

ESTILO DE VIDA DE MULHERES ADULTAS OBESAS DA CIDADE DE CRUZ ALTA-RS

THE LIFESTYLE OF OBESE ADULT WOMEN FROM THE CITY OF CRUZ ALTA-RS

Neidi Kaspar^{*}
Amanda Soares^{**}
Adriana Coutinho de Azevedo Guimarães^{***}
Joseani Paulini Neves Simas^{***}

RESUMO

O objetivo foi analisar o estilo de vida de mulheres adultas obesas da cidade de Cruz Alta, RS - Brasil. A amostra intencional foi de 40 mulheres na faixa etária entre 35 a 59 anos, com IMC superior ou igual a 30kg/m². Utilizou-se como instrumento um questionário misto e auto-aplicável, composto por três partes: a) Nível sócio econômico (ANEP, 1997), b) Avaliação de hábito alimentar (Curso Técnico em Nutrição, 2003), c) Hábitos de atividade física. Os dados foram analisados mediante estatística descritiva, além da análise interpretativa de conteúdo. Os resultados indicaram que a maioria são mulheres casadas, do lar, com ensino fundamental e pertencentes à classe C e B. Realizam no mínimo 3 refeições diárias, sendo a proteína mencionada a carne de gado e a preferência por frituras. A principal refeição é o almoço, consomem frutas diariamente e alimentos integrais, e doces aos finais de semana. Quanto à atividade física, a maioria não pratica atividades regulares, sendo o maior motivo à preguiça e a falta de tempo. As que realizam atividade elegeram a caminhada como sendo o melhor exercício. Os resultados indicaram que o estilo de vida pode ser modificado a fim de melhorar a saúde, controlando os hábitos alimentares e preconizando um estilo de vida mais ativo.

Palavras-chave: Obesidade. Nutrição e Atividade Física.

INTRODUÇÃO

Atualmente a obesidade é considerada uma doença metabólica com reflexos extremamente graves e de prevalência crescente. No Brasil a doença aumentou de 3,1% para 5,1% em homens e de 8,2% para 13,2% em mulheres entre 1975 e 1989 (MAGNONI; CUKIER, 2001). Pérusse (2002) afirma que a obesidade atingiu proporções epidêmicas mundiais, tanto que nos últimos 10 anos se tornou uma doença tão comum que está substituindo em proporções a desnutrição e as doenças infecciosas, anteriormente as epidemias a serem combatidas. Há aproximadamente 250 milhões de obesos e 500 milhões de pessoas com sobrepeso no mundo.

As novas classificações, estabelecidas em 1998 por 24 membros qualificados e convocados

pelo “*National Heart Lung and Blood Institute*”, definem obesidade como um índice de massa corporal maior ou igual a 30kg/m² (MCARDLE; KATCH ; KATCH, 2003).

Segundo Leite (1996), no Mundo Ocidental um crescente número de pessoas reconhece que a obesidade está associada a problemas de saúde como doenças do coração, acidente vascular cerebral e outros. Muitas pessoas acreditam que os obesos são gordos por não possuírem controle sobre a alimentação; porém o excesso alimentar não é a única causa da obesidade, podendo ela ser causada por fatores fisiológicos, psicológicos, hormonais, sociais, ambientais e pela inatividade física (WILMORE, 1996).

Para Domingues Filho (2000), se o estilo e a qualidade de vida estão prejudicados, o organismo adoece, sendo a obesidade uma das

* Professora de Educação Física - Especialista em Treinamento Desportivo – CEFID/UDESC.

** Professora de Educação Física, Estudante de Pós Graduação, Gama Filho.

*** Professora Ms. do Departamento de Ginástica, Recreação e Rítmica – CEFID/UDESC.

doenças mais frequentes. Também para Bouchard (2003) o estilo de vida fisicamente inativo é um fator de risco para o ganho de peso, principalmente com o envelhecimento, pois indivíduos obesos são geralmente sedentários, o que aumenta o risco de morbidades.

Os afazeres da vida moderna tornaram-se muito mais complexos e demorados. O tempo disponível para a vida pessoal foi tomado por outras ocupações e, muitas vezes, para suprir a falta de tempo, deixa-se de lado o cuidado com a saúde e o bem-estar, em prejuízo do bom estilo de vida. Segundo Nahas (2001), pesquisas feitas em diversos países (inclusive no Brasil) têm mostrado que o estilo de vida passou a ser um dos mais importantes determinantes da saúde dos indivíduos, grupos e comunidades.

