth randomized controlled trial. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2015 May;67(5):640-50. DOI: 10.1002/acr.22504
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2a ed. Brasília (DF); 2014 [cited 2020 Jan 10]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf)
- Figueira TR, Lopes ACS, Modena CM. Barreiras e fatores promotores do consumo de frutas e hortaliças entre usuários do Programa Academia da Saúde. *Rev Nutr*. 2016;29(1):85-95. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-98652016000100009>
- Wells JC, Marphatia AA, Cole TJ, McCoy D. Associations of economic and gender inequality with global obesity prevalence: understanding the female excess. *Soc Sci Med*. 2012;75(3):482-90. DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.03.029
- Santos GMGC, Silva AMR, Carvalho WO, Rech CR, Loch MR. Barreiras percebidas para o consumo de frutas e de verduras ou legumes em adultos brasileiros. *Ciênc saúde*

- coletiva. 2019;24(7):2461-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.19992017>
18. Wang PY, Fang JC, Gao ZH, Zhang C, Xie SY. Higher intake of fruits, vegetables or their fiber reduces the risk of type 2 diabetes: A meta-analysis. *J Diabetes Investig.* 2016;7(1):56-69. DOI: 10.1111/jdi.12376
  19. Souza AC, Oliveira JE, Caritá E, Nogueira-de-Almeida CA. Perfil dos pacientes obesos no primeiro atendimento em Ambulatório de Nutrologia Municipal de Ribeirão Preto (SP). *Medicina (Ribeirão Preto Online).* 2017;50(4):207-15. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50i4p207-215>
  20. Figueiredo N, Maia EG, Silva LESD, Granado FS, Claro RM. Trends in sweetened beverages consumption among adults in the Brazilian capitals, 2007-2016. *Public Health Nutr.* 2018;12:1-11. DOI: 10.1017/S1368980018002161
  21. Claro RM, Santos MAS, Oliveira TP, Pereira CA, Szwarcwald CL, Malta DC. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015;24(2):257-65. DOI: 10.1017/S1368980018002161
  22. Bachman JL, Phelan S, Wing RR, Raynor HA. Eating frequency is higher in weight loss maintainers and normal-weight individuals than in overweight individuals. *J Am Diet Assoc.* 2011;111(11):1730-4. DOI: 10.1016/j.jada.2011.08.006
  23. Serafim JL, Ribeiro JÁ, Rosa SSRF, Rosa MFF. Associação entre a velocidade de alimentação e sobrepeso/obesidade: uma revisão integrativa. *Rev Bras Obesidade, Nutrição Emagrecimento [Internet].* 2016 [cited 2019 Nov 21];10(58):199-204. Available from: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/444>
  24. Canesqui AM, Garcia RWD. Uma Introdução à reflexão sobre a abordagem sociocultural da alimentação. In: Canesqui AM, Garcia RWD, organizadoras. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 9-22. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413876>
  25. Mussi FC. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2004 Sept/Oct;12(5):751-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000500008>

Recebido: 3 de abril de 2020

Aprovado: 7 de maio de 2020

Publicado: 16 de julho de 2020



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.