



17º Congresso de Iniciação Científica

EFEITOS DA HISTÓRIA DE VIDA E DA (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR SOBRE O ESTADO NUTRICIONAL E O CONSUMO ALIMENTAR DE INDIVÍDUOS PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR

Autor(es)

ALINE MARIA TEIXEIRA DE LIMA

Orientador(es)

PATRÍCIA CARREIRA NOGUEIRA

Apoio Financeiro

FAPIC/UNIMEP

1. Introdução

A segurança alimentar é caracterizada como o direito ao acesso ao alimento em quantidade e qualidade adequadas de maneira sustentável (BRASIL, 2006). O que mais compromete este acesso é a renda, sendo então uma das determinantes desta causa (HOFFMANN, 2008).

Além do fator renda, a composição da dieta também está relacionada ao nível de segurança alimentar, pois é observado que, quanto maior a insegurança alimentar menor o consumo de alimentos ricos em micronutrientes, em contrapartida, verifica-se que a dieta é predominante em alimentos com alta densidade energética (SEGALL-CORRÊA, 2007; PANIGASSI *et al.* apud PEREIRA e SANTOS, 2008). Portanto uma alimentação com esta característica favorece o aparecimento da obesidade, e esta instalada predispõe o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, câncer) (COUTINHO *et al.*, 2008).

Há a necessidade de se conhecer melhor como a segurança alimentar e a história de vida dos participantes interferem no desenvolvimento da obesidade e de seus fatores de risco, assim, foi proposto este estudo, que foi desenvolvido com indivíduos que utilizam um serviço de atendimento nutricional e com usuários de uma Unidade Básica de Saúde, ambos no município de Piracicaba

2. Objetivos

Objetivo geral: Estabelecer o efeito da história de vida e do poder aquisitivo na prevalência de fatores de risco relacionados ao baixo peso e obesidade em indivíduos que vivem ou não sob condição de insegurança alimentar, participantes de um programa de educação nutricional.

Os objetivos específicos são: caracterizar a insegurança alimentar por meio da avaliação da renda per capita; identificar o estado nutricional e a distribuição da gordura corporal por meio de medidas antropométricas; avaliar a ingestão e a relação com o estado nutricional atual; identificar as práticas de atividades físicas e lazer; avaliar e comparar a história de vida – estado nutricional na infância – e o estado nutricional atual dos indivíduos participantes.

3. Desenvolvimento

Os locais escolhidos para o desenvolvimento do projeto foram uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e o Nutricentro - Clínica Escola do Curso de Nutrição da UNIMEP. A população da UBS se consistiu de pais e responsáveis de crianças com excesso de peso e no Nutricentro mulheres obesas que faziam acompanhamento nutricional.

O propósito do projeto era desenvolver grupos quinzenais de educação nutricional em ambos os locais. No Nutricentro os grupos começaram em novembro 2008 e foram até julho 2009, na UBS, o trabalho se desenvolveu de janeiro a julho de 2009. Nestas reuniões, foram desenvolvidos grupos educativos, onde os participantes puderam ficar a vontade para falar sobre seu cotidiano e sobre suas angústias e dificuldades, assim, os profissionais aprenderam sobre o seu contexto de vida e, entendendo suas necessidades, foram mais capazes de dar orientações visando à saúde e bem estar dos participantes.

Para a obtenção de dados foram realizadas entrevistas individuais com os participantes nas quais se utilizou um questionário Sócio Demográfico, de Insegurança Alimentar sobre Hábitos Alimentares, de Atividade Física e de Avaliação Antropométrica.

O Questionário Sócio Demográfico composto de questões abertas e objetivas indicando idade (em anos), estado civil, profissão, escolaridade, número de moradores na casa e renda de cada integrante da casa, além da investigação da presença de tabagismo e etilismo. O questionário também contou com questões abertas sobre presença de hábitos de vida como antecedentes pessoais e familiares para doenças crônicas. Foi feito um levantamento sobre a história do peso das participantes desde a infância até o momento atual. Esta informação foi analisada juntamente com a Escala Brasileira de Segurança Alimentar (EBIA), possibilitando uma relação entre a perda ou ganho de peso com a presença ou não da segurança alimentar.

A insegurança alimentar foi avaliada utilizando-se a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) que foi adaptada de um modelo de questionário de insegurança alimentar do United States Department of Agricultura por Segall-Correa em 2003 (SEGALL-CORRÊA, 2007).

Para avaliação do consumo alimentar foi utilizado o Dia Alimentar Habitual corrigido pela frequência alimentar, Recordatório de 24 horas onde as participantes relataram a quantidade e frequência e também o Diário alimentar de 3 dias não consecutivos que descreveram a quantidade de alimentos consumidos. Utilizou-se um programa para cálculo nutricional para a determinação de energia e macronutrientes; as quantidades relatadas foram transformadas em porções de grupos de alimentos para a comparação com a recomendação da pirâmide alimentar (ANÇÃO, 2002; THE FOOD GUIDE PYRAMID, 1992)

Para a avaliação da atividade física buscou-se a identificação das atividades realizadas pelas participantes ao longo do dia, incluindo horas de sono, atividades de trabalho e lazer e também as atividades programadas praticadas.