De acordo com Guedes (2002) e Nahas (1999), a atividade física regular, aliada a uma boa alimentação, seria o ideal para manter ou reduzir o peso corporal. Estes comportamentos têm que ser incluídos no estilo de vida das pessoas, e não ser praticados apenas por certo período, para perder peso.

Buscando-se estabelecer uma relação entre atividade física, obesidade e qualidade de vida, analisou-se o estilo de vida de mulheres adultas obesas da cidade de Cruz Alta - RS/Brasil, na tentativa de prestar um serviço aos profissionais da área da saúde e à população em geral, alertando-os sobre esta nova realidade mundial.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo caracterizou-se como uma pesquisa de campo descritiva do tipo estudo de caso. A amostra, não probabilística intencional, foi constituída de 40 mulheres adultas obesas, clientes da Clínica Equilibrium em Cruz Alta – RS, da faixa etária dos 35 aos 59 anos. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética “Pesquisa em Seres Humanos” do Cefid/Udesc, em fevereiro de 2005. Utilizou-se um questionário misto e auto-aplicável, formado de três partes: a) Nível socioeconômico (ANEP, 1997), b) Avaliação de hábito alimentar (Curso Técnico em Nutrição, 2003), c) Hábitos de atividade física. A coleta de dados feita foi no local da prática de atividade física, por meio do preenchimento do questionário. Os dados foram analisados mediante estatística descritiva

(distribuição de frequências absolutas, tendência central), além da análise interpretativa de conteúdo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sociodemográfico

O referido estudo apresenta resultados referentes ao perfil relacionado aos dados pessoais das mulheres adultas obesas quanto ao estado civil, profissão, nível de escolaridade e nível socioeconômico. Os dados obtidos com a aplicação do questionário de informações relacionadas ao perfil da amostra demonstraram que, das 40 mulheres que fizeram parte deste estudo, 28 apresentam-se casadas, 6 divorciadas, 4 solteiras e 2 viúvas. Stürmer (2001) ressalta que o estado civil pode contribuir para a obesidade, o casamento pode proporcionar situações de estresse, falta de tempo e baixa auto-estima. Corroborando o que encontrou Sturmer (2001), Oliveira (2004) refere que, em sua pesquisa, 8,5% dos entrevistados atribuíram a obesidade ao casamento, pelos mesmos motivos citados anteriormente.

Os dados relacionados à profissão apresentam 15 mulheres desenvolvendo atividades do lar, 4 como professoras, 3 como funcionárias públicas, 3 como empresárias e as demais (15) atuando em outras profissões. Quanto à escolaridade, 16 mulheres apresentaram ensino médio, das quais apenas 8 chegaram a concluí-lo; 7 possuem ensino superior, concluído por apenas 4 delas, e somente 4 chegaram a cursar uma pós-graduação.

Em estudos realizados no Brasil ou fora dele, dados sobre o nível de escolaridade e obesidade apresentam como resultados:

- Nos Estados Unidos, a maior parte dos adultos sedentários possuía menor grau de escolaridade: 48% haviam cursado apenas metade do ensino médio; 34% completaram o ensino médio e os que apresentavam menor índice de sedentarismo tinham uma formação técnica pós-ensino médio (PALMA, 2000).

- No Ceará, estudos com funcionários da Universidade Estadual demonstraram que a maioria dos funcionários obesos (67%) tinha escolaridade equivalente ao ensino médio, e os

25% que possuíam ensino superior apresentavam menor índice de obesidade. (SABRY; SAMPAIO; SILVA, 2002).

- Em um estudo realizado com 1.035 pessoas adultas obesas da cidade de Pelotas – RS, observou-se que apenas 33% tinham nove anos ou mais de estudo (o que corresponde ao ensino médio e ao ensino superior), enquanto 67% possuíam menos tempo de estudo (34% estudaram de cinco a oito anos, 25% estudaram de um a quatro anos e 8% não possuíam escolaridade nenhuma) (GIGANTE et al., 1997).

Já em dados colhidos nesta pesquisa referentes ao nível socioeconômico, as mulheres da amostra apresentam-se em classes definidas pela ABIPEME (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa de Mercado, 1997). A associação classifica os indivíduos levando em consideração os bens móveis que possuem e o grau de instrução do chefe de família. Desta forma, as mulheres que responderam a este questionário foram classificadas através de uma pontuação que estima a renda média familiar e as divide em classes.

As pessoas pertencentes à classe A somam de 30 a 34 pontos e sua renda corresponde a R\$ 7.793,00; as da classe A1 somam entre 25 e 29 pontos, correspondendo sua renda mensal a R\$ 4.648,00; as da classe B apresentam uma pontuação de 21 a 24, correspondentes à média de R\$ 2.804,00; os da classe B1 somam entre 17 e 20 pontos, o que corresponde à renda mensal de R\$ 1.669,00; as pessoas da classe C apresentam um somatório de 11 a 16 pontos, correspondentes à renda média de R\$ 927,00; na classe D estão as que marcam de 6 a 10 pontos, com renda média correspondente a R\$ 424,00; e na classe E, de 0 a 5 pontos, a renda corresponde a R\$ 207,00.

Desta forma, os dados obtidos demonstraram que 7 mulheres pertencem à classe “A”, 3 à classe A1, 8 à classe “B”, 6 à classe B1. A maior frequência apareceu na classe “C”, com 10 mulheres, e na classe “D”, com 6 indivíduos.

Nos resultados apresentados pelo censo demográfico de 2000, realizado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), constatou-se que o rendimento mensal por domicílios particulares está em torno de R\$ 465,00 na Região Norte; R\$ 376,00 na Região

Nordeste; R\$ 712,00 na Região Sudeste; R\$ 601,00 na Região Sul e R\$ 658,00 na Região Centro-Oeste. Esses dados estão em conformidade com a renda apresentada por 16 mulheres deste estudo categorizadas nas classes C e D, a que corresponde uma faixa salarial de R\$ 424,00 a R\$ 927,00; porém estas duas classes não representam a maioria, diferenciando-se do padrão nacional.

Barbosa (2004) relata que a população de baixo poder aquisitivo apresentou um índice de obesidade crescente em um estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto, em um período de dez anos, durante o qual o número de moradores da periferia que ganhou peso acima do considerado ideal aumentou em 212%. A classe média também engordou, porém em uma proporção bem menor (16%), se comparada à classe mais baixa.

Mancini (2004) destaca que a renda tende a ser um fator de risco para obesidade, enquanto a educação tende a ser um fator protetor, ambos modificáveis pelas variáveis sexo e grau de desenvolvimento. As mulheres tendem a modificar seus padrões alimentares e de atividades físicas mais rapidamente que os homens, o que poderia facilmente ser explicado pelas preocupações com o controle de peso e pelos padrões físicos de beleza propagados em nossos dias, quanto mais cultura e poder aquisitivo apresentem estas mulheres.

Traçando o perfil das mulheres obesas que compõem a amostra deste estudo, notou-se que em sua maioria elas se encontram casadas, têm como atividade principal o cuidado com a casa (do lar), apresentam o ensino fundamental incompleto e em fazem parte da classe C, como foi caracterizado neste estudo, corroborando a afirmação dos autores de que as condições de vida influem na obesidade.

Hábitos alimentares

Os hábitos alimentares são importantíssimos para redução ou ganho de peso corporal. Neste sentido, este tópico buscou identificar os hábitos alimentares das mulheres, apresentando os resultados que se seguem nas figuras.

Com relação às refeições realizadas durante o dia, observou-se que a grande maioria das mulheres faz no mínimo três refeições diárias (café-da-manhã, almoço e jantar), porém não é

de seu costume realizar refeições intermediárias, principalmente o lanche da manhã.

Confrontando-se esses dados com a literatura, verificou-se que, de acordo com Leite (1996) e Stürmer (2001), fazer de 4 a 6 refeições diárias, em horários determinados e com moderação, é o mais aconselhado para a saúde, pois desta forma o organismo absorve menos calorias. Os autores ainda afirmam que não fazer uma refeição não significa ingerir menos calorias e perder peso, bem pelo, contrário, somente provoca um estímulo da voracidade para a refeição seguinte.

Continuando a análise, julgou-se interessante averiguar o preparo e o tipo de carne consumido, cujos dados seguem na Figura 1.

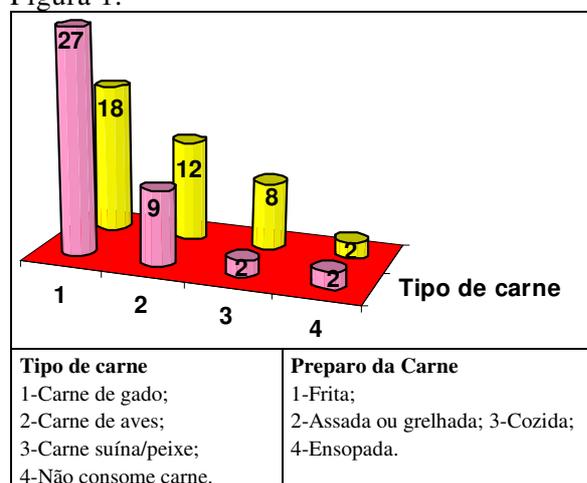


Figura 1 - Hábitos Alimentares (preparo e tipo de carne consumida)

Analisando a Figura 1, constatou-se que a maioria (27) das mulheres deste estudo consome carne de gado, 9 consomem carne de frango, 2 ingerem carne suína ou peixe e só 2 não consomem nenhum tipo de proteína animal. Quanto ao preparo, para 18 mulheres esses alimentos são fritos, para 12 são assados ou grelhado, 8 consomem esta comida cozida e apenas 2 o fazem ensopada.

Para Kamel e Kamel (1998) e Dâmaso; Stürmer (2001), a proteína animal deve fazer parte da alimentação das pessoas, contudo deve-se diminuir a ingestão de carnes vermelhas (sua digestão é mais difícil e elas são ricas em colesterol), substituindo-as por carnes brancas. Ainda segundo esses autores, é de grande importância privilegiar o preparo destas

proteínas evitando frituras e valorizando os assados e cozidos.

Se levarmos em conta que a região do estudo tem um forte tradicionalismo e este valoriza muito o consumo deste tipo de proteína, os resultados não são muito surpreendentes.

Enriquecendo a análise, verificaram-se os hábitos alimentares da amostra, cujos dados constam na Figura 2, onde se apresenta o consumo e o tipo de saladas.

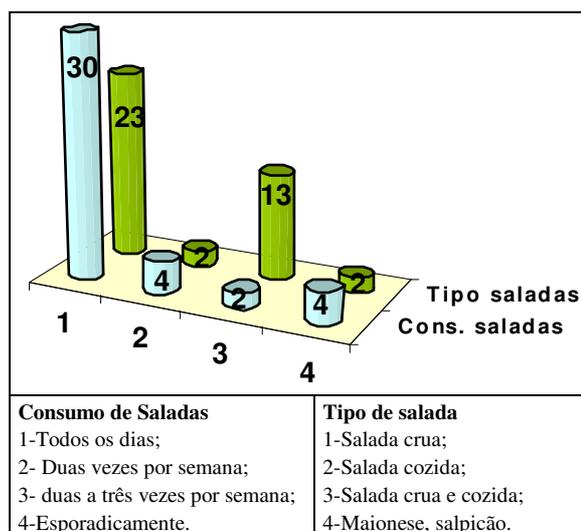


Figura 2 - Hábitos Alimentares (tipo e consumo de saladas).

De acordo com a Figura 2, 30 das 40 mulheres consomem saladas todos os dias, 4 o fazem esporadicamente e o restante da amostra, duas ou três vezes por semana (6). Este alimento, para a maioria (23), é consumido como salada crua e 17 mulheres fazem este consumo como salada cozida ou como maionese ou salpicão.

Leite (1996), Damaso e Sturmer (2001) concordam que o mais recomendável é iniciar a refeição pelas saladas, pois, além de serem mais saudáveis, são essenciais ao bom funcionamento do organismo. Podem ser consumidas sem moderação, pois possuem poucas calorias e fornecem muitos nutrientes, proporcionando mais facilmente uma sensação de saciedade. O consumo destes alimentos *in natura* é a forma mais saudável, sendo menos aconselhável consumi-las cozidas (KAMEL; KAMEL, 1998).

Também foram analisadas as ingestões de frutas, quanto à quantidade e à forma de consumo, constatando-se que 24 mulheres

consomem frutas todos os dias, 16 consomem duas unidades por dia e 35 consomem a fruta *in natura*. Apenas 7 mulheres fazem um consumo esporádico e 4 consomem mais de três unidades de fruta por dia. Kamel e Kamel (1998), Stürmer (2001) e Barros (2002) recomendam o consumo das frutas *in natura*, pois, além das fibras que possuem, ao se fazer a mastigação todos os nutrientes são assimilados. Os autores ainda recomendam o consumo das frutas da estação, pois apresentam melhor qualidade e mais propriedades. O recomendável para a saúde são 2 a 4 porções de frutas diariamente.

Na **Figura 3** apresentam-se os dados relativos ao consumo de alimentos integrais e às quantidades consumidas.

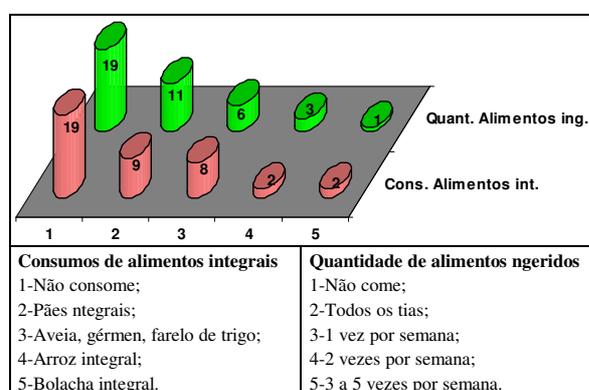


Figura 3 - Hábitos alimentares (consumo e quantidade de alimentos integrais).

De acordo com a **Figura 3**, 19 mulheres não fazem consumo de produtos integrais; das que os consomem, 9 preferem os pães integrais e 8 aveias, farelo e gérmen de trigo. Em relação à quantidade, 11 consomem produtos integrais todos os dias e 10 os consomem algumas vezes por semana. Também foi levado em consideração o consumo de laticínios e de doces e suas quantidades ingeridas ao dia. O tipo de laticínio mais consumido pela amostra foi o integral (20 mulheres), sendo que 19 o consomem uma só porção ao dia. Em relação aos tipos de doces, quase todas as mulheres (36) consomem os doces normais, sem restrição de açúcar, sendo que 24 só consomem doces aos finais de semana.

Para Leite (1996), os alimentos integrais devem ser consumidos diariamente, pois possuem fibras que auxiliam no bom funcionamento intestinal; porém o consumo

deve ser lento, porque de outro modo pode diminuir a absorção de cálcio, ferro e vitamina A (STURMER, 2002).

Dâmaso e Stürmer (2001) afirmam que para reduzir a gordura corporal se faz necessário o consumo de alimentos de baixa caloria, como os desnatados ou *lights*, sempre que possível.

Atividade física

Para responder ao último objetivo deste estudo, buscou-se identificar quais são os hábitos das mulheres obesas de Cruz Alta quanto à prática de atividade física, e obteve-se como resposta uma frequência até esperada: apenas 17 mulheres da amostra praticam regularmente uma atividade física.

A falta de atividade física, para Weineck (2003), é um fenômeno típico dos países industrializados. Com os avanços tecnológicos, observa-se cada vez mais sua redução, e deste declínio nos níveis de atividade física surgiram as várias conseqüências, entre elas a obesidade.

A **Figura 4** destaca os motivos para a não-prática de atividade física.

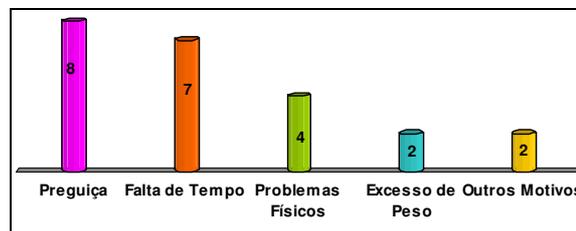


Figura 4 - Motivos para não praticar atividade física.

A maior parte da amostra não pratica atividade física regular, sendo os motivos mais citados: preguiça, falta de tempo, problemas físicos e dificuldade pelo excesso de peso. Bouchard (2003) afirma que um estilo de vida fisicamente inativo é um fator de risco para o ganho de peso, principalmente com o aumento de idade. Os indivíduos obesos são em geral muito sedentários, pelo excesso de peso. Um relatório de pesquisa sobre padrões de vida dos brasileiros, elaborado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1999, indicou que os homens praticam mais atividade física do que as mulheres.

De acordo com os dados do Centro Nacional Americano de Estatística de Saúde (apud KATCH; MCARDLE, 1996) sobre a prática de

atividades físicas entre adultos, apenas 8% dos homens e 7% das mulheres afirmam praticar atividades físicas regulares intensas. Todavia o principal dado obtido nesse estudo foi que a maioria das pessoas abandona a prática regular de atividade física no prazo de seis meses, não lhe dando continuidade.

Outro estudo, realizado por Matsudo et al. (2002), demonstrou que os indivíduos classificados como irregularmente ativos chegam a 36% dos homens e 40% das mulheres. O percentual de sujeitos que conseguem atingir a recomendação de atividade física para a saúde em São Paulo foi de aproximadamente 42% para o sexo masculino e 49% para o feminino, corroborando os dados aqui obtidos, pois o percentual obtido não chegou a 50% da amostra.

Fatores como fumar, estilo de vida sedentário, falta de apoio da família, doenças, corporalidade negativa, consciência corporal ruim e precária expressão corporal podem também influenciar negativamente a aderência a um programa de exercício para a redução de peso, pois geralmente essas pessoas acham ridículo expor seu corpo para aprender a educar-se fisicamente (KATCH; McARDLE 1996; LEITE, 1996).

Segundo relatam Stürmer (2001) e Nahas (2003), os motivos que levam as pessoas a optar por não se exercitar são a falta de tempo, a falta de informação sobre os benefícios e como se exercitar, falta de instalações adequadas e convenientes e fadiga geral, esta geralmente justificada por longas horas de trabalho ou dupla jornada, como acontece com as mulheres que, além de trabalhar fora, ainda precisam cuidar da casa.

Continuando a análise, a **Figura 5** apresenta os resultados dos motivos que levaram 17 mulheres desta amostra a praticar regularmente uma atividade física.

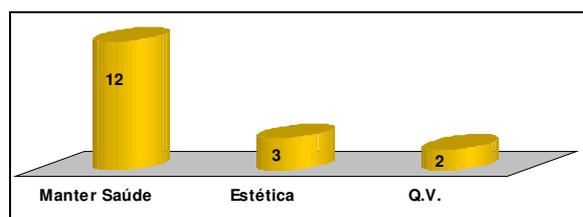


Figura 5 - Motivos para a prática de atividade física

De acordo com os resultados obtidos na **Figura 5**, 12 mulheres se motivaram para a prática regular de atividade física para manter a saúde, 3 para manter ou melhorar a sua estética e 2 para manter ou melhorar a sua qualidade de vida. Nahas (2003) concorda, afirmando que nas sociedades modernas os valores de aptidão física, corpo esbelto e magreza estão em alta.

Para iniciar um programa de exercícios, as pessoas têm um objetivo e uma meta. Estas metas e objetivos podem ser tanto a perda de peso para o aumento da musculatura (visando à estética) quanto a melhora da resistência física em busca de uma melhor qualidade de vida (BARROS, 2002).

Também em relação aos praticantes de atividade física, as pesquisadoras questionaram o tempo de duração destas práticas. Os resultados estão apresentados na **Figura 6**.

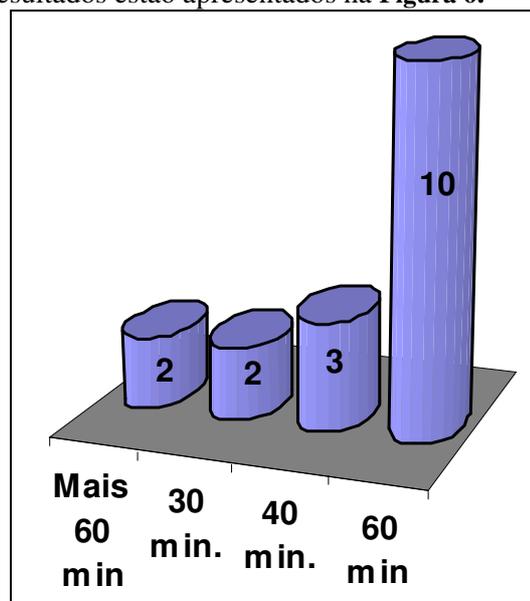


Figura 6 - Duração da prática da atividade física

A figura 6 mostra que, das 17 mulheres que praticam atividade física, 10 o fazem durante 60 minutos e apenas 2 praticam atividade mais de 60 minutos por dia. Steinhilber (2003) afirma que existe um consenso de que a atividade física de natureza aeróbia deve ser realizada na maioria dos dias, pelo menos durante 30 minutos. A porção da amostra que pratica atividade física o faz por pelo menos 30 minutos, desta forma está dentro das perspectivas do autor.

Dentre essas atividades, as citadas foram a caminhada (10), a musculação (3), a natação, a

hidroginástica e a ginástica localizada (1). Enriquecendo estes dados, relata Nahas (2001) que as atividades aeróbias (correr, pedalar, caminhar ou nadar) em ritmo moderado com duração de 30 minutos devem ter uma frequência de 5 a 7 vezes por semana para redução de gordura corporal. Barros (2002) ainda ressalta a importância de praticar atividade física, tanto para quem só quer manter um estilo de vida ativo como para quem quer emagrecer, sendo ainda o ideal iniciar com exercícios leves em dias alternados.

Segundo pesquisadores da University of Pittsburgh e da University of Colorado (apud NIEMAN, 1999), que criaram um registro de pessoas que perderam mais de 13,6kg e conseguiram manter o peso por mais de um ano, 94% das pessoas que emagreceram com sucesso aumentaram seu nível de atividade física para conseguir a perda de peso, sendo a caminhada a atividade mais realizada.

Para completar, a **Figura 7** mostra os locais mais utilizados pelas mulheres obesas de Cruz Alta para a prática de atividade física.

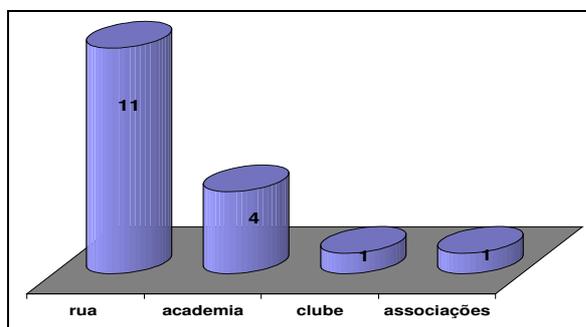


Figura 7 -Local utilizado na pratica de atividade física

A maior parte das mulheres prefere praticar sua atividade na rua (11), seguindo-se, pela ordem de preferência, as academias (4 mulheres) e os clubes e associações citados só por duas mulheres. Ainda segundo dados coletados pela pesquisadora, 12 praticantes não possuem nenhum tipo de acompanhamento profissional e 14 tampouco realizam qualquer tipo de avaliação física para iniciar uma prática regular de atividade física.

Não importa o tipo de atividade física nem o contexto de sua realização, se como lazer, no trabalho ou desporto. Do ponto de vista de saúde, importa considerar a totalidade de energia

despendida diariamente, mas principalmente a intensidade, a duração e a frequência com que se realizam estas atividades, o seu conteúdo lúdico-psicológico e a sua contextualização social e cultural (MAIA; LOPES; MORAIS, 2001).

O mais importante para que ocorra a adesão à prática da atividade física é sentir prazer em dedicar uma parte do seu dia a esta atividade, consciente de sua importância e da mudança que ela acarretará no organismo de cada indivíduo, colaborando para a aquisição de uma vida melhor e mais saudável. Todavia, hoje em dia em geral as pessoas não dispõem de orientação quanto às práticas adequadas à sua condição física, composição corporal, idade e até mesmo personalidade; assim, iniciam e acabam desistindo da atividade física por falta de estímulo ou por lesão (OLIVEIRA, 1996).

Oliveira (1996), Domingues Filho (2000) e Barros (2002) aconselham a realização de uma boa avaliação física sempre que um indivíduo iniciar qualquer atividade física ou esportiva, principalmente aqueles que ultrapassaram os 35 anos e apresentam riscos à saúde. Para esses autores, ainda seria necessário realizar análises antropométrica e postural, avaliações metabólicas, neuromusculares e das composições corporal, nutricional, psicológica e social, pois só assim será possível ter conhecimento do estado físico do indivíduo e indicar a melhor atividade.

Para confirmar esta afirmação, Stürmer, Nahas (2001) e Barros (2002) ressaltam que, em casos de obesidade, antes de iniciar um programa de redução de peso a pessoa deve consultar um médico para fazer uma avaliação sobre o estado de saúde geral, um nutricionista para orientar a sua dieta e um profissional de educação física para prescrever e controlar as atividades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como conclusão se podem apresentar os dados a seguir.

- a) maior parte da amostra foi composta por mulheres casadas que têm como principal rotina do dia o cuidado doméstico, apresentam o ensino fundamental em sua escolaridade e são pertencentes às classes C e B.

- b) Em relação aos resultados encontrados na análise dos hábitos alimentares, a maioria realiza no mínimo 3 refeições diárias, sendo mencionada como a principal fonte de proteínas a carne de gado e a preferência por frituras. A principal refeição é o almoço, sendo ainda consumidos diariamente frutas e alimentos integrais, além de doces nos finais de semana.
- c) maioria das mulheres não pratica nenhum tipo de atividade física regular, e o motivo alegado

- em maior número foi a preguiça, seguida pela falta de tempo. As que realizam algum tipo de atividade elegeram a caminhada como o melhor exercício.
- d) om estes resultados pode-se observar a necessidade de uma mudança no estilo de vida destas mulheres para obterem melhora em sua saúde, o que pode ser alcançado mediante o controle dos hábitos alimentares e um estilo de vida mais ativo.

THE LIFESTYLE OF OBESE ADULT WOMEN FROM THE CITY OF CRUZ ALTA-RS

ABSTRACT

The purpose of this study was to analyze the lifestyle of obese women from the city of Cruz Alta. The sample was intentional and composed by 40 women in the average age between 35 and 59 years old, body mass index higher or equal to 30 kg/m². As a research instrument, a mixed and self-applied questionnaire was used, which was composed by 3 parts: a) social and economic index (ANEP, 1997), b) alimentary practices, c) physical activity habits. The statistic selected was descriptive which allowed a posterior interpretative analysis. Most part of the responders were married and had the domestic duties as the principal daily activity. They belonged to C and B classes and most of them studied until the elementary school. Their nutrition habit showed they made at least 3 meals during the day, where lunch was the main meal. Cow's meat was the most consumed protein and they also ate fruits daily, raw foods and, on the weekends, they used to consume sweet. Most of them stated not to practice regular physical activities because of lack of time and motivation. The ones who confirmed to exercise regularly chose walking as the best exercise. The results indicated that their lifestyle can become better, if they reevaluate nutrition and physical activities habits.

Key words: Obesity. Nutrition and Physical Activity.

REFERÊNCIAS

- Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado. **Renda familiar**. Disponível em: <www.anep.org.br>. Acesso em: 12 jun. 2004.
- BARBOSA, M. **Obesidade aumenta entre os mais pobres**. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br>>. Acesso em: 22 jul. 2004.
- BARROS, T. L. de. **Programa das 10 semanas: uma proposta para trocar gordura por músculos**. São Paulo: Manole, 2002.
- BOUCHARD, C. **Atividade física e obesidade**. São Paulo: Manole, 2003.
- DÂMASO, A. (Coord.) et al. **Nutrição e exercício na prevenção de doenças**. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.
- DOMINGUES FILHO, L. A. **Obesidade e atividade física**. SÃO PAULO: Fontoura, 2000.
- GIGANTE, D. et al. **Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco**. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 15 jul. 2004.
- GUEDES, D. P. Programas de controle de peso corporal: atividade física e nutrição. **Rev min educ fís**, Viçosa, v. 10, n. 1, p. 62-98, 2002.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 25 jul. 2004.
- KAMEL, D.; KAMEL, J. G. **Nutrição e atividade física**. 2. ed. São Paulo: Sprint, 1998.
- KATCH, F. I.; McARDLE, W. **Nutrição, exercício e saúde**. 4. ed. São Paulo: Medsi, 1996.
- LEITE, P. F. **Obesidade na clínica médica**. Minas Gerais: Saúde, 1996.
- MAGNONI, D.; CUKIER, C. **Perguntas e respostas em nutrição clínica**. São Paulo: Roca, 2001.
- MAIA, J.; LOPES V. P.; MORAIS, F. P. de. **Atividade física e aptidão física associada a saúde: um estudo de epidemiologia genética em gêmeos e suas famílias realizado no arquipélago dos Açores**. Porto: Artes Gráficas, 2001.
- MANCINI, M. Métodos de avaliação de obesidade e alguns dados epidemiológicos **Revista Abeso**, São Paulo. Disponível em <http://www.abeso.org.br>. Acesso em: 02 jul. 2004.
- MATSUDO, V. et al. Nível de atividade física da população do estado de São Paulo: análise de acordo com gênero, idade, nível sócio econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Rev Bras Ciênc Mov**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 41-50, out. 2002.
- MCARDLE, W. D.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. **Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2003.
- NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 2. ed. Londrina: Midiograf, 2001.
- NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 3. ed. Londrina: Midiograf, 2003.

NAHAS, M. V. **Obesidade, controle de peso e atividade física**. Londrina: Midiograf, 1999.

NIEMAN, D. C. **Exercício e saúde**: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento. São Paulo: Manole, 1999.

OLIVEIRA, E. **O problema da obesidade**. Disponível em <http://www.gease.com.br>. Acesso em: 18 jun. 2004.

OLIVEIRA, R. C. de. Atividade física: avaliação e orientação. **Revista Âmbito Medicina Esportiva**, São Paulo, v. 35, p. 37-38, 1996.

PALMA, A. Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio econômicas: uma revisão de literatura. **Rev Paul Educ Fís**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 97-106, 2000.

PÉRUSSE, L. Obesidade: determinantes genéticos, ambientais e clínicos. **Revista Nutrição em Pauta**, São Paulo, v. 56, p. 4-11, 2002.

SABRY, M. O. D.; SAMPAIO, H. A. C.; SILVA, M. G. C. da. Hipertensão e obesidade em um grupo populacional no nordeste do Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, SP, v. 15, n. 2, p.139-147, 2002.

STEINHILBER, J. Atividade física é fundamental para a saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE, 4., 2003, Florianópolis.

Anais... Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2003. p. 9-10.

STÜRMER, J. S. **Reeducação alimentar**: qualidade de vida, emagrecimento e manutenção da saúde. 5. ed. São Paulo: Vozes, 2001.

WEINECK, J. **Atividade física para quê?** São Paulo: Manole, 2003.

WILMORE, J. H.; COSTILL, D. L. **Fisiologia do esporte exercício**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2001.

Recebido em 27/9/06

Revisado em 10/10/06

Aceito em 30/11/06

Endereço para correspondência: Amanda Soares. Av: Celso Ramos, 245, Centro, Cep 88220-000, Itapema-SC, Brasil. E-mail: amandasoares_ef@hotmail.com