

Desigualdade, pobreza e obesidade

Inequality, poverty and obesity

Vanessa Alves Ferreira ¹

Aline Elizabeth Silva ²

Chrystiellen Ayana Aparecida Rodrigues ²

Nádia Lúcia Almeida Nunes ²

Tássia Cassimiro Vigato ²

Rosana Magalhães ³

Abstract *National studies have been demonstrating the positive relationship among inequality, poverty and obesity revealing the singularities and complexity of the nutritional transition in Brazil. In this direction, the women constitute a vulnerable group to the dynamics of the obesity in the poverty context. Such fact imposes the theoretical deepening and the accomplishment of researches that make possible a larger approach with the phenomenon in subject. In this perspective, the study analyzed the daily life of poor and obese women, users of basic units of health of the city of Diamantina, Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais State. The results revealed the complex relationship between feminine obesity and poverty. The cultural and material aspects of life, as well as the different feeding and body conceptions that demonstrated to be fundamental elements for the analysis of the multiple faces of the obesity among the investigated group. Facing these results it is appropriate to encourage public policies that promote equity widening the access of those groups to the main resources for the prevention and combat of obesity.*

Key words *Poverty, Obesity, Nutritional status, Food habits*

Resumo *Estudos nacionais têm demonstrado a relação positiva entre desigualdade, pobreza e obesidade, revelando a singularidade e a complexidade da transição nutricional no Brasil. Nesta direção, as mulheres constituem um grupo vulnerável à dinâmica da obesidade no contexto da pobreza. Tal fato impõe o aprofundamento teórico e a realização de pesquisas que possibilitem uma maior aproximação com o fenômeno em questão. Nesta perspectiva, o estudo analisou o cotidiano de vida de mulheres pobres e obesas, usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de Diamantina, Vale do Jequitinhonha (MG). Os resultados revelaram a imbricada relação entre obesidade feminina e pobreza. Os aspectos culturais e materiais de vida, assim como as diferentes concepções de alimentação e de corpo, demonstraram ser elementos fundamentais para a análise das múltiplas faces da obesidade entre o grupo investigado. Frente a esses resultados, torna-se oportuno fomentar políticas públicas que promovam maior equidade, ampliando o acesso desses grupos aos principais recursos para a prevenção e o combate à obesidade.*

Palavras-chave *Pobreza, Obesidade, Estado nutricional, Hábitos alimentares*

¹ Departamento de Nutrição, Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Rua da Glória 187/ sala 28, Centro. 39100-000 Diamantina MG.

vanessa.nutr@ig.com.br

² Graduação em Nutrição, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

³ Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Introdução

O incremento da obesidade em populações que vivem em situação de pobreza tem sido destacado pela literatura e por instituições internacionais^{1,2}. É notável a ascensão da obesidade em países em desenvolvimento, tais como as sociedades latino-americanas². No Brasil, os dados provenientes de inquéritos nacionais realizados no período de 1974 a 2003 revelaram a evolução da obesidade global na população adulta brasileira e seu impacto nos segmentos menos favorecidos³. Neste contexto, observa-se a vulnerabilidade do grupo feminino à dinâmica da obesidade na pobreza^{3,4}. De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, “no período mais recente, o problema do excesso de peso em mulheres tende a se deslocar para a região nordeste e, de modo geral, para as classes de menor renda”³. Contrariamente, entre o grupo masculino, a evolução do excesso de peso tem apresentado comportamento mais contínuo em todas as regiões brasileiras e classes sociais. Observa-se que a maior frequência do excesso de peso ocorre nos estratos de maior rendimento, especialmente naqueles indivíduos que residem nas Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste do país³.

A tendência da obesidade no contexto da pobreza no Brasil coloca o agravo como tema prioritário para o campo da saúde pública na atualidade^{5,6}. A preocupação com as repercussões da obesidade nos grupos menos favorecidos impõe o aprofundamento teórico sobre sua dinâmica e o delineamento de políticas públicas mais eficazes para a prevenção e o controle da enfermidade nesses segmentos. Nesta direção, este trabalho busca contribuir para o melhor entendimento da dinâmica da obesidade entre mulheres brasileiras, especialmente as que vivem em condições de pobreza. Dessa forma, este estudo procurou combinar aspectos epidemiológicos ligados ao quadro de crescimento da obesidade, utilizando dados provenientes da última pesquisa de âmbito nacional³, com informações de natureza sociocultural e simbólica⁷. Para isso, o objetivo foi analisar as práticas alimentares e o estilo de vida de mulheres obesas usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de Diamantina, região do Vale do Jequitinhonha (MG). O estudo teve a perspectiva de combinar diferentes possibilidades analíticas visando, porém, dar ressonância aos aspectos socioculturais e simbólicos⁷. Dessa forma, privilegiou-se o discurso das mulheres a respeito de suas práticas alimentares cotidianas, seus

corpos, suas condições de vida, trabalho e lazer, por intermédio da pesquisa qualitativa.

