

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FCF/ FEA / FSP

**Programa de Pós-Graduação Interunidades em
Nutrição Humana Aplicada – PRONUT**

CINTHIA ROMAN MONTEIRO SOBRAL

**Determinantes da Autopercepção de Saúde entre Mulheres Frequentadoras do
Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo (CEPEUSP)**

São Paulo

2007

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FCF/ FEA / FSP
Programa de Pós-Graduação Interunidades em
Nutrição Humana Aplicada – PRONUT

CINTHIA ROMAN MONTEIRO SOBRAL

Determinantes da autopercepção de saúde entre mulheres freqüentadoras do
Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo (CEPEUSP)

Dissertação para obtenção do grau de
Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Cavallini
Cyrillo.

São Paulo

2007

Ficha Catalográfica
Elaborada pela Divisão de Biblioteca e
Documentação do Conjunto das Químicas da USP.

Sobral, Cinthia Roman Monteiro
S677d Determinantes da autopercepção de saúde entre mulheres
frequentadoras do Centro de Práticas Esportivas da Universidade
de São Paulo(CEPEUSP) / Cinthia Roman Monteiro Sobral. --
São Paulo, 2006.
Iv. (Paginação irregular)

Dissertação (mestrado) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas
da USP. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade
da USP. Faculdade de Saúde Pública da USP. Curso Interunidades
em Nutrição Humana Aplicada.
Orientador: Cyrillo, Denise Cavallini

I. Mulheres : Nutrição 2. Saúde da mulher 3. Atividade
física : Esporte I. T. II. Cyrillo, Denise Cavallini, orientador.

641.1 CDD

CINTHIA ROMAN MONTEIRO SOBRAL

Determinantes da Autopercepção de Saúde entre Mulheres Freqüentadoras do
Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo (CEPEUSP)

Comissão Julgadora

Dissertação para obtenção do grau de Mestre

Profa. Dra. Denise Cavallini Cyrillo
Orientadora/Presidente

1º. Examinador

2º. Examinador

São Paulo, 09 de janeiro de 2007.

Dedico este trabalho...

... a pessoa do Espírito Santo...

...ao Ricardo, meu esposo...

que com seu amor, alegria, compreensão e muita paciência

foi fundamental para a finalização deste trabalho.

...aos meus adorados pais Alberto e Elisabete...

que me deram força, estímulo e foram exemplo de caráter e persistência

para a minha vida.

...ao meu irmão Alexandre...

...pelo carinho, amizade e a imensa disposição para ajudar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora e amiga, Profa. Dra. Denise Cavallini Cyrillo, grande exemplo de dedicação, por ter me aceito como orientanda, pelos ensinamentos, apoio e, principalmente pela amizade e compreensão.

À Andréa Gomes pela “co-orientação” e suas indispensáveis contribuições.

Aos mais antigos da equipe PRINUTHA Cidinha e Luiz pelos conhecimentos transmitidos e a continuidade deste projeto. Muito obrigada pelo apoio e amizade!

Aos mais novos no projeto, Andréa Kanikadan, Silvana, André e Viviane que contribuem muito para o PRINUTHA.

À Profa. Dra. Flavia Mori, ao Prof. Dr. Heron do Carmo e ao Prof. Paulo Picchetti pelas preciosas sugestões, pela atenção dada e a disposição sempre que solicitadas.

Ao Prof. Dr. Eduardo Purgatto pelo incentivo, carinho, amizade e pelas palavras certas nos momentos certos, além, é claro, do ombro amigo.

Um carinho especial à Lucile, ao João Paulo, à Amanda e à Eliana que me apoiaram em certos momentos importantes da minha vida.

A minha prima Kelly pela sua incomparável generosidade.

Aos que fizeram parte do PRINUTHA João e Edgar, que cooperaram para a construção do banco de dados.

Aos colegas do laboratório de Bioquímica (Bloco 14) que conviveram comigo por quase um ano.

À Elaine e ao Jorge da secretaria de Pós-Graduação, pela competência e por estarem sempre dispostos a esclarecer nossas dúvidas e solucionar nossos problemas.

Ao Silvio da FEA pelos conhecimentos dos programas estatísticos.

As estagiárias de Nutrição do Centro Universitário São Camilo que ajudaram na coleta dos dados.

À CAPES pela bolsa concedida.

Aos meus familiares e todos amigos que contribuíram, de alguma forma, para a realização deste trabalho.

RESUMO

Sobral, C.R.M. **Determinantes da autopercepção de saúde entre mulheres freqüentadoras do Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo (CEPEUSP/USP)**; São Paulo, 2006. [Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação Interunidades em Nutrição Humana Aplicada – FCF-FEA-FSP da Universidade de São Paulo].

A saúde é um dos principais elementos da qualidade de vida dos indivíduos. As pesquisas direcionadas às mulheres a respeito deste tema preocupavam-se quase exclusivamente com os problemas de caráter reprodutivo e doenças ginecológicas. Todavia, nos dias atuais, outros aspectos têm sido estudados em decorrência das mudanças significativas de seu papel na sociedade contemporânea. Além de grande parcela da população feminina estar no mercado de trabalho, elas continuam assumindo a responsabilidade da maternidade e do cuidado da família. Nesse contexto, a autopercepção de saúde vem sendo aplicada como uma das formas de se avaliar o estado de saúde, refletindo os diversos aspectos do estilo de vida. O objetivo deste estudo é investigar os determinantes socioeconômicos, demográfico, nutricional, de saúde e de estilo de vida que interferem na própria percepção de saúde entre mulheres freqüentadoras do Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo (CEPEUSP). Este trabalho foi realizado no âmbito do PRINUTHA e caracterizado como um estudo transversal do tipo exploratório. A amostra foi composta por 162 mulheres adultas e, para associar a autopercepção de saúde com os fatores que poderiam influenciá-la, foi estimada uma regressão logística binária, definindo como variável dependente a autopercepção de saúde e variáveis independentes: idade, escolaridade, estado nutricional, qualidade do consumo alimentar, hábito intestinal e prática de atividade física. A média de idade foi de 31,46 ($\pm 12,41$) anos e de escolaridade 13,77 ($\pm 2,68$) anos. Observou-se que 87% das mulheres auto-avaliaram positivamente sua saúde, 33,4% estavam com excesso de peso, 41,4% apresentaram mau hábito intestinal, 78,4% precisavam melhorar sua alimentação e 69,7% faziam exercícios físicos. O estado nutricional e a atividade física mostraram-se determinantes estatisticamente significantes ($p < 0,001$ e $p = 0,050$, respectivamente), sendo que aquelas com peso normal apresentaram uma probabilidade de 92,7% e as praticantes de 90,1% de terem uma boa percepção de saúde. Portanto, conclui-se que os resultados corroboraram com as políticas públicas e programas estabelecidos pelas organizações mundiais e nacionais a cerca das diretrizes básicas para um estilo de vida saudável.

Palavras-chave: autopercepção de saúde, saúde da mulher, estado nutricional, consumo alimentar e atividade física.

ABSTRACT

Sobral, C.R.M. **Determinants of self-rated health status among frequenter women of the Sporting Practices Center at the University of São Paulo (CEPEUSP/USP)**; São Paulo (BR), 2006. [Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação Interunidades em Nutrição Humana Aplicada – FCF-FEA-FSP da Universidade de São Paulo].