As variáveis antropométricas utilizadas foram peso (kg), altura (m), IMC (kg/m²), circunferência de cintura (cm) e de quadril (cm). Para o peso utilizou-se a balança Filizola com capacidade de 150 quilos com escala de 100 gramas, sendo eletrônica no Nutricentro e mecânica na UBS. Para a aferição da altura, as participantes estavam em posição anatômica; no Nutricentro foi utilizado o estadiômetro portátil Marca Sanny graduado em milímetros e na UBS do Jardim Planalto o estadiômetro contido na própria balança. O IMC (Índice de Massa Corporal) foi identificado dividindo-se o do peso pela altura ao quadrado (Kg/m²), sendo considerados os pontos de corte propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS). As circunferências de cintura e quadril foram medidas com fita métrica inelástica, graduada em milímetros, estando os em pé, com o abdômen relaxado, pés separados dividindo o peso do corpo. A medição de cintura foi feita no ponto médio entre o último arco costal e a crista ilíaca e para o quadril a proeminência máxima glútea. Foram considerados os valores indicados pela OMS para a circunferência de cintura e da relação cintura quadril (WHO, 1998)

Para análise estatística foi utilizada a Correlação Linear de Pearson através do Software Estatística versão 6.0, utilizando nível de significância de $p < 0,05$.

4. Resultado e Discussão

As participantes são, em sua maioria, casadas, com média de idade de 40 anos e com escolaridade até ensino fundamental incompleto (53,3%). Em relação às atividades desenvolvidas, foi observado que exercem, em sua maioria, atividades do lar. Em estudo feito em Duque de Caxias (Salles-Costa *et al.*, 2008) que analisou a presença de insegurança alimentar em diferentes faixas etárias, identificou a presença de um grau de escolaridade semelhante ao deste estudo.

A renda familiar média identificada foi de R\$1.498,27 com uma composição familiar variando entre 3 a 5 integrantes. A média da renda per capita foi de R\$430,60 equivalendo a 0,92 salário mínimo (considerando o salário mínimo de R\$465,00, vigente em 2009). Em relação à segurança alimentar, foi possível identificar que 60% participantes apresentam algum grau de insegurança alimentar, não sendo identificada a presença de insegurança alimentar grave. Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado por Panigasi e colaboradores (2008) com famílias residentes da cidade de Campinas que comparou o perfil dos participantes com insegurança alimentar com aqueles que a não possuem, sendo identificado a insegurança alimentar em 60,5% destas famílias.

A tabela 01 mostra que quanto maior a renda per capita maior é a segurança alimentar, sendo encontrada correlação positiva significativa entre as duas variáveis ($p < 0,05$). A correlação encontrada vai ao encontro à afirmação de Hoffman (2008) que diz que a renda é um dos fatores que mais comprometem a segurança alimentar.

A maioria das participantes com obesidade I e III apresenta insegurança alimentar e em relação ao sobrepeso a insegurança alimentar afeta 50% das participantes. (tabela 02). Não foi encontrada significação estatística entre as duas variáveis.

A análise conjunta do histórico do estado nutricional com a EBIA, destacou que 75% das participantes com insegurança alimentar apresentaram um passado na qual se autodenominaram “magras” e que o ganho de peso se deu depois do casamento e gestações. Sawaya (1997) aponta que um passado de desnutrição pode diminuir a necessidade de energia, promovendo um balanço energético positivo, quando houver maior oferta de alimentos. Mesmo as participantes ainda apresentando insegurança alimentar, provavelmente o acesso quantitativo da dieta destas participantes melhoraram, mas a qualidade ainda não foi alcançada

Em relação ao estado nutricional, observa-se que 80% das participantes apresentam obesidade e em relação às circunferências, 93,3% das entrevistadas possuem valor superior ao recomendado para a circunferência de cintura e 66,6% para a relação cintura quadril, indicando risco muito aumentado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Em estudo realizado por Mariath *et al.* (2007) que objetivava comparar o estado nutricional e os fatores de risco para a obesidade de trabalhadores de uma unidade de alimentação e nutrição em ambos os gêneros com média de idade de 30,96 encontrou 54,6% das participantes com algum grau de excesso de peso entre o gênero feminino, e 33% com circunferência de cintura elevada.

O questionário de antecedentes familiares e pessoais para as doenças crônicas não transmissíveis mostrou que a hipertensão arterial está presente em 60% das participantes e o diabetes mellitus em 26,6%. O não tratamento de doenças como diabetes mellitus e hipertensão arterial levam ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Em relação aos antecedentes familiares, observa-se a presença expressiva de doenças crônicas.

A prática de atividade física programada foi relatada por 20% das participantes, sendo a mais comum a caminhada. Em relação aos hábitos de vida, foi identificado tabagismo em 20% das participantes e etilismo em 33,3% e utilização medicamentos contínuos em 60% das entrevistadas.

Através dos inquéritos alimentares, foi possível identificar o consumo das participantes. Identificou-se em 66,6% das participantes um consumo energético superior à necessidade individual a qual foi calculada através das DRIs, correspondendo a uma média de 116,6% de adequação energética (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000). Em relação à adequação dos macronutrientes, o destaque foi para a ingestão excessiva para lipídeos em 66% dos casos; já o carboidrato está adequado em 83,33% das participantes e a proteína em 100% (BRASIL, 2006).

Ao analisar o consumo dos grupos alimentares tomando como referencial as Porções da Pirâmide alimentar foi constatado que maioria das participantes apresentou um consumo inferior ao recomendado em relação aos cereais, hortaliças, frutas e leites e derivados. Porém o grupo de carnes, feijões e ovos e o adicional energético estão acima da recomendação diária (BRASIL, 2006). Mesmo com grupo protéico alto, vê-se que esta fonte de proteína também é provinda de embutidos que são ricos em gordura.

5. Considerações Finais

A renda per capita é um fator determinante para caracterizar a presença ou não da insegurança alimentar e no presente estudo isso foi observado. A obesidade, assim como o aumento da circunferência de cintura e da relação cintura quadril se justifica devido a não prática de atividade física aliada a uma dieta rica em gorduras e açúcares e pobres em hortaliças.

O atual obeso com insegurança alimentar pode ter vivenciado um passado de eutrofia, sendo que o seu estado nutricional recente pode ser explicado devido a mudança na rotina de vida (principalmente casamento e gestações) e modificação da qualidade da dieta. Portanto, a insegurança alimentar está presente em indivíduos obesos de baixa renda e a obesidade então instalada contribui para o desenvolvimento de fatores de risco associados a ela.

Referências Bibliográficas

ANÇÃO *et al.* **Sistema de Apoio à Nutrição. NutWin** [programa de computador]. Versão 2.5. São Paulo: Centro de Informática em Saúde, Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina; 2002.

BRASIL- CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, 2006**

BRASIL.- MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005

COUTINHO, J. G. GENTIL, P. C.; TORAL, N., A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cad Saú Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 2, p. S332-S340, 2008.

HOFFMANN, R. Determinantes da Insegurança Alimentar no Brasil: Análise dos dados da PNAD de 2004. **Segurança Alimentar e Nutricional/ Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação da Universidade Estadual de Campinas**, 15, nº1. Campinas, NEPA/UNICAMP, 2008.

INSTITUTE OF MEDICINE: FOOD NA NUTRITION BOARD. Dietary Reference Intakes: Physical activity. Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (Macronutrients), 2000.

MARIATH. *et al.* Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(4):897-905, abr, 2007

PANIGASSI, G. *et al.* Insegurança alimentar intrafamiliar e perfil de consumo de alimentos. **Rev. Nutr.**, Campinas, 21(Suplemento), p.135-144, jul./ago, 2008.

PEREIRA; R. A.; SANTOS, L. M. P. A dimensão da insegurança alimentar. [Editorial]. **Rev. Nutr.**, Campinas, 21 (suplemento): p. 7-13, jul/ago, 2008.

SALLES-COSTA, R. *et al.* Associação entre fatores socioeconômicos e insegurança alimentar: estudo de base populacional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, 21 (suplemento) p. 99-109, jul./ago, 2008.

SAWAYA, A.L. Transição: desnutrição energético- protéica e obesidade. In: Desnutrição urbana no Brasil em um período de Transição. São Paulo: Cortez Editora, 1997.

SEGALL-CORRÊA. A. M. Insegurança alimentar medida pela percepção das pessoas. **Est. Avan.**, vol. 2, n. 60, p. 143-154, 2007

SOFTWARE. Estatística versão 6.0

THE FOOD GUIDE PYRAMID. US. Department of Agriculture and U.S. Department of Health Human Services and Human Nutrition Information Service. Home and Garden Bulletin nº 252, Washington, 1992

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: **World Health Organization; 1998.**

Anexos

Tabela 01 Classificação de Segurança alimentar em relação à renda *per capita* das participantes

Nível de Segurança Alimentar	Renda <i>per capita</i> (R\$)		
	> 374,00 n (%)	de 375,00 a 500,00 n (%)	de 501,00 a 700,00 n (%)
Segurança alimentar	1 (20,00)	3 (60,00)	2 (66,67)
Insegurança leve	3 (60,00)	2 (40,00)	1 (33,33)
Insegurança moderada	1(20,00)	0 (00,00)	0 (0,00)
TOTAL	5 (100)	5 (100)	3 (100)

Tabela 02. Níveis de segurança alimentar em relação ao estado nutricional

Níveis de Seg. alimentar	Estado nutricional				
	Eutrofia n° (%)	Sobrepeso n° (%)	Obeso I n° (%)	Obeso II n° (%)	Obeso III n° (%)
Segurança alimentar	1 (100)	1 (50)	1 (33,3)	2 (100)	1 (16,6)
Insegurança leve	0	1 (50)	2 (66,6)	0	4 (66,6)
Insegurança moderada	0	0	0	0	1 (16,6)
TOTAL	1 (100)	2 (100)	3 (100)	2 (100)	6 (100)