A cidade de Diamantina e o Vale do Jequitinhonha (MG)

A cidade de Diamantina localiza-se na região noroeste do Estado de Minas Gerais, a 297 quilômetros da capital Belo Horizonte. De acordo com os dados provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁸ para o ano de 2007, o município possui uma população adstrita de cerca de 88 mil habitantes. A cidade caracterizou-se como a maior produtora de pedras preciosas e de ouro do século XVIII e pertence ao Circuito do Diamante e da Estrada Real⁹. Atualmente, a exuberância histórica, artística e cultural da cidade é preservada e revalorizada por intermédio do título de Patrimônio Cultural da Humanidade, concedido pela Unesco no ano de 1997⁹. A cidade de Diamantina se insere ainda na região do Vale do Jequitinhonha, considerada uma das áreas de maior desigualdade e exclusão social do país. Dados do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA) para o ano de 2007¹⁰ confirmam a espacialização da pobreza na região. A existência de indivíduos vivendo em condições de pobreza e indigência atingiu o índice de 30%, considerado um dos mais elevados do país, semelhante apenas às regiões do norte e nordeste¹⁰.

Particularmente no que diz respeito aos indicadores nutricionais, os dados obtidos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) da Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina revelam prevalências bastante expressivas de obesidade na população. Entre adultos, a enfermidade passou de 7,7% para 16,7%, no período de 2002 a 2007¹¹. Esses dados corroboram com as prevalências atuais do excesso de peso no país. De acordo com a pesquisa do IBGE, a obesidade foi prevalente em 11% da população adulta brasileira³. Tal fenômeno reflete a dinâmica singular assumida pela transição nutricional no Brasil com a conformação de um quadro nutricional complexo e ambivalente¹², no qual a problemática da obesidade no contexto da pobreza é apenas uma das suas múltiplas faces.

Metodologia

Este trabalho apresenta parte dos resultados da pesquisa intitulada “Obesidade-Jequi”, realizada com mulheres obesas submetidas a condições de

vulnerabilidade social e moradoras da cidade de Diamantina (MG). O levantamento das referências bibliográficas foi feito a partir das principais bases digitais de dados, tais como MEDLINE e Lilacs, assim como em bibliotecas especializadas, compreendendo as do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA/RJ), Fundação Getúlio Vargas (FGV/RJ), Fundação João Pinheiro (FJP/MG) e Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-FIOCRUZ/RJ).

O estudo buscou uma aproximação com o vocabulário sobre a alimentação, o corpo, a vida, o trabalho, o lazer e a obesidade das mulheres do Vale através do instrumental qualitativo. A pesquisa qualitativa assume como tarefa central o entendimento da realidade humana vivida socialmente, na qual são priorizados um amplo universo de valores, percepções, hábitos e atitudes dos sujeitos¹³.

O trabalho de campo totalizou dezenove entrevistas. Os critérios para a seleção do grupo incluíram o diagnóstico da obesidade a partir do parâmetro do índice de massa corporal (IMC)¹⁴ e a caracterização da condição de vulnerabilidade social a partir do levantamento de informações sobre condições de vida e pobreza. Neste último, fizemos uso de uma cesta de indicadores, tal como propõe a literatura^{15,16}. Esta incluiu dados sobre renda, nível educacional, situação do domicílio, estrutura familiar, acesso a bens e serviços, condições de trabalho e lazer, entre outras informações.

As mulheres foram convidadas a participar da pesquisa nas unidades básicas de saúde da zona urbana da cidade. As entrevistas eram agendadas e realizadas no domicílio por uma equipe de pesquisadoras treinadas. O instrumento para a coleta de dados seguiu um roteiro previamente estabelecido e validado, compreendendo quatro eixos investigativos. O primeiro constou de informações acerca da rotina alimentar das entrevistadas, incluindo a aquisição dos gêneros, preparo, consumo, preferências e aversões alimentares. No segundo eixo, foram obtidos dados sobre a rotina diária de atividades laborais e de lazer: meios de locomoção, tipo de atividade ocupacional, realização de atividade esportiva de lazer e horas assistindo televisão. O terceiro eixo investigativo resgatou informações sobre a trajetória de vida das mulheres. Por último, foram obtidos dados acerca das percepções das mulheres acerca do seu corpo, alimentação e condições de vida e trabalho. Destacamos que foram cumpridos os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki da World Medical Association. Na etapa da análise dos dados, as entrevistas fo-

ram transcritas na íntegra e posteriormente realizou-se uma leitura flutuante de todo o material obtido. Foram sinalizadas as principais idéias ligadas à fundamentação teórica e feita a listagem das entrevistas¹³.

Resultados e discussão

Das dezenove mulheres entrevistadas, oito apresentaram obesidade classe I, cinco obesidade, classe II e seis obesidade, classe III, com riscos de comorbidade moderado, grave e gravíssimo, respectivamente, de acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁴. A média do índice de massa corporal (IMC) encontrada foi de 35,34 kg/m². No que diz respeito à faixa etária de nosso universo de pesquisa, as mulheres apresentaram idades que variaram de 19 a 58 anos. Na análise dos indicadores combinados, que teve por objetivo discriminar mulheres submetidas a condições de vulnerabilidade social, observamos que, no que se refere à cor, as mulheres entrevistadas eram em sua maioria pretas ou pardas. Esta característica está intimamente relacionada à pobreza no Brasil¹⁷.

A baixa escolaridade também é uma característica dos pobres no país¹⁷. Neste particular, as mulheres do Vale apresentaram baixo nível educacional: fundamental incompleto. Este perfil relaciona-se também a menores oportunidades de conquistar postos de trabalho de maior qualificação e melhor condição salarial. Neste sentido, as mulheres se encontravam inseridas em postos de trabalho de menor prestígio, exercendo atividades de diaristas, domésticas, babás, dentre outras. De acordo com a pesquisa realizada pela Fundação João Pinheiro no ano de 2006, a maior participação no mercado de trabalho das mulheres no Estado de Minas Gerais era nas ocupações das áreas de serviços (57,9%), serviços domésticos (17,4%) e do comércio (13,5%)¹⁸.

A vulnerabilidade à pobreza é agravada pela falta de uma rede de proteção social. As mulheres não apresentaram vínculos trabalhistas, exercendo suas atividades sem carteira assinada. Ainda de acordo com a pesquisa realizada pela Fundação João Pinheiro¹⁸, a informalidade foi maior entre as mulheres no ano de 2006 quando comparada com os homens. A população ocupada com carteira de trabalho assinada foi duas vezes maior no grupo masculino do que no feminino no período analisado. A esse respeito, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada¹⁹, as mulheres e os negros são os grupos que apresentam

os maiores índices de desemprego atualmente no país. Além disso, a participação em programas sociais foi rara no grupo: apenas duas informantes recebiam auxílios provenientes do programa federal Bolsa Família e do programa estadual Leite pela Vida. Os gastos com a alimentação foram baixos, em torno de R\$ 200,00 a R\$ 300,00 reais mensais: “na base de uns 300 que a gente gasta mais ou menos”, “uns duzentos e poucos”. A desqualificação das ocupações exercidas por essas mulheres se reflete em baixos rendimentos: a média salarial observada no grupo foi de dois salários mínimos mensais. A esse respeito, Sarlio-Lähteenkorva e Lahelma²⁰ verificaram a relação positiva entre obesidade feminina, desemprego e baixos rendimentos em estudos com mulheres na Finlândia. Neste trabalho, os autores concluíram que as mulheres obesas enfrentam múltiplas desvantagens sociais e econômicas.

O cotidiano de vida das mulheres revelou ser difícil, sendo a condição social, o desemprego e a doença as questões que mais preocupavam o grupo: “procuro emprego e não acho”, “minha saúde está ruim”, “o ruim é que eu não posso comprar as coisas que eu quero”. No que se refere à infraestrutura, verificamos que todos os domicílios possuíam equipamento de água e esgoto; contudo, existia problemas recorrentes de “falta” de água no bairro: “Numa semana, três dias falta água”, “falta água demais!”. A coleta de lixo local também se mostrou deficiente: “aqui não tem, eu levo e coloco lá em baixo”, “eu queimo o lixo”, “eles não pegam na porta”, “é bem desorganizada!”. A assistência à saúde, de acordo com o grupo, é limitada e obtida em postos de saúde, nas unidades da Estratégia de Saúde da Família, no Programa Agentes Comunitários de Saúde, na policlínica e no hospital municipal: “a gente procura, mas não acha”, “o mais procurado é o plantão, só que está muito difícil”.

As famílias eram do tipo mononucleares²¹ e o número de pessoas residindo no domicílio foi em média de cinco pessoas. A chefia do lar na maior parte dos domicílios ficava a cargo do marido. No entanto, cinco informantes foram classificadas como responsáveis pelo domicílio. Particularmente ao que diz respeito à chefia feminina, os dados recentes da pesquisa do IPEA¹⁹ revelam que esta é uma tendência crescente no país e que está relacionada com contextos de precarização da vida e do trabalho feminino sendo, portanto, considerado um importante indicador de desigualdade de gênero. Quanto ao nível de instrução dos chefes do domicílio, ele foi baixo; em média, o ensino fundamental incompleto, fato

que se correlaciona com o estado de pauperização das famílias urbanas no país²¹.

A rotina de alimentação das mulheres pobres e obesas do Vale do Jequitinhonha foi analisada dentro da perspectiva qualitativa, objetivando colher informações acerca dos critérios para a seleção dos alimentos. Neste sentido, verificou-se que a aquisição e o preparo dos gêneros eram atividades realizadas pelas próprias mulheres. Eram elas que selecionavam, gerenciavam e preparavam a alimentação da família: “eu escolho ao meu agrado e ao agrado da família”, “eu mesma que tenho que sair pra fazer as compras”. Segundo Woortmann²², o modelo brasileiro de organização da divisão do trabalho no núcleo familiar atribui às mulheres a prestação de serviços que compreende os afazeres domésticos e o controle da alimentação da família.

A compra dos alimentos era feita em supermercados e em pequenos armazéns localizados em bairros de maior popularidade e que apresentavam uma menor cobertura de infraestrutura e lazer, tais como o Rio Grande e a Palha. De acordo com o grupo, a preferência em comprar nesses locais envolvia o fato de ser mais barato, além da facilidade do crédito oferecido: “porque eu compro lá no cheque desde quando abriu”, “porque lá é mais barato”, “sai mais em conta”, “porque às vezes a gente não tem dinheiro e pode comprar pra pagar no outro mês”. O pagamento das compras dos alimentos é, portanto, em certas circunstâncias, realizado no sistema de crédito. A esse respeito, a pesquisa realizada no ano de 2007 pela Federação de Comércio do Rio de Janeiro²³ revelou que o endividamento é crescente entre as classes menos favorecidas economicamente. De acordo com a pesquisa, as diversas modalidades de financiamento oferecidas a esses segmentos têm contribuído para o acúmulo de débitos no grupo. Os dados revelam que 16% das pessoas que compõem a classe C e 15% dos indivíduos categorizados nas classes D e E estão com dívidas no mercado de crédito.

Dentro dos critérios para avaliar o consumo alimentar do grupo, constatou-se a estreita relação existente entre alimentação e condições socioeconômicas. O critério de seleção dos alimentos pelas mulheres do Vale era, na maioria das vezes, pautado pelo valor monetário dos gêneros. O preço dos itens definia, na maior parte das situações, a seleção dos alimentos pelo grupo: “eu compro pelo preço”. Esta relação entre a condição social e a seleção de alimentos no cotidiano de vida de mulheres obesas tem sido observada em estudos nacionais com esses segmen-

tos⁴. Entretanto, esse não pareceu ser o único critério de seleção dos alimentos no grupo. Assim, algumas mulheres fizeram referência à “marca” dos produtos: “[olho] o preço, o que é necessário e a marca”, “o preço e a marca”. Ana Maria Canesqui²⁴ também observou, em seu estudo com as famílias trabalhadoras em São Paulo, um comportamento “consumista” por parte das mulheres na seleção dos gêneros alimentícios. De acordo com a autora, as mulheres demonstraram maior interesse em experimentar as “novidades”, o que incluía a compra de novas marcas dos produtos. Contudo, em nossa investigação, constatamos que o preço de fato pareceu ser um fator determinante na aquisição dos alimentos no cotidiano de vida das mulheres do Vale: “eu procuro o que é mais necessário e mais barato, o que o dinheiro dá”.

Em geral, a alimentação das mulheres era concebida como: “necessária”, a “cesta básica”, o “grosso”. A alimentação cotidiana revelou ser monótona e incluía itens como o arroz, o feijão, a farinha, o óleo, o macarrão e o açúcar: “eu compro mais só o grosso: sal, arroz, farinha, feijão, óleo”. Com menos frequência, apareceu na dieta das mulheres as frutas e as verduras: “verdura lá de vez em quando que a gente compra e eu sou hipertensa, mas eu como só o grosso mesmo, porque verdura é muito difícil, o dinheiro não dá, as despesas estão muito caras”. A carne também foi citada com menor assiduidade pelo grupo: “uma carniinha de vez em quando”, “quando eu posso comprar carne, eu compro”. O baixo consumo desses alimentos revelou a estreita relação entre as práticas alimentares e as condições materiais do grupo. Este regime se aproximou de alguns estudos realizados no país com mulheres das classes populares^{4,25}.

Informações sobre preferências no consumo de alimentos revelaram o lugar privilegiado para as massas (macarrão), gorduras, as carnes em geral, especialmente a “carne de porco” e o “frango ao molho pardo”. Entretanto, algumas entrevistadas revelaram a pouca margem para a seleção de alimentos, sintetizada no discurso de uma das mulheres: “aqui não tem preferência não, o que tiver se come, ninguém aqui recusa, não”, “gostar eu gosto, mas não é sempre que pode comer”. O uso do açúcar se mostrou frequente e diário no grupo, especialmente combinado ao suco e ao café: “só uso no suco”, “eu só coloco açúcar no café”. O gosto pelas preparações fritas também foi recorrente entre as mulheres, dentre elas: “batata frita”, “mandioquinha frita” e “salgadinhos”. Tais relatos denunciaram o conheci-

mento das relações entre a ingestão de açúcares e de gorduras e a frequência da obesidade: “gostar eu gosto, mas eu evito”, “[açúcar] uso e não posso, não posso porque estou com princípio de diabetes, mas eu não consigo controlar”.

A predileção pelo açúcar e pelas gorduras tem sido comumente observada nos estudos com mulheres pobres e obesas no Brasil^{4,25}. Nestes trabalhos, evidencia-se a lógica da estratégia de consumo alimentar caracterizada na seleção de gêneros altamente calóricos e de baixo custo que promovem maior saciedade, mas não apenas isso. O aspecto cultural permeia a escolha e a seleção desses gêneros no cotidiano de vida desses segmentos. Como afirma Fischler²⁶, para serem comestíveis, os alimentos precisam ser elegíveis, preferidos, selecionados e preparados pela culinária, e tudo isso é regido por um componente cultural fundamental. Neste sentido, a gastronomia brasileira rica e diversificada recebeu forte influência portuguesa, com a difusão dos açúcares, das gorduras e dos tubérculos²⁷. Tais alimentos fazem parte da cultura e da identidade nacional.

A alimentação idealizada pelo grupo incluía a “carne”, a “lasanha”, a “pizza”, a “torta”, o “feijão tropeiro”, o “arroz temperado”, a “macarronada”, concebida como uma “comida preparada”, “comida especial”. Interessante destacar que a “alimentação mais saudável” foi mencionada por duas entrevistadas como uma alimentação de “luxo”. E, dentre os alimentos de “luxo”, apareceram as “frutas”, cujo acesso é difícil frente à condição social do grupo: “eu gostaria de comprar mais frutas, mas elas são sempre mais caras”, “frutas eu não compro, são muito caras e o dinheiro não dá”. Limitações de ordem econômica na adesão a uma dieta mais saudável sob o ponto de vista nutricional, incluindo frutas e verduras, também foi verificada em outro estudo realizado com mulheres pobres e obesas⁴. Este fato revela as limitações no acesso aos principais meios de prevenção e combate à obesidade nas populações menos favorecidas economicamente.

A trajetória de vida das mulheres revelou que as entrevistadas tiveram um passado sofrido, com o trabalho precoce, em geral, no roçado: “tinha que trabalhar na roça, capinar, plantar, fazer tudo! Minha vida era difícil demais!”. De acordo com as mulheres, a alimentação nesta fase da vida era “boa” e “saudável”. A experiência de prover e elaborar os alimentos tornava essa alimentação “melhor” quando comparada com o consumo de hoje, conforme mencionaram as entrevistadas: “ah, na infância a alimentação era melhor que agora, sem comparação! Porque a

gente tinha leitinho tirado na hora. A alimentação era bem melhor do que agora”, “a gente plantava, fazia farinha, fazia o café da manhã com garapa”, “a gente não comprava nada não, era tudo plantado em casa, guardava os alimentos no paiol, né? Ensacados”, “acho que a alimentação era melhor, não tinha química, tanta coisa que a gente come hoje tem química, remédio, né? Era sadio, era uma coisa natural”. Esse comportamento também foi verificado por Ferreira e Magalhães⁴ com as mulheres pobres e obesas da Favela da Rocinha. Os produtos industrializados eram considerados alimentos “não naturais”, já que se relacionavam ao uso de conservantes e substâncias desconhecidas pelas mulheres, que também vivenciaram as experiências de plantar e processar seus próprios alimentos na infância.

A rotina de atividades diárias das mulheres do Vale incluía os afazeres domésticos, o cuidado com os filhos, o trabalho informal e poucas horas de descanso e de lazer. De acordo com os relatos, “a vida é péssima pra todos, muito difícil”, “o município, a administração deixa muito a desejar”, “dizem que não esta tendo nem plantão mais! Não tem um médico!”, “falta emprego para as pessoas”, “não tem opção de lazer, a cidade está imunda, está suja, rato pra todo o canto, porque não tem prefeito pra mandar recolher o lixo. Então aqui tá uma vergonha!”, “olha o lugar que a gente mora? É pior que uma favela. Onde é mais caprichadinho é só no centro”.

Dentre as facilidades de se morar na cidade de Diamantina, as mulheres citaram a tranquilidade e a segurança: “é mais tranquilo, aqui tem pouca violência”, “é uma cidade calma”, “sossegada”. Em seu cotidiano diário, as entrevistadas tentavam conciliar os afazeres domésticos com a jornada de trabalho informal: “eu acordo cinco e meia, limpo casa, arrumo cozinha, lavo roupa, costume dar banho nas meninas pra poder ir pra escola. Aí sete e meia vou para o trabalho. Eu chego faço café, arrumo a casa, depois vou fazer almoço, lavar roupa, banheiro. Aí cinco e meia, volto pra casa”. Do total de entrevistadas, apenas três mencionaram realizar atividade física de lazer diariamente: “eu acordo 6 e 15, caminho até 15 pras 8, tomo banho e vou trabalhar”, “eu acordo cedo, tomo remédio e faço a caminhada, chego da caminhada e vou cuidar das nossas coisas dentro de casa”. As horas de descanso e lazer demonstraram ser raras. Assistir televisão, por exemplo, somente no período da noite, por poucas horas, devido à falta de tempo. A esse respeito, estudos nacionais^{28,29} têm constatado maiores prevalências de sedentarismo entre o grupo

feminino quando comparado ao masculino. Dentre as justificativas para a inatividade física no grupo feminino, emergiu a questão das múltiplas jornadas de trabalho, acarretando um menor tempo para o lazer. De fato, de acordo com o IPEA¹⁹, as mulheres realizam em média mais horas semanais com os afazeres domésticos (24,8 horas) do que os homens (10,0 horas).

Alimentação e corpo

Diferenças nos regimes alimentares das crianças e dos adultos foram observadas. As mulheres relataram que, para as crianças, as variações do cardápio envolvem a adição de “frutas” e “verduras”: “eu faço uma comida assim, procuro fazer com mais verdura, coisas assim pra elas, porque mesmo se não tiver pra gente, pra criança tem que ter”. De acordo com as mulheres, as variações na alimentação ocorrem “porque para a criança, tem que fazer uma coisa mais diferente pra ela desenvolver. Às vezes, tem que dar uma sopa, fazer uma carne mais preparada, não é igual adulto”, “existe [diferença] porque nem tudo que a gente pode comer pode dar para uma criança”, “a [alimentação] da criança tem que ser mais suave, mais levinha, né?”

Contudo, embora reconheçam as necessidades e demandas alimentares das crianças no cotidiano diário, essas modificações do cardápio nem sempre podem ser realizadas: “não existe diferença, não”, “o que um comer, os outros comem”, “é tudo igual porque às vezes não tem uma fruta, não tem iogurte”. Entretanto, verificamos que a pouca margem de escolha faz com que algumas mulheres abdicuem de alimentos mais saudáveis e nutritivos em favor dos filhos: “a criança é mais sensível, ela tem que ter uma alimentação mais equilibrada. É diferente, por exemplo, se tem um leite, eu tenho que deixar mais pra criança do que pra mim. Fruta eu tenho que deixar mais pra elas, porque elas estão em desenvolvimento. Eu posso esperar”. Esse comportamento também foi verificado por Aguirre³⁰ em seu estudo com as mulheres obesas e de baixa renda na Argentina.

Diferenças acerca da alimentação entre pobres e ricos foram evidenciadas. Assim, para as mulheres, a comida de rico é “bem diferente”, “variada”, “chique”, “incrementada” e, portanto, “melhor”. A comida de rico permite, de acordo com as entrevistadas, a inclusão de gêneros caros, itens cujo acesso é difícil, tais como a “carne”, a “salada”, a “verdura” e as “sobremesas”: “muitas vezes o pobre não pode ter a carne, já o rico pode. Uma salada e o rico pode”, “rico tem uma verdura,

uma salada. Comida de pobre, às vezes você faz arroz, feijão, macarrão, angu, só”, “rico come bem, pobre come mal”, “na maioria das vezes, eles comem muita salada”. A comida de rico também é concebida pelas mulheres como sendo “leve”, “sem gordura”: eles [ricos] comem pouco pra não engordar, tudo tem que ser assim, tipo assim, sem gordura, leve”. Em contrapartida, o pobre come “o básico”, “o que dá pra comprar”. No dia a dia, a alimentação se revela monótona, composta por: “arroz com feijão”, “às vezes, verdura não tem”, “come a carne quando tem” e “muita massa”, “a gente come muita comida pesada”.

Com relação ao corpo, a maior parte das mulheres revelou estar insatisfeita com o seu peso. Ter excesso de peso para o grupo significava: “sentir-se mal”, “não ter boa saúde”, “ficar estressada”, “anêmica”, “com glicose alterada”, “colesterol alto”, “sedentária”, “ter mais tendência a enfartar e a ter hipertensão”. Além disso, o corpo obeso dificultava o vestuário e a aceitação social: “é ruim, os outros vivem chamando a gente de gorda”, “é até mais difícil pra comprar roupa, esteticamente, também, é um pouquinho difícil”. Para as mulheres, a obesidade acarreta limitações importantes no cotidiano de vida, que compreendia comprar um vestuário confortável, realizar sua rotina de atividades diárias e do trabalho, manter-se saudável: “a gente veste uma roupa e a gente não se sente bem, não se sente alegre, não se sente confortável”, “tem coisa que eu não consigo fazer: correr, andar rápido, eu fico cansada”, “dificuldade pra trabalhar”, “a autoestima da gente fica baixa”, “cansaço”, “falta de ar”, “estresse”, “traz muito problema, doença”.

Tais discursos nos conduzem a pensar em mudanças nas representações sociais relacionadas ao corpo, à saúde e à doença operando nesse grupo, em particular. Em geral, os estudos que investigaram essas temáticas ao longo da década de oitenta no Brasil referiam-se à importância da categoria “força/fraqueza” pelas classes populares. Dessa maneira, o corpo “forte” era vinculado à “saúde” e ao “trabalho”^{31,32}. Opostamente, a doença relacionava-se à fraqueza, ao desânimo, ao corpo desnutrido, à magreza, à escassez e à fome. Notadamente, observamos que o corpo obeso para as mulheres do Vale era percebido pelas sensações de indisposição para trabalhar e realizar as atividades cotidianas do grupo e, dessa forma, era concebido como um “corpo fraco”. Ao mesmo tempo, observa-se também a incorporação do discurso médico regido por preceitos normativos (dieta, exercício físico, emagrecimento, cuidados estéticos, exames periódicos,

etc.), mais comumente verificado nas classes média/alta e nos indivíduos com melhor nível intelectual³³.

A gravidez foi sinalizada pelas mulheres como a principal justificativa para o ganho de peso. Dessa forma, de acordo com as entrevistadas: “comecei a ganhar peso depois que eu tive o primeiro filho”, “depois da gravidez”, “na minha terceira gestação”, “a gente tem filho e alarga a barriga”, “depois que eu ganhei a menina”. Estudos nacionais têm demonstrado a relação positiva entre gravidez e excesso de peso em mulheres³⁴. O uso de fármacos também foi relacionado ao ganho de peso no grupo: “foi por causa do medicamento antialérgico”, “remédio de estômago”, “vitamina pra engordar que eu tomei na adolescência”.

Desigualdades no acesso ao estilo de vida saudável

A maior parte das mulheres revelou aderir a algum tratamento para emagrecer: “já fiz de tudo que você possa imaginar”. Dentre os recursos mais citados, estavam caminhada, dieta, exercício e remédio. No que diz respeito à dieta, a maior parte das mulheres revelou já ter se consultado com médicos, nutricionistas e estagiárias de nutrição que estão nos serviços de saúde locais. Com relação ao tratamento dietoterápico, as mulheres revelaram que foi bom; contudo, não deram continuidade: “foi um tratamento até bom, mas eu que não continuei”, “no início, eu perdi, aí depois eu comecei a ganhar peso, aí eu fui e deixei”. De acordo com o grupo, o tratamento dietético “foi muito importante pra saúde”, “importante, mas eu não consegui dar sequência”. Estudo realizado por Cavalcanti *et al.*³⁵ revelou que o grupo de obesos de baixa renda associava a perda de peso (regime) a crenças positivas tais como “sentir-se leve”, “mais disposto”, “ter mais saúde”, “evitar doenças”, “melhorar a autoestima”.

Investigando as dificuldades para perder peso no grupo, verificamos a culpabilização das mulheres pelo seu corpo obeso: “é falta de força de vontade mesmo”, “eu como muita comida pesada”, “se eu tivesse mais atividade física”, “acho que é porque eu como muita massa”, “podia fazer mais um pouquinho de atividade física”, “eu fico muito parada”. Entretanto, as categorias “nervoso” e “estresse” apareceram com muita recorrência no discurso das mulheres: “eu sou meio desesperada, às vezes fico querendo ter as coisas, vejo os meninos pedindo, fico estressada”, “é ansiedade”, “é mais por causa do nervoso, se a gente tivesse uma vida

mais tranquila”, “eu acho que eu sou gorda nem é de comer tanto, é mais estresse”.

De acordo com o grupo, para perder peso, seriam necessárias as seguintes medidas: o acompanhamento com o “médico” ou com a “nutricionista”, fazer “dieta” e “caminhadas”. Contudo, pouco a pouco, revelaram as reais limitações para a adesão ao tratamento: “vou ter que procurar um médico, né? Que a gente não encontra, porque a gente vai no posto, vai na secretaria e não encontra um médico pra gente consultar”, “Diamantina é assim: tudo é academia, tudo que você precisa é caro, não tem um centro assim, deveria existir um centro assim pra gente, até pra caminhada é difícil, porque podia fazer um local, a gente anda, faz caminhada, preocupada com o carro que vai te pegar, não tem uma área assim pra você fazer uma caminhada”, “poderiam ajudar as pessoas que não têm condição de pagar uma academia, deveria existir alguma coisa assim de graça”, “a gente deveria se alimentar pouco, comer mais verdura, fruta, né? Evitar muita comida pesada de feijão-arroz, feijão-arroz”, “se a gente tivesse mais condições de fazer uma dieta certa, mais tranquilidade na vida”, “se eu tivesse uma condição melhor, poderia fazer dieta”, “eu acho que se a gente tivesse condições de comer outras coisas, verduras, por exemplo, quem sabe?”.

Considerações finais

Este trabalho corrobora os estudos nacionais e internacionais mais recentes que alertam para a complexidade da dinâmica da obesidade feminina na pobreza^{3,4,24,36,37}. As mulheres, chefes de família ou não, que recebem baixos rendimentos, possuem menor nível de instrução, não apresentam seguridade e proteção social, são extremamente vulneráveis à obesidade e suas comorbidades³⁸. Concomitantemente, essas mulheres dispõem de poucos recursos para aderir aos prin-

cipais instrumentos de prevenção e combate à obesidade³⁶. Neste sentido, cabe salientar a importância de fomentar políticas públicas de inserção social e igualdade de gêneros, além de ações focalizadas na promoção a estilos de vida saudáveis. Estas últimas devem propiciar espaços recreativos e de lazer para a prática regular de atividade física nos circuitos da pobreza (quadras esportivas, ciclovias, pistas para caminhadas, etc.), além da difusão de orientações para a prática esportiva nos diferentes cenários (escolas, trabalho, associações de bairros, unidades básicas de saúde, meios de comunicação de massa).

Soma-se a estas ações a ampliação da garantia do acesso a alimentos mais nutritivos e de menor densidade calórica, tais como as frutas e verduras, dentro da perspectiva da segurança alimentar e nutricional. A segurança alimentar e nutricional preconiza ações múltiplas que envolvem a redução do preço desses alimentos: o incentivo à criação de hortas comunitárias e da agricultura urbana e de subsistência; a restrição de campanhas de marketing a alimentos ricos em açúcares e gorduras; a divulgação de guias alimentares e de campanhas educativas nos meios de comunicação de massa que fomentem o consumo de alimentos de melhor qualidade nutricional; o incentivo ao consumo de alimentos regionais, dentre outras iniciativas.

Por fim, destacamos a importância de incorporar os aspectos simbólicos, culturais e materiais de vida para a análise das múltiplas faces da enfermidade no Brasil⁴. Os exames que propõem a articulação das dimensões do corpo, do trabalho, da cultura, da condição de classe e saúde devem ser incorporados aos estudos atuais acerca do tema, a fim de possibilitar o melhor enfrentamento do agravo. A nosso ver, o delineamento e a execução de pesquisas e ações focalizadas são imprescindíveis para a redução do impacto potencialmente negativo da obesidade nestes segmentos hoje no país.

Colaboradores

VA Ferreira foi responsável pela idealização, orientação da pesquisa e redação do artigo. AE Silva realizou a transcrição das entrevistas e a revisão do artigo. CAA Rodrigues foi responsável pela seleção da amostra, coleta de dados e revisão do artigo. NLA Nunes participou da seleção da amostra, da coleta de dados e revisão do artigo. TC Vigato foi responsável pela coleta de dados e revisão do artigo.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pelo apoio financeiro.

Referências

1. Força Tarefa Internacional sobre Obesidade. [site da Internet] [acessado 2008 mar 02]. Disponível em: <http://www.iotf.org>
2. Pena M, Bacallao J. *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*. Washington, D.C.: OPAS; 2000.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
4. Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2005; 21(Supl. 6):1792-1800.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Obesidade*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl. 2):332-340.
7. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed; 2003.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar*. Rio de Janeiro: IBGE; 2007.
9. Geografia de Diamantina. [site da Internet]. [acessado 2008 mar 02]. Disponível em: <http://www.diamantina.mg.gov.br>
10. Silveira FG, Carvalho AXY, Azzoni CR, Campolina B, Ibarra A. *Dimensão, magnitude e localização das populações pobres no Brasil*. Brasília: IPEA; 2007. [Texto para discussão nº 1.278].
11. Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina. *Sistema de vigilância alimentar e nutricional: 2002-2007*. [Mimeo]
12. Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad Saude Publica* 2003; 19(Supl. 1):181-191.
13. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1998.
14. World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of WHO Consultation on Obesity*. Geneva: World Health Organization; 1997.
15. Sen AK. *Desigualdade reexaminada*. Rio de Janeiro: Record; 2001.
16. Townsend P. *The international analysis of poverty*. London: Harvester Wheatsheaf; 1993.
17. Rocha S. Caracterização da pobreza no Brasil. In: IPEA. *O Brasil no fim do século: desafios e propostas para ação governamental*. Rio de Janeiro: IPEA; 1994. p. 37-43.
18. Fundação João Pinheiro. *Perfil de Minas Gerais, 2007*. Belo Horizonte: FJP; 2008.
19. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. *Retrato das desigualdades de gênero e raça. Análise preliminar dos dados*. Brasília, IPEA; 2008.
20. Sarlio-Lähteenkorva S, Lahelma E. The association of body mass index with social economic disadvantage in women and men. *Int J Epidemiol*. 1999; 28(3):445-449.

21. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. **Família e pobreza. Relatório final**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1992.
22. Woortmann K. **A família das mulheres**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; Brasília: Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico; 1987.
23. Federação de Comércio do Estado do Rio de Janeiro. **Jornal O Globo** 2008; 30 mar.
24. Canesqui AM. Mudanças e permanências da prática alimentar cotidiana de famílias de trabalhadores. In: Canesqui AM, organizadora. **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.167:210.
25. Tonial SR. **Desnutrição e obesidade: faces contraditórias na miséria e na abundância**. Recife: IMIP; 2001.
26. Fichler Cl. **(H) omnivore**. Paris: Odile Jacob; 1990.
27. Zarvos N, Ditadi CAS. **Multissabores: a formação da gastronomia brasileira**. São Paulo: Senac; 2001.
28. Instituto Nacional do Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**. Rio de Janeiro: Inca; 2004.
29. Salles-Costa R, Heilborn ML, Werneck GL, Faerstein E, Lopes CS. Gênero e prática de atividade física de lazer. **Cad Saude Publica** 2003; 19(Supl. 2):325-333.
30. Aguirre P. Aspectos socioantropologicos de la obesidad en la pobreza. In: Pena M, Bacallo J, compiladores. **La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud publica**. Washington, D.C.: OPAS; 2000. p.13-25. [Publicación científica n° 576]
31. Duarte LFD. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ Cnpq; 1986.
32. Zaluar A. Os trabalhadores e suas famílias: trabalho e pobreza. In: Zaluar A. **A máquina e a revolta: as organizações populares e o significado da pobreza**. São Paulo: Brasiliense; 1984. p 87-131.
33. Bolstanki L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
34. Kac G. Fatores determinantes da retenção de peso no pós-parto: uma revisão da literatura. **Cad Saude Publica** 2001; 17:455-466.
35. Cavalcanti APR, Dias MR, Rodrigues CFF, Gouveia CNNA, Ramos DD, Serrano FJO. Crenças e influências sobre dietas de emagrecimento entre obesos de baixa renda. **Cien Saude Colet** 2007; 12(Supl. 6):1567-1574.
36. Wardle J, Waller J, Jarvis MJ. Sex differences in the association of socioeconomic status with obesity. **Am J Public Health** 2002; 92(8):1299-1304.
37. Wardle J, Griffith J. Socioeconomic status and weight control practices in British adults. **J Epidemiol Community Health** 2001; 55(3):185-190.
38. Dijkshoorn H, Nierkens V, Nicolaou M. Risk groups for overweight and obesity among Turkish and Moroccan migrants in The Netherlands. **Public Health** 2008; 122:625-630.

Artigo apresentado em 26/06/2007

Aprovado em 14/12/2007

Versão final apresentada em 04/04/2008