Health is one of the most important elements of the individuals' life quality. The researches headed for women regarding this theme used to focus on, almost exclusively, the problems of reproductive and gynecological diseases. Though, nowadays other aspects are subject of studies, due to significant changes of women's role in the contemporary society. Besides great portion of the feminine population is on the labor market, they continue taking responsibilities of maternity and family care. In this context, self-rated health status has been applied as one way of evaluating health condition, reflecting several aspects of lifestyle. The aim of this study is to investigate socioeconomic, demographic, nutritional, health and lifestyle determinants that interfere in self-rated health status among women that frequent the Sport Practices Center at the University of São Paulo (CEPEUSP). This work was accomplished under PRINUTHA activities and characterized with a transversal exploring study. The sample was composed by 162 adult women and, in order to associate self-rated health status with factors that could influence it, a logistic binary regression was estimated, defining as dependent variable the self-rated health status and, as independent variables: age, education, nutritional status, quality of the food consumption, intestinal habit and physical activity. The age average was of 31,46 ($\pm 12,41$) years and the education 13,77 ($\pm 2,68$) years. It was observed that 87% of the women self-evaluated their health positively, 33,4% were overweight, 41,4% presented bad intestinal habit, 78,4% needed to improve their diets and 69,7% made physical exercises. The nutritional status and the physical activity were shown statistically significant determinants ($p < 0,001$ and $p = 0,050$, respectively), and those women with normal weight presented a probability of 92,7% and the physically of 90,1% of having a good perception of health. Therefore, results corroborate public policy and the programs established by world-wide and national organizations with respect to the basic guidelines for a healthy lifestyle.

Keywords: self-rated health, woman's health, nutritional situation, food consumption and physical activity.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	4
2.1 Autopercepção de saúde e seus determinantes	9
2.2 Aspectos do consumo alimentar e estado nutricional na autopercepção de saúde	13
2.3 Relação da prática de atividade física e dos fatores nutricionais na APS..	21
2.4 Justificativa	27
3. OBJETIVOS	29
3.1 Objetivo geral	29
3.2 Objetivos específicos	29
4. MATERIAL E MÉTODOS	30
4.1 Antecedentes	30
4.2 Delineamento da pesquisa	30
4.3 Aspectos éticos	30
4.4 População de estudo e definição do tamanho da amostra	31
4.5 Coleta de dados	32
4.5.1 Inquéritos demográficos e socioeconômicos	33
4.5.2 Inquérito de saúde	35
4.5.3 Interpretação do estado nutricional	37
4.5.4 Inquérito e avaliação da qualidade do consumo alimentar	39
4.5.5 Inquérito de prática de atividade física	44
4.6 Processamento e análise estatística	46
4.7 Especificação do modelo de regressão	48
5. RESULTADOS	52
5.1 Caracterização do perfil da amostra	52
5.2 Caracterização e determinantes da autopercepção de saúde	60
6. DISCUSSÃO	69
7. CONCLUSÕES	80
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXOS	93

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.	Estado nutricional ótimo como um equilíbrio entre a ingestão e a necessidade de nutrientes	16
FIGURA 2.	Distribuição da porcentagem de mulheres, segundo estado nutricional	55
FIGURA 3.	Distribuição da porcentagem de mulheres, segundo situação do hábito intestinal	56
FIGURA 4.	Distribuição da porcentagem de mulheres, segundo IAS	57
FIGURA 5.	Distribuição da porcentagem de mulheres, segundo a prática de atividade física	59
FIGURA 6.	Distribuição da porcentagem de mulheres, segundo autopercepção de saúde (APS)	60
FIGURA 7.	Probabilidade de percepção positiva sobre a saúde (%), segundo anos de escolaridade	65
FIGURA 8.	Probabilidade de percepção positiva sobre a saúde (%), segundo faixa etária	66
FIGURA 9.	Probabilidade de percepção positiva sobre a saúde (%), segundo estado nutricional	67
FIGURA 10.	Probabilidade de percepção positiva sobre a saúde (%), segundo prática de atividade física	68

LISTA DE TABELAS

TABELA 1.	Critérios para classificação do estado nutricional segundo IMC ..	37
TABELA 2.	Componentes do Índice de Alimentação Saudável e seus critérios mínimo e máximo de pontuação dentro da faixa de 0-10 ...	42
TABELA 3.	Quantidade de energia por porção de cada grupo de alimentos da Pirâmide dos Alimentos	43
TABELA 4.	Distribuição de valores estatísticos descritivos das variáveis demográfica e socioeconômica das mulheres participantes da pesquisa	52
TABELA 5.	Distribuição do número e porcentagem das mulheres, segundo variáveis socioeconômicas de escolaridade, ocupação atual, tipo de moradia, situação conjugal, raça e estado de nascimento	54
TABELA 6.	Distribuição da pontuação do IAS, segundo seus componentes....	58
TABELA 7.	Distribuição média de energia, carboidratos, proteínas, lipídios, ácidos graxos saturados, colesterol, fibras alimentares e participação relativa dos macronutrientes do consumo alimentar das mulheres	58
TABELA 8.	Distribuição do número e porcentagem de mulheres, segundo autopercepção de saúde (APS) e faixa de idade	61
TABELA 9.	Distribuição do número e porcentagem de mulheres, segundo autopercepção de saúde (APS) e faixa de escolaridade	62
TABELA 10.	Distribuição do número e porcentagem de mulheres, segundo autopercepção de saúde (APS) e estado nutricional	62
TABELA 11.	Distribuição do número e porcentagem de mulheres segundo autopercepção de saúde (APS) e hábito intestinal	63
TABELA 12.	Distribuição do número e porcentagem de mulheres segundo autopercepção de saúde (APS) e qualidade da alimentação	63
TABELA 13.	Distribuição do número e porcentagem de mulheres segundo autopercepção de saúde (APS) e prática de atividade física	64
TABELA 14.	Informações estatísticas do modelo de regressão logística binária	64

LISTA DE ABREVIATURAS

APS: autopercepção de saúde

CDC: Centers for Disease Control and Prevention de Atlanta

CELAFISC: Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul

CEPEUSP: Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo

DCNT: Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

ENDEF: Estudo Nacional sobre Despesa Familiar

FCF: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo

FEA: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo

FSP: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

IAS: Índice de Alimentação Saudável

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC: Índice de Massa Corpórea

IPAQ: Questionário Internacional de Atividade Física

NHIS: National Health Interview Survey

OMS: Organização Mundial da Saúde

PCV: Pesquisa de Condições de Vida no Estado de São Paulo

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios

PNSN: Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição

POF: Pesquisa de Orçamentos Familiares

PPV: Pesquisa sobre Padrões de Vida

PRINUTHA: Projeto Integrado em Nutrição Humana Aplicada

PRONUT: Programa de Pós-Graduação Interunidades em Nutrição Humana Aplicada

R24Hs: Recordatório de 24 horas

SABE: Pesquisa de Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento

SEADE: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

SUS: Sistema Único de Saúde

TACO: Tabela Brasileira de Composição de Alimentos desenvolvida pela da Universidade Estadual de Campinas

TBCA-USP: Tabela Brasileira de Composição de Alimentos desenvolvida pela Universidade de São Paulo.

USDA: Departamento de Agricultura dos Estados Unidos

USDHHS: Departamento de Saúde dos Estados Unidos

WHO: World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, a produção científica que estuda a saúde da mulher esteve direcionada a uma perspectiva materno-infantil, onde a mulher era representada por uma figura de mãe e potencialmente grávida. Hoje, as pesquisas nessa área vêm enfatizando uma outra abordagem, em virtude de suas características peculiares e a importância que o sexo feminino adquiriu na sociedade (AQUINO, 2006).

Segundo Ortiz citado por MACIEL (1999, p.14), é visível o interesse dado ao tema:

“Percebe-se que ela apresenta uma condição adicional de risco de adoecer ou morrer que é de cumprir o papel biológico da reprodução humana, o que não ocorre com seu parceiro homem. Pela identificação desta situação é que hoje em dia se afirma que a mulher, independentemente de tempo e lugar, deve ser objeto de priorização no cuidado à saúde...”

Os avanços científicos, as intervenções médicas, as alterações no padrão epidemiológico e a queda das taxas de natalidade e mortalidade têm possibilitado maior longevidade à população, fenômeno denominado transição demográfica. Dados da Organização Mundial de Saúde, em 2003, mostram que a expectativa de vida ao nascer é de 73 e 66 anos para os sexos feminino e masculino, respectivamente. Esses valores não representam uma melhora no estado de saúde das mulheres, pois, embora vivam mais do que os homens, elas referem maior morbidade e utilizam mais os serviços de saúde (BRASIL, 2004a; SALGUEIRO, 2003).

Simultaneamente à transição paradigmática dos estudos sobre a saúde da mulher, foram observadas mudanças acerca das características das doenças adquiridas pela população. Nos dias atuais, pesquisas epidemiológicas identificaram o aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) tais como: doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, obesidade, entre outras. Esse perfil de problemas que acomete tanto homens quanto mulheres é consequência das mudanças sociais e econômicas ocorridas no mundo, especialmente no que diz respeito aos hábitos alimentares e ao estilo de vida das pessoas, período que ficou conhecido como transição epidemiológica. Em 1930, 46% das mortes ocorriam por complicações de doenças infecciosas. Em 2000, a proporção caiu para 5%, dando lugar, principalmente, às doenças cardiovasculares (31% dos óbitos). Dados produzidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2001, as DCNT já eram apontadas como responsáveis por 62% de todas as mortes e 39% das hospitalizações registradas no Sistema Único de Saúde (SUS) (AQUINO, 2006; OPAS/OMS & FAO, 2005; ACHUTTI & AZAMBUJA, 2004).

Algumas características específicas do século 20, tais como transição demográfica e epidemiológica, foram identificadas como as principais causadoras das transformações encontradas nos padrões saúde/doença. Entende-se como um dos resultados da transição demográfica, o crescente envelhecimento populacional, enquanto a transição epidemiológica promoveu alterações no panorama das doenças. Para entender como essas transformações ocorreram, basta compreender que, conforme o processo de envelhecimento da população foi avançando, especialmente via redução da mortalidade precoce por doenças infecciosas, as DCNT ganharam destaque e assumiram grande importância na Saúde Pública (LAURENTI *et al.*, 2005; ACHUTTI & AZAMBUJA, 2004).

Os números do IBGE, resultado da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada em 2002 e 2003, também são desanimadores. Num universo de 95,5 milhões de pessoas de 20 anos ou mais de idade, 38,8 milhões (40,6%) estão com excesso de peso, das quais 10 milhões são consideradas obesas.

Nesse contexto, o objeto de estudo da presente pesquisa é a saúde da mulher na sua dimensão nutricional que faz parte do Projeto Integrado em Nutrição Humana Aplicada (PRINUTHA), coordenado pela Professora Dra. Denise Cavallini Cyrillo, cujos objetivos são de pesquisa, ensino e extensão inserido no Programa de Pós-Graduação Interunidades em Nutrição Humana Aplicada da Universidade de São Paulo (PRONUT/USP).

Nas próximas seções, será feita uma revisão da literatura onde são apresentadas a relevância e a justificativa do estudo sobre a autopercepção de saúde e os determinantes da saúde da mulher, envolvendo questões demográficas, socioeconômicas, nutricionais, alimentares, de saúde e de estilo de vida. Posteriormente, serão identificados os objetivos, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e referências bibliográficas.

2. REVISÃO DE LITERATURA

O estudo da situação de saúde das populações é um objeto de pesquisa de grande complexidade. Há anos, profissionais da saúde vêm buscando inúmeras informações e meios que possam ajudar na compreensão das diferentes realidades relacionadas com saúde e qualidade de vida (MACIEL, 1999).

Essa complexidade parte do próprio conceito de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu um conceito abrangente definindo não apenas como a ausência de doença ou simplesmente o desequilíbrio na saúde, mas como o perfeito bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças (MACIEL, 1999; COOK, 1994; SEGRE & FERRAZ, 1997).

A partir desse amplo conceito de saúde, são encontrados estudos científicos preocupados em discutir as possíveis diferenças existentes entre os gêneros feminino e masculino. Em mulheres, a obesidade, o sedentarismo, o estresse, a depressão e as pressões ligadas aos papéis sociais são fatores que aumentam os riscos de doenças, os quais afetam, não só a qualidade de vida, mas também a percepção do estado de saúde. Por este motivo, o tema saúde da mulher tem ganhado espaço entre a pesquisa científica da Saúde Pública nas últimas décadas (MEYER, 1999; COHEN, 1998).

A mulher apresenta características biológicas exclusivas, tais como: ovulação, menstruação, gestação, amamentação e climatério. Durante muito tempo, ela foi vista como um ser reprodutor valorizada apenas por sua capacidade reprodutiva e não produtiva, constituindo alvo de atenção somente para um único período da vida. Entretanto, além de compreender as características específicas relacionadas ao

sexo, é imprescindível entendê-la sob a ótica de sua história cultural, social e econômica, além de observar a mudança comportamental da mulher na sociedade. Sua participação, no mercado de trabalho, tem se ampliado cada vez mais. Atualmente, a atividade remunerada faz parte do cotidiano e sua renda é considerada importante para arcar com os gastos da família (AQUINO, 2006; GOMES & TANAKA, 2003; PESSINI, 1999).

A população feminina, no Brasil, constitui, atualmente, quase 51% da população total, segundo o CENSO do IBGE em 2000. Destas, o número de mulheres economicamente ativa está em torno de 42%. Dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) evidenciam que, em 1998, este número já atingia cerca de 52,3% na região metropolitana de São Paulo. No que tange à sua participação na população economicamente ativa, dados dessa mesma fonte, mostram uma evolução expressiva de 20,4% em 1970 para 42,2% em 1997.

Esse aumento da participação na população economicamente ativa pode estar relacionado ao nível de escolaridade feminino. Na última Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) realizada em 2005 pelo IBGE, verificou-se um aumento de mulheres com 11 ou mais anos de estudos (29,2% da população feminina com mais de 10 anos de idade). Pôde ser observado também, nos dados do SEADE, que a proporção da população feminina com curso superior elevou-se entre 1994 e 1998, tanto no Estado de São Paulo (de 11,7% para 14,7%), quanto na região metropolitana de São Paulo (de 11,4% para 15,5%).

A elevação acelerada da participação de mulheres na população economicamente ativa resulta em sobrecarga de trabalho, já que o fator trabalho não necessariamente as desobriga das antigas funções de cuidado da casa e dos filhos.

Os efeitos que a sobrecarga pode provocar sobre a saúde da mulher são, ainda, mal conhecidos (AQUINO & MARINHO, 2000).

Um fato que tem chamado a atenção dos pesquisadores é a proporção de famílias monoparentais chefiadas por mulheres que passou de 21,9% para 24,9% entre 1991 e 1997 (IBGE, 2003).

Há uma relação clara entre o desempenho econômico de uma sociedade e as condições de vida e bem-estar da população. A maior concentração de problemas de saúde situa-se nos grupos populacionais mais desfavorecidos e são consideradas características desses grupos a renda familiar e grau de escolaridade baixos, alimentação insuficiente, pouca atividade de lazer e cultura e acesso restrito a bens de consumo e a meios de comunicação. É também nesta população mais carente em que se encontra maior desvantagem social em termos de incidência aumentada para as DCNT e acesso precário ao seu tratamento (WHO, 2003; MACIEL, 1999; MONTEIRO, 2001).

A preocupação com as desigualdades, especialmente entre gêneros, iniciou-se com a adoção da Carta das Nações Unidas, em 1945, em que foi considerado um princípio fundamental a igualdade de direitos. Mas foi a partir da década de 60 e, de forma mais intensa, nos anos 70, que as mulheres se mobilizaram no sentido de valorizar e conquistar a igualdade em relação aos homens. Somente nas décadas de 80 e 90 o tema saúde da mulher passou a ser apresentado com sua devida importância nos encontros e conferências mundiais, quando se passou a discutir assuntos relacionados aos direitos humanos, a liberdade de decisão sem discriminação ou violência e a saúde sexual e reprodutiva (COSTA & GUIMARÃES, 2002; COHEN, 1998; COOK, 1994).

Deve ser considerada, ainda, como um aspecto importante, a responsabilidade que as mulheres têm em cuidar da sua própria saúde e a influência que elas exercem sobre todos os membros da sua família. É inerente o aspecto de seu papel como mãe e cuidadora do lar, levando a crer que, o seu bom estado de saúde gera benefícios para a família e para toda a sociedade (COSTA & GUIMARÃES, 2002; MEADOWS *et al.*, 2001).

Dessa forma, não se pode considerar a saúde da mulher isoladamente, mas dentro do contexto familiar, social e econômico, enquadrando-se como elementos determinantes os aspectos referentes à educação, estado socioeconômico, consumo alimentar, bem-estar emocional e físico (MEADOWS *et al.* 2001; PESSINI, 1999; COHEN, 1998).

Nesse conjunto de fatores, três vertentes direcionam o entendimento da saúde. A primeira delas refere-se à não restrição somente aos problemas de caráter reprodutivo; a segunda diz respeito à não inclusão de doenças específicas de mulheres, todas aquelas que possam representar algum fator de risco e a terceira considera a saúde em termos mais amplos, englobando suas diversas dimensões conceituais (COHEN, 1998).

Em discurso na Organização Nações Unidas (ONU), em 1999, a Dra. Gro Harlem Brundtland, ex-primeira ministra da Noruega e a primeira mulher a ocupar o cargo mais alto da OMS – diretora geral, apresentou dados de um cenário desolador referente à saúde da mulher no mundo (citado por PESSINI, 1999, p. 1):

“a) pobreza: 70% de 1,3 bilhões de pessoas vivendo na pobreza são mulheres; b) analfabetismo: dos 900 milhões de analfabetos, as mulheres superam os homens na proporção de 2:1; c) desnutrição: as mulheres são duas vezes mais afetadas pela deficiência de ferro que os homens; d) mortalidade materna: as mulheres continuam a

morrer no parto, fato inaceitável dado os avanços tecnológicos; e) injustiça salarial: em média, as mulheres recebem 30 a 40% menos do que os homens em trabalhos similares; f) poder econômico: nos países em desenvolvimento, somente 1/7 dos administradores e diretores são mulheres e g) poder político: somente 10% das cadeiras nos parlamentos mundiais e 6% em gabinetes nacionais são ocupadas por mulheres.”

Em decorrência a todos os acontecimentos no mundo, a Dra. Gro Harlem Brundtland chamou a atenção para a necessidade de se trabalhar questões fundamentais referentes ao tema e deu ênfase à necessidade de uma abordagem mais abrangente aos estudos da saúde da mulher. Ela destacou a importância de se considerar todos os períodos da fase da vida feminina e não somente a um único período, ou seja, o reprodutivo (PESSINI, 1999).

É nessa abrangência que a presente pesquisa estudará os principais determinantes que podem influenciar a própria percepção de saúde das mulheres no atual contexto.

2.1 Autopercepção de saúde e seus determinantes

A avaliação empírica da saúde pode englobar diferentes domínios de estudo. Entre eles, destacam-se aqueles que avaliam a saúde por meio de exames laboratoriais e funcionais – a chamada saúde “testada”. Outro domínio de grande importância é a saúde conhecida como “observada”, que é baseada na avaliação clínica feita por profissionais especializados; e por fim, o terceiro domínio está fundamentado na autopercepção de saúde, nos conhecimentos e nas crenças pessoais, denominada como saúde “percebida”. A autopercepção, o objeto de pesquisa do presente trabalho, enquadra-se dentro deste último domínio e é um indicador válido e importante para avaliar as condições de saúde de um único indivíduo ou de uma população no seu aspecto geral (BARROS, 2005a).

A autopercepção de saúde tem se mostrado um método confiável e, recentemente, mais utilizado do que a própria observação direta para a análise do estado de saúde de indivíduos adultos e idosos. Há pouco mais de 15 anos, essas pesquisas passaram a ter credibilidade na epidemiologia (ALVES & RODRIGUES, 2005; LEBRÃO & LAURENTI, 2003; BELTRÃO & SUGAHARA, 2002; MANOR *et al.* 2001; IDLER & BENYAMINI, 1997).

Os estudos de autopercepção de saúde têm a capacidade de indicar a situação de saúde do indivíduo, fornecer dados importantes e predizer os riscos de mortalidade e limitações funcionais. É uma maneira simples, direta e global de capturar as percepções usando critérios amplos, além de ser um método econômico e fidedigno para detectar os fatores de risco a doenças (ALVES & RODRIGUES, 2005; BARROS, 2005a; LEBRÃO & LAURENTI, 2003; BELTRÃO & SUGAHARA, 2002; MANOR *et al.* 2001; IDLER & BENYAMINI, 1997).

Uma das características importantes de se usar o método da auto-avaliação é sua forma global de abranger a saúde, aproximando do atual conceito proposto pela OMS, que favorece a idéia do bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 2004a; BELTRÃO & SUGAHARA, 2002; MACKENBACH *et al.*, 1994).

É importante utilizar a autopercepção para avaliar o estado de saúde, porque, além de refletir a percepção de saúde, também engloba diversos aspectos do estilo de vida do indivíduo que interferem no estado de saúde negativamente, tais como: a falta de atividade física, alimentação inadequada, obesidade, hábito de fumar e ingestão de bebidas alcoólicas, aspectos importantes que devem ser considerados, pois são capazes de interferir na saúde do indivíduo (ALVES & RODRIGUES, 2005; BRASIL, 2004a; MANOR *et al.*, 2001; BOBAK *et al.*, 1998; CAVELAARS *et al.*, 1998;).

Outra vantagem atribuída a esse instrumento é a capacidade de permitir que as pessoas façam um julgamento de toda a sua trajetória na vida, não focando apenas as condições de saúde no período momentâneo da pesquisa (IDLER & BENYAMINI, 1997).

Além de refletir aspectos relacionados à saúde e ao estilo de vida, a autopercepção abrange indiretamente todos os recursos que possam influenciar o bem-estar. Entre eles, destacam-se os fatores socioeconômicos como sendo um dos mais importantes determinantes de saúde. O fato de apresentar um maior nível de escolaridade favorece maior acesso às informações. Da mesma forma, altos níveis de renda facilitam o acesso aos recursos e aos serviços de saúde (BOBAK *et al.*, 1998; IDLER & BENYAMINI, 1997).

Entre os suplementos de pesquisas desenvolvidos, destacam-se a PNAD – realizadas em 2003 e em 1998 no Brasil e a *National Health Interview Survey* (NHIS)

– realizada em 1996 nos Estados Unidos. Comparando seus resultados, pode-se identificar que, o estado de saúde referido no Brasil, é pior do que o declarado nos Estados Unidos, independentemente dos critérios de estratificação (sexo, raça ou faixa etária). A maior parte das mulheres, para ambas pesquisas, registrou a situação de saúde pior do que a dos homens (DACHS & SANTOS, 2006; BRASIL, 2004a; BELTRÃO & SUGAHARA, 2002).

Algumas justificativas são apontadas para explicar o motivo delas apresentarem maior tendência a declarar piores condições de saúde. MACINTYRE *et al.* (1999) atribuem ao fato das mulheres apresentarem diferenças na percepção e avaliação das doenças diferentemente dos homens.

As pesquisas PNAD/1998 e NHIS/1996 não apresentaram diferenças significativas da autopercepção entre as faixas etárias. Entretanto, há estudos como a PNAD/2003 que demonstram piores estados de saúde relacionados ao aumento da idade. Independentemente da faixa etária, a avaliação está baseada não apenas nos sintomas e na presença de doenças, mas no próprio estilo de vida e em outras características que influenciam o risco de morbidade e mortalidade. Por isso, mesmo na fase adulta, podem ser encontradas piores declarações a respeito da saúde (DACHS & SANTOS, 2006; BRASIL, 2004a; MANOR *et al.*, 2001; CAVELAARS *et al.*, 1998).

A idade é também um fator importante a ser considerado quando se quer pesquisar a autopercepção em mulheres adultas. Na maioria das vezes, a partir dos 40 anos, o organismo feminino passa por um processo de transição da vida reprodutiva para a não reprodutiva, conhecido como climatério, que se estende até cessar por completo os ciclos sexuais femininos a quase zero, denominado menopausa. Este período é caracterizado por mudanças endócrinas, biológicas e

clínicas, e provocam uma variedade de sintomas, tais como: fogachos, tonturas, sudorese, cefaléia, nervosismo, irritabilidade, insônia, incontinência urinária, ansiedade, depressão, entre outros que irão repercutir na percepção de saúde. Apesar de, nos períodos menstruais esses sintomas também serem freqüentes, estudos evidenciam que é no climatério quando esses problemas estão mais potencializados (PEDRO *et al.*, 2003; CAMPANA, 2001).

O estudo dos fatores que influenciam a percepção de saúde ajuda compreender quais são os principais determinantes que refletem numa percepção mais negativa ou positiva da própria saúde. Normalmente, os indivíduos que avaliam condições menos favoráveis do que boa, revelam ter comportamentos não saudáveis, podem apresentar estresse fisiológico ou redução da capacidade física, sendo um bom prognóstico de mortalidade. Entretanto, aqueles que avaliam sua saúde como boa, ou mais do que boa, conferem uma idéia mais ampla do que simplesmente a ausência de doenças (MANOR *et al.*, 2001; BOBAK *et al.*, 1998; MACKENBACH *et al.*, 1994).

A autopercepção está associada ao estado real e objetivo de saúde das pessoas e pode ser encarada como uma representação das avaliações das condições de saúde. Dessa forma, o conceito será utilizado como variável indicadora do estado de saúde das mulheres pesquisadas.

2.2 Aspectos do consumo alimentar e do estado nutricional na autopercepção de saúde

A relação dieta/saúde vem sendo estudada desde a Antiguidade, quando médicos e cientistas começaram a observar que a falta de alimentos estava relacionada com doenças (FISBERG *et al.*, 2005).

Hoje, sabe-se que o consumo alimentar adequado é crítico para o bem-estar da sociedade e que a variedade, qualidade e quantidade de alimento disponível, bem como os padrões do consumo alimentar podem interferir na saúde do indivíduo (LEE & NIEMAN, 2003; BONOMO *et al.*, 2003).

Alimentação saudável é definida como aquela que favorece o consumo de alimentos culturalmente tradicionais, de fácil acesso e custo acessível, tenha bom sabor, seja variado, dispostos de forma colorida e harmoniosa e segura do ponto de vista higiênico-sanitário (livre de microorganismos patogênicos) (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b).

Para uma alimentação estar adequada, devem-se reconhecer também as variações individuais, preferências de paladar e hábitos alimentares, além de atingir todas as necessidades nutricionais de um indivíduo para a manutenção, reparo, processos de vida e crescimento ou desenvolvimento (CAMBRAIA, 2004; THOMAS, 1998; MONDINI & MONTEIRO, 1995).

O consumo alimentar pode ser analisado sob 4 perspectivas independentes e complementares conforme citado por OLIVEIRA & THÉBAUD-MONY (1997, p.202):

“A perspectiva econômica, na qual a relação entre a oferta e a demanda, o abastecimento, os preços dos alimentos e a renda das famílias são os principais componentes; a perspectiva nutricional, com enfoque nos constituintes dos alimentos,

indispensáveis à saúde e ao bem-estar do indivíduo, nas carências e nas relações entre dieta/doença; a perspectiva social voltada para as associações entre a alimentação e a organização social do trabalho, a diferenciação social do consumo, os ritmos e estilos de vida; e a perspectiva cultural interessada nos gostos, hábitos, tradições culinárias, mitos e tabus, isto é, no aspecto simbólico da alimentação”.

Essas perspectivas revelam a forte associação do consumo alimentar aos aspectos econômicos, sociais, nutricionais e culturais (OLIVEIRA & THÉBAUD-MONDY, 1997).

As mudanças na economia, a intensa industrialização, urbanização, ocidentalização e rápida globalização, associadas à pressão das indústrias de alimentos e da mídia são consideradas as principais responsáveis pela substituição dos bons hábitos alimentares da população por uma alimentação inadequada e menos saudável caracterizada pelo alto consumo de alimentos ricamente energéticos e com baixa ingestão de fibras (CAMBRAIA, 2004; WHO, 2002; BARRETTO & CYRILLO, 2001; OLIVEIRA & THÉBAUD-MONY, 1997).

As conseqüências das mudanças dos padrões alimentares têm despertado interesse e muitos estudos epidemiológicos vêm investigando a associação da dieta com a saúde (DOMENE, 2003; MICHELS & WOLK, 2002; COITINHO *et al.* 2002; WILLET & BUZZARD, 1998).

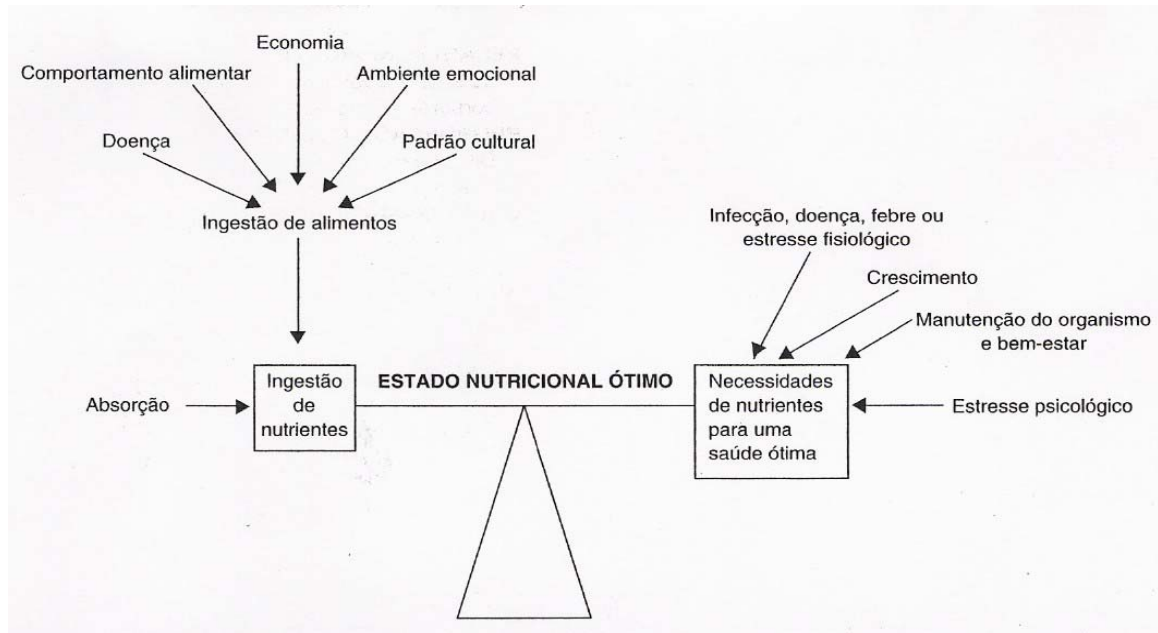
Observando a influência da renda e da escolaridade sobre o consumo alimentar, várias pesquisas puderam observar que os indivíduos com maiores níveis de renda e escolaridade obtiveram melhora da qualidade da alimentação. Todavia os autores destacaram a escolaridade como o fator mais diretamente relacionado a uma alimentação saudável com baixa ingestão de gordura saturada e açúcar refinado, e alto consumo de fibras (BONONO *et al.*, 2003; POPKIN *et al.*, 2001; OLIVEIRA & THÉBAUD-MONY, 1997; ROSS *et al.*, 1996).

Os efeitos das variáveis gênero e etnia sobre a qualidade do consumo alimentar também foram verificados. As mulheres apresentaram consumo mais saudável em relação aos homens. Os negros e hispânicos apresentaram características menos saudáveis comparados aos brancos e não-hispânicos (BONONO *et al.*, 2003).

O consumo alimentar inadequado está diretamente relacionado com o desenvolvimento das DCNT e o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade, motivo de preocupação para o mundo (DOMENE, 2003; MICHELS & WOLK, 2002; COITINHO *et al.*, 2002; WILLET & BUZZARD, 1998).

O estado nutricional é o produto da relação entre o consumo alimentar e as necessidades nutricionais, envolvendo o gasto ou a utilização biológica de nutrientes (DEHOOG, 1998; VASCONCELOS, 1993).

Em particular, na Figura 1, podem ser visualizados, com mais detalhes, os diversos fatores que levam ao equilíbrio da ingestão de alimentos e necessidades de nutrientes. Verifica-se, então, que a ingestão é influenciada pelo comportamento alimentar, ambiente emocional, economia, padrão cultural e presença de doenças. Qualquer alteração existente em um desses elementos poderá interferir na qualidade do consumo alimentar. Da mesma forma, pode ser observado que, nas necessidades nutricionais, as doenças, estresses fisiológicos e psicológicos, crescimento, além da prática de atividade física (um elemento não apontado na figura), estão diretamente correlacionados e podem tanto aumentá-la quanto diminuí-la. Quando este balanço estiver em desequilíbrio, afetará o estado nutricional, podendo o consumo estar quantitativa e/ou qualitativamente insuficiente ou exagerado em relação às necessidades (VASCONCELOS, 1993).



Fonte: DEHOOG (1998).

Figura 1. Estado nutricional ótimo como um equilíbrio entre a ingestão e a necessidade de nutrientes.

Tanto a insuficiência quanto o excesso podem provocar danos à saúde. Nos anos 30, debateu-se muito a questão da fome e da desnutrição, principalmente nas publicações de Josué de Castro. O baixo peso ou a desnutrição energético-protéica provoca uma variedade de manifestações clínicas freqüentemente associadas a deficiências de minerais e vitaminas. Quanto maior for o déficit e o tempo de duração da deficiência, maior será a debilidade do organismo. Espera-se, então, que as pessoas com baixo peso declarem piores condições de saúde (TORUN & CHEW, 2003).

No entanto, atualmente, grande atenção está voltada para os excessos nutricionais marcados pelo fenômeno conhecido como transição nutricional. Esta é definida pela mudança no perfil nutricional da população, caracterizado pelo aumento da ingestão de gorduras, colesterol, açúcares e outros carboidratos refinados e diminuição do consumo de ácidos graxos poliinsaturados e fibras, acompanhado de uma vida mais sedentária. Todas essas alterações resultaram na

elevação da prevalência de obesidade. Sabe-se que o aumento de peso contribui para o desenvolvimento de determinadas doenças e para a incapacidade física, incluindo desde condições debilitantes até problemas mais graves como as DCNT (doenças coronarianas, diabetes e certos tipos de câncer) que afetam a qualidade de vida. De acordo com o Departamento de Saúde dos Estados Unidos (USDHHS) calcula-se que os indivíduos obesos ($IMC > 30 \text{Kg/m}^2$) têm um maior risco de morte prematura, que varia de 50 a 100% mais elevado em relação aos indivíduos com peso normal. Dessa forma, espera-se que as pessoas com excesso de peso declarem piores condições de saúde (BRASIL, 2004c; WHO, 2004; MONTEIRO *et al.* 2002; POPKIN, 2002; WHO, 2002; MONTEIRO *et al.*, 2000; OLIVEIRA & THÉBAUD-MONY, 1997).

Dados do IBGE (2004) mostraram a prevalência de sobrepeso na população adulta brasileira e revelaram a amplitude do problema no país em todas as classes de rendimento. Especificamente para as mulheres, a prevalência de sobrepeso aumentou entre famílias com rendimento mensal de até meio salário mínimo *per capita*, ou seja, as mais desfavorecidas.

Pesquisas anteriores do IBGE – Estudo Nacional sobre Despesa Familiar (ENDEF), de agosto de 1974 a agosto de 1975; Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), de junho a setembro de 1989 e a Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV), de março de 1996 a março de 1997 – apresentam dados sobre a evolução do estado nutricional de mulheres. Os resultados identificaram um aumento generalizado da obesidade no período entre as duas primeiras pesquisas, que praticamente triplicou entre as mulheres com mais de 20 anos. Entre a segunda e terceira pesquisas, a obesidade ainda apresentou elevação, mas somente no grupo de mulheres com baixo nível de escolaridade, ao contrário das demais, em que pôde

ser identificada uma estabilização, ou mesmo, um declínio do peso (BATISTA FILHO & RISSIN, 2003; MONTEIRO *et al.*, 2003).

A alimentação tem uma importância a mais para as mulheres quando comparada aos homens. Na maioria das vezes, são elas as responsáveis por direcionar a renda familiar na compra de alimentos, além de planejar e cozinhar para todos os membros da família. É ela, muitas vezes, quem determina o consumo alimentar, sendo responsável pela prevenção e promoção da saúde própria e de seus familiares (ROME, 1992).

Dada a importância da influência que as mulheres exercem sobre seus familiares, tanto no aspecto do consumo, quanto no estado nutricional, justifica-se a necessidade de estudar as características, os determinantes e a qualidade do consumo alimentar.

O estudo da alimentação humana é complexo devido à possibilidade de diversas combinações de alimentos e à presença de inúmeros componentes químicos específicos no alimento, alguns conhecidos e bem quantificados, outros ainda sem serem identificados, que podem se correlacionar, formar complexos e exercer determinadas ações sobre o organismo, tanto de forma benéfica, quanto maléfica. Nesse conjunto de elementos, podem ser encontrados nutrientes essenciais e fontes energéticas, aditivos, contaminantes químicos agrícolas, toxinas microbianas, contaminantes inorgânicos, compostos químicos formados no cozimento ou processamento, toxinas naturais e outros componentes naturais (FISBERG *et al.*, 2005a; WILLET & BUZZARD, 1998).

Em virtude dos fatores apontados, KANT (1996) propôs que, para a análise do consumo alimentar, é importante que seja feita uma avaliação global da ingestão,

sugerindo a utilização de índices como sendo a melhor maneira de se avaliar a qualidade da alimentação.

Foram, então, desenvolvidos numerosos índices que pudessem avaliar a qualidade do consumo alimentar utilizando um ou mais parâmetros para identificar deficiências e excessos nutricionais. A forma como estes índices definem qualidade varia de acordo com os atributos selecionados e como o índice foi desenvolvido. No passado, os índices avaliavam a alimentação como sendo de alta qualidade quando alcançava a necessidade de proteína ou de algumas vitaminas ou minerais em determinado nível de ingestão de energia. Os índices mais recentes estão avaliando a proporcionalidade, isto é, consumir mais porções de certos grupos de alimentos e poucos de outros, considerando como indispensáveis a moderação – limitação da ingestão de alimentos e bebidas que contribuem para o excessivo consumo de gordura, colesterol, açúcares de adição, sódio e álcool, e a variedade – representado pela exposição a uma ampla proporção de vários componentes alimentares. Os primeiros índices focavam na prevenção de doenças decorrentes de deficiências nutricionais, enquanto os índices mais recentes procuram direcionar a prevenção aos riscos de DCNT (FISBERG *et al.*, 2005a; CERVATO & VIEIRA, 2003; LEE & NIEMAN, 2003).

Esses índices são baseados em três abordagens principais: comparação da ingestão de determinados nutrientes e componentes alimentares a um padrão; comparação da ingestão de alimentos ou grupos de alimentos com um padrão; e avaliação da ingestão de nutrientes e alimentos ou grupos de alimentos com um padrão (LEE & NIEMAN, 2003; KANT, 1996).

Com o aumento, nas duas últimas décadas, pelo interesse em estudar a associação das características da alimentação com as DCNT, o Departamento de

Agricultura dos Estados Unidos (USDA) desenvolveu um índice adaptado ao de KENNEDY *et al.*, (1995) nomeado como Índice de Alimentação Saudável (IAS). Este consiste em um método simples que avalia a qualidade do consumo alimentar de forma geral, e não somente de seus componentes isoladamente, usando como parâmetros a ingestão adequada de nutrientes, número de porções consumidas de cada grupo de alimentos e quantidade de diferentes gêneros alimentícios presentes na dieta. O IAS é um instrumento de grande utilidade para monitorar as mudanças nos padrões de consumo e servir como um recurso importante para educação nutricional e promoção de saúde (CERVATO & VIEIRA, 2003; LEE & NIEMAN, 2003; HAINES *et al.*, 1999; BOWMAN *et al.*, 1998).

A avaliação do consumo alimentar é feita por um escore calculado de acordo com notas que são dadas a 10 componentes que determinam a aderência a uma dieta saudável (LEE & NIEMAN, 2003; BOWMAN *et al.*, 1998):

- ❖ Componentes 1 a 5: avalia-se o grau em que a alimentação do indivíduo segue as recomendações das porções estabelecidas pela *Food Guide Pyramid's: a guide to daily food choices* para os 5 principais grupos de alimentos (cereais, hortaliças, frutas, leite e carnes);
- ❖ Componente 6: avalia o percentual do consumo de gordura total;
- ❖ Componente 7: avalia o percentual do consumo de gordura saturada;
- ❖ Componente 8: avalia o consumo total de colesterol;
- ❖ Componente 9: avalia o consumo total de sódio; e
- ❖ Componente 10: avalia a variedade na dieta do indivíduo.

É dada uma nota para cada componente, podendo variar de 0 a 10 pontos. O componente receberá a pontuação 0 quando não houver a ingestão do grupo de alimento, 10 quando a quantidade estiver dentro das porções recomendadas e notas proporcionais ao critério máximo quando o consumo estiver dentro dos valores recomendados. Somando a pontuação obtida para cada um dos 10 componentes, pode-se obter uma nota máxima de 100 pontos (BOWMAN *et al.*, 1998).

O consumo alimentar é avaliado pela nota obtida, representando o escore final. Quando este está acima de 80 pontos, a dieta é avaliada como sendo adequada, quando está entre 51 a 80 pontos, é avaliada como dieta que necessita de modificação e quando está abaixo de 51 pontos como inadequada (BOWMAN *et al.*, 1998).

Segundo CERVATO & VIEIRA (2003), a importância de se fazer um trabalho de avaliação do consumo alimentar da população é analisar e identificar suas características, especialmente práticas não saudáveis, e abordá-las em programas de educação nutricional, proporcionando melhores condições de saúde à população.

A existência do IAS se dá pelo interesse em relacionar os fatores dietéticos à prevenção das doenças mais prevalentes na atualidade e, por isso, optou-se pelo uso deste índice neste estudo (CERVATO & VIEIRA, 2003).

2.3 Relação da prática de atividade física e dos fatores nutricionais na autopercepção de saúde

As mudanças no padrão de consumo alimentar e estilos de vida pouco saudáveis associados à transição demográfica têm elevado a prevalência das DCNT,

tais como: câncer, doenças cardiovasculares, infarto, problemas relativos à saúde mental, diabetes e outras condições patológicas ligadas à obesidade (OPAS/OMS & FAO, 2005; WHO, 2002; SILVA, 1999).

O grupo dessas doenças é reconhecido como importante não somente nos países industrializados, mas também nos países em desenvolvimento, os quais ainda sofrem com os problemas comuns da pobreza como a desnutrição e as doenças infecciosas. Dentre os fatores de risco apontados para o desenvolvimento das DCNT, é importante mencionar o sedentarismo e o consumo alimentar inadequado, os quais estão aumentando, consideravelmente, nos países menos desenvolvidos. Ambos são responsáveis por mais de 50% do risco de desenvolver algum tipo de doença crônica, mostrando-se mais incisivos quando comparados à combinação de fatores genéticos e ambientais (OPAS/OMS & FAO, 2005; ACHUTTI & AZAMBUJA, 2004; IBGE, 2004; WHO, 2002).

Essas doenças podem provocar redução da capacidade física e têm grande impacto sobre a mortalidade e morbidade feminina. O caminho para a prevenção e o controle das DCNT foi estabelecido pela OMS, dando prioridade a um consumo alimentar balanceado, aliado a níveis moderados de atividade física como instrumentos chave para uma vida mais saudável, com menos riscos para o desenvolvimento de doenças e uma melhor percepção de saúde (OPAS/OMS & FAO, 2005; WHO, 2004; IDLER & BENYAMINI, 1997).

Os estudos relacionados com atividade física e saúde não são recentes. Antigos textos da China, Índia, Grécia e Roma já mencionavam a importância dessa relação, mas somente há poucas décadas pôde ser confirmado que o baixo nível de atividade física seria um importante fator de risco para as DCNT (WHO, 2004; MATSUDO *et al.*, 2002).

O sedentarismo não representa apenas um risco pessoal para o desenvolvimento de enfermidades, mas um custo econômico para o indivíduo, sua família e a sociedade. Dados recentes do Centers for Disease Control and Prevention de Atlanta (CDC) apontam que mais de 2 milhões de mortes por ano no mundo podem ser atribuídas à inatividade física (MATSUDO *et al.*, 2002).

Muitas agências governamentais, grupos profissionais e discussões científicas têm divulgado relatórios indicando a atividade física como um dos pontos primordiais para a promoção e prevenção de doenças. Nas últimas décadas, foi observada sua relação direta entre atividade física com a redução no aparecimento de seqüelas, diminuição da necessidade de internação e menor quantidade de consumo de medicamentos. Quando associada a um consumo alimentar adequado, é considerada fundamental para evitar o sobrepeso e obesidade, beneficiar as boas condições físicas e melhorar a saúde mental (PRENTICE *et al.*, 2004; WHO, 2004; WHITLOCH & WILLIAMS, 2003; VUORI, 2001; CDC, 2000).

A prevalência de mulheres sedentárias no Estado de São Paulo está em torno de 9%, entre aquelas consideradas irregularmente ativas 39,1%, ativas 48,6% e uma porcentagem pequena daquelas consideradas muito ativas 4,1% (MATSUDO *et al.*, 2002).

MONTEIRO *et al.* (2002) puderam verificar como se comportavam os padrões de prática de atividade física entre as mulheres no Brasil. A atividade regular, embora restrita a poucas, foi mais freqüente nas regiões mais desenvolvidas do país (Região Sudeste) do que nas regiões menos desenvolvidas (Região Nordeste), muito mais freqüente entre as mulheres com maior nível de renda do que aquelas com menores níveis de renda.

MATSUDO *et al.* (2002) também puderam observar que a porcentagem de pessoas ativas aumentava conforme elevação da renda familiar, exceto para

aquelas consideradas como a de mais alto nível socioeconômico (nível A) que não atingiram as recomendações do consenso entre o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISC) e o CDC. Quando o nível de atividade foi analisado segundo faixa etária, não foi notada relação entre o nível de atividade e idade no sexo feminino, apenas entre aquelas consideradas muito ativas em que houve uma diminuição conforme aumento da idade.

Um outro problema de saúde associado a fatores nutricionais e falta de atividade física é a constipação intestinal. Este é um dos principais distúrbios gastrointestinais apontados como queixas entre os pacientes de clínicas médicas. Aproximadamente, um terço menciona a defecação não ser freqüente, 52% relatam a necessidade de se fazer muita força para evacuar, 44% apresentam fezes duras e 34% não referem presença do reflexo de defecação (ANDRÉ *et al.*, 2000a; ANDRÉ *et al.*, 2000b; TRAMONTE *et al.*, 1997).

O trânsito intestinal tem duração de 24 a 48 horas e a excreção somente ocorre, quando houver uma resposta ao reflexo da defecação. A existência de algum problema durante este processo pode gerar a constipação intestinal, que é caracterizada pela dificuldade na defecação, tanto no emprego de força, quanto na redução da freqüência de evacuação em intervalos superiores a três dias. Ficando as fezes retidas por mais tempo, há um aumento da absorção de água e, por isso, as pessoas acometidas apresentam fezes duras e com pouca massa. Muitos mencionam a presença de cólicas, distensão abdominal, sensação de evacuação insatisfatória e esforço excessivo para defecar sem evidências de doenças orgânicas (SANTOS JÚNIOR, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2005; PACHECO & SGARBIERI, 2001; ANDRÉ *et al.*, 2000a; ANDRÉ *et al.*, 2000b; CASSIOTA, 1999; MERTZ *et al.*, 1999; SANIOTO, 1999).

Em decorrência da ampla gama de sintomas apresentados, torna-se difícil estabelecer um diagnóstico. Algumas comissões internacionais têm discutido os critérios que devem ser adotados para se definir o termo constipação e sempre são levantadas limitações quanto ao estabelecimento de um único conceito. Nesses encontros, foram criados os “critérios de Roma” para o seu diagnóstico, classificando uma pessoa como constipada, quando apresentar dois ou mais sintomas listados a seguir, por, pelo menos, três meses consecutivos (ANDRÉ *et al.*, 2000a; ANDRÉ *et al.*, 2000b):

- ❖ Esforço em pelo menos 25% das evacuações;
- ❖ Fezes endurecidas ou fragmentadas em pelo menos 25% das evacuações;
- ❖ Sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das evacuações;
- ❖ Sensação de obstrução ou interrupção da evacuação em pelo menos 25% das evacuações;
- ❖ Manobras manuais para facilitar pelo menos 25% das evacuações; e
- ❖ Menos de 3 evacuações por semana.

Além dos sintomas apresentados, as pessoas acometidas referem uma percepção diminuída da saúde e da qualidade de vida. É um distúrbio preocupante, não somente pelo desconforto provocado, mas também pelo fator de risco a outras doenças, tais como: câncer de cólon e de mama, doenças diverticulares e hemorróidas (PACHECO & SGARBIERI, 2001).

As causas da constipação são multifatoriais, entre elas destacam-se os maus hábitos alimentares, especialmente pela baixa ingestão de fibras e pouco consumo de água, não obediência aos reflexos de defecação, uso crônico de laxantes e

determinados medicamentos (anticonvulsivantes, antidepressivos, anticolinérgicos, bloqueador de cálcio, diuréticos, suplementos dietéticos, entre outros), doenças vasculares do intestino grosso, anormalidades metabólicas (diabetes, hipotireoidismo e hiperparatireoidismo), doenças específicas neurológicas, tensão nervosa e ansiedade (SANTOS JÚNIOR, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2005; *American College of Gastroenterology Functional Gastrointestinal Disorders Task Force*, 2005; PACHECO & SGARBIERI, 2001; ANDRÉ *et al.*, 2000a; ANDRÉ *et al.*, 2000b; MAHAN & ESCOTT-STUMP, 1998).

Embora seja difícil estimar a prevalência de constipação dada a dificuldade em se definir o que realmente seja constipação, pesquisadores estimam uma prevalência de cerca de 20% em todo o mundo. Há autores ainda, que estimam esta prevalência estar entre 12% a 30% da população (OLIVEIRA *et al.*, 2005; MERTZ *et al.*, 1999; TRAMONTE *et al.*, 1997).

Existem vários fatores epidemiológicos de risco para o seu desenvolvimento. As mulheres são mais atingidas pelo problema do que os homens em uma proporção de 2-3:1. Este resultado atribui-se ao fato das mulheres estarem mais sujeitas a danos causados aos músculos e inervações da região pélvica, em consequência de partos e cirurgias ginecológicas e prolapsos genitais (SANTOS JÚNIOR, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2005; ANDRÉ *et al.*, 2000a; ANDRÉ *et al.*, 2000b).

O distúrbio intestinal é mais prevalente não só entre as pessoas com baixo nível socioeconômico e de escolaridade, não praticantes de atividade física e de raça negra, mas também em pessoas com estilo de vida característico de países industrializados e com baixa ingestão calórica diária, como as mulheres que fazem dieta (ANDRÉ *et al.*, 2000a; ANDRÉ *et al.*, 2000b; TRAMONTE *et al.*, 1997).

Pesquisas têm evidenciado os efeitos benéficos das fibras na regulação do funcionamento intestinal e na prevenção e tratamento de várias doenças, entre elas as doenças diverticulares intestinais e câncer de cólon e, por isso, são consideradas relevantes para o bem-estar de pessoas saudáveis (BRASIL, 2005a; MATTOS & MARTINS, 2003).

SANTOS JