

Izabela Aparecida Rodrigues Ferraz

Nutricionista do Ambulatório Multidisciplinar de Pacientes com Excesso de Peso/Obesos da EBMSP, Mestre e Doutora em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP

Izabela Gelisk Pereira

Nutricionista. Aluna especial do Mestrado da Universidade Federal da Bahia – UFBA

Manuela Lima Monteiro

Nutricionista e Mestre em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP

Maria de Lourdes Silva

Médica Endocrinologista Coordenadora do Ambulatório Multidisciplinar de Pacientes com de Excesso de Peso/Obesos da EBMSP

Ana Marice Ladeia

Médica Cardiologista do Ambulatório Multidisciplinar de Pacientes com de Excesso de Peso/Obesos da EBMSP. Coordenadora do Curso de Pós Graduação (Mestrado e Doutorado) da EBMSP

Armênio Guimaraes

Médico Cardiologista. Professor Titular do Curso de Pós Graduação (Mestrado e Doutorado) da EBMSP

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

PERFIL NUTRICIONAL E METABOLICO DE MULHERES COM OBESIDADE CENTRAL

*NUTRITIONAL AND METABOLIC PROFILE OF WOMEN
WITH CENTRAL OBESITY*

INTRODUÇÃO

A elevada prevalência global de Obesidade Central (OC) tem características epidêmicas mesmo em países com graus diversos de desenvolvimento sócio econômico. Analisando a história da humanidade no último século, é possível constatar que o desnutrido do passado, de baixo peso associado à atrofia do tecido adiposo e muscular foi substituído pelo indivíduo com excesso de tecido adiposo com localização preferencial no abdômen.[1,2]

Evidências na literatura indicam associação causal desse excesso de tecido adiposo, especialmente na região abdominal com o elevado consumo de gordura animal saturada e carboidratos simples, associado a baixo consumo de fibras, aliados a fatores genéticos e comportamentais, a exemplo do sedentarismo, o que representa risco para o desenvolvimento de patologias como a diabetes tipo II, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e hipertensão, condições responsáveis pelo aumento da prevalência e da incidência de doenças crônicas.[3]

Alguns aspectos desses problemas nutricionais foram estudados numa população de mulheres de baixa renda acompanhadas no Ambulatório de Obesidade da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como parte do Projeto de Estudo da Obesidade[3]. O conhecimento adquirido levou à ampliação da pesquisa visando comparar as características metabólicas e clínicas do mesmo tipo de obesidade em mulheres das classes socioeconômicas A/B, com vista a uma melhor compreensão desse aparente paradoxo da coexistência de obesidade central também

associada a dietas hipocalóricas, visando também a sua mais adequada prevenção e tratamento.
[1]

Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi descrever as características do consumo alimentar e ingestão energética de mulheres com obesidade central de classe socioeconômica A/B x C/D/E.

METODOLOGIA

Participaram do estudo mulheres obesas centrais atendidas no Projeto de Pesquisa com Pessoas em Excesso de Peso (PEPE), no Ambulatório Docente Assistencial da Escola Bahiana de Medicina (EBMSP), e em uma clínica Particular de Salvador, BA.

Como critério de inclusão consideramos as mulheres com circunferência da cintura (CC), superior a 84cm[4], com idade superior a 18 anos. Como critério de divisão dos grupos utilizamos a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).[5] Foram excluídas mulheres com dificuldade de expressão, grávidas ou lactentes, em regime de hemodiálise, uso de quimioterápicos, anorexígenos/ modeladores de apetite e com distúrbios psiquiátricos.

Avaliou-se a ingestão alimentar através de Recordatórios 24 horas (R24h), além de exames bioquímicos e atividade física com questionário aplicado por profissionais habilitados e previamente treinados. As participantes foram divididas em dois grupos de acordo com a classificação socioeconômica. As medidas qualitativas da amostra foram descritas em frequência absoluta e porcentagem, os resultados foram expressos em média±DP ou mediana com intervalo interquartil.

RESULTADOS

S.Foram avaliadas 178 mulheres (89 de classe C/D/E e 89 de classe A/B) atendidas em clínica particular em Salvador -BA. Não foi observada diferença significativa para a idade e o sedentarismo²⁰, foi predominante na classe C/D/E. A obesidade central, utilizada como critério de inclusão, esteve presente em 100,0% da amostra, com mediana de 100,26 cm (IIQ: 100-110,75), no grupo C/D/E vs 98,2 (IIQ: 98-103) cm, no grupo A/B, (p=0,33). Em relação às variáveis metabólicas, observamos para o colesterol total no grupo de classe socioeconômica C/D/E, mediana de 207,8 mg/dL (IIQ: 171-231,75). Com hipercolesterolemia (colesterol total > 200mg/dl), 28 (31,46%), hipertrigliceridemia (Tg > 150 mg/dl), 21 (23,59%) e HDL-c (> 60 mg/dl) em 39 (43,22%). Por sua vez, na classe socioeconômica A/B, observamos colesterol total com mediana de 176 mg/dl (IIQ: 115-210), apresentaram hipercolesterolemia (colesterol total > 200mg/dl), 28 (31,46%), hipertrigliceridemia (Tg > 150 mg/dl), 7 (8,3%) e HDL-c (> 60mg/dl) em 63 (73,3%). Foram observadas diferenças significativas entre os grupos para as variáveis de hipertrigliceridemia (p<0,001), predominantes no grupo de classe socioeconômica C/D/E e HDL-C (p<0,001), predominante no grupo de classe socioeconômica A/B. Em relação aos macronutrientes houve diferença significativa no consumo dos macronutrientes carboidratos e lipídios e fibras entre os grupos.

No que se refere à renda e escolaridade, observamos a heterogeneidades dos resultados

e destacamos o marcante contraste entre a baixa e elevada renda o que poderia influenciar a escolha dos alimentos, contribuindo na menor renda para a monotonia alimentar, menor consumo energético e, além disso, baixa qualidade dos alimentos ingeridos.[6]

DISCUSSÃO

Este estudo é pioneiro na investigação e comparação do perfil clínico, metabólico e alimentar de mulheres com OC que apresentam como fator de distinção principal os aspectos socioeconômicos, o que contribui para elucidar o aparente paradoxo da OC coexistir em faixas sociais antagônicas no que se refere ao nível socioeconômica e educacional.

Atividade física regular foi característica do grupo com elevada renda. Contudo, devemos considerar que, no grupo de baixa renda esse tipo de atividade física ainda não está inserido nesse nível cultural, além disto, a prática pode ser dificultada pelas condições topográficas e, outros fatores limitantes que justificariam menor adesão às praticas de atividade física voltadas para a manutenção da saúde.[7]

A CC é atualmente considerada a medida mais específica e sensível, no que se refere ao depósito de gordura na região abdominal (gordura visceral), utilizada para o diagnóstico de OC.[4] Em relação às variáveis metabólicas, como hiperglicemia e hipertriglicidemia observamos que são cerca de três a quatro vezes maiores no grupo de baixa renda, sugerindo que um ou mais fatores de risco característicos do grupo de baixa renda sejam responsáveis.

Referente ao consumo energético diário, o VET do grupo de baixa renda é inferior ao grupo de alta renda, o que caracteriza uma ingestão hipocalórica considerada inferior ao recomendado diário e, portanto, somente a ingestão energética não deve ser considerada de maneira isolada como a causa direta e exclusiva de obesidade, devido a complexidade dos mecanismos envolvidos.

Analisando a comparação do consumo dos macronutrientes houve similaridades entre os grupos para o consumo de proteínas (18% vs 15,7%), por outro lado, diferenças significativas de carboidratos (60,2% vs 55%) e lipídios (21,2% vs 27,8%). As mulheres da classe C/D/E, por exemplo, em sua maioria referiram consumo de carboidrato acima do recomendado e constatamos consumo distinto de lipídios entre em grupos, sendo que o consumo mais elevado foi observado na classe socioeconômica A/B. Além disso, no grupo de baixa renda, o consumo de ácido graxo poliinsaturado foi significativamente inferior e o de ácido graxo monoinsaturado inexistente, contrastando com a classe socioeconômica A/B sendo este ponto um poder aterogênico menor da alimentação dessa classe de obesos.

Com relação às fibras, os grupos se comportaram de maneira distintas ($p < 0,001$), sendo que na classe socioeconômica C/D/E o consumo em sua totalidade foi insuficiente, contrapondo a classe socioeconômica A/B. No Brasil, o número de pesquisas relacionadas ao consumo de fibras tem crescido, dada a importância da sua ingestão adequada de fibras como papel preventivo em relação a redução do colesterol plasmático e no controle do sobrepeso e obesidade, devido à sensação de saciedade na qual promovem.[8]

Faz-se necessário reforçar que, neste estudo, todas apresentaram perfis metabólicos de maneiras distintas entre os grupos e ainda, as mulheres da classe C/D/E, que apresentaram consumo insuficiente de fibras, o que certamente contribuiu para o quadro de obesidade

encontrado, paralelamente apresentam pior perfil lipídico (colesterol total e triglicerídeos) e glicêmico. Neste estudo, a comparação das características alimentares entre os grupos que apresentam como distinção a renda, torna os achados singulares e relevantes para elucidar a complexidade do problema e permear futuras investigações.

REFERÊNCIAS

1. Almeida ATCD, Netto Júnior JLDS. Measures of intergenerational transmission of obesity in Brazil. *C & S coletiva*, 2015; 20(5): 1401-13.
2. Pei L, Cheng Y, Kang Y, Yuan S, Yan H. Association of obesity with socioeconomic status among adults of ages 18 to 80 years in rural Northwest China. *BMC public health*, 2015; 15(1): 160.
3. Ferraz IAR, Lima ML, Ladeia AM, Guimarães AC. et al. Perfil alimentar de mulheres de baixa renda com excesso de peso/obesidade. Dissertação de mestrado. Programa de Pós Graduação da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Humana. 2013.
4. Barbosa PJ, Lessa I, de Almeida Filho N, Magalhães LB, Araújo J. Critério de obesidade central em população brasileira: impacto sobre síndrome metabólica. *Arquivo Brasileiro Cardiologia* 2006; 87(4): 407-14.
5. ABEP. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2016.
6. De Irala-Esteves J, Groth M, Johansson L, Oltersdorf V, Prattala R, Martinez-Gonzalez MA. A systematic review of socioeconomic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *European Journal Clinical Nutrition* 2000; 54:706-714.
7. Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. *C & S Coletiva*, 2011; 16(4): 2279-228.
8. Rique ABR, Soares EDA, Meirelles CDM. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. *Rev Bras Med Esporte*, 2002; 8(6): 244-54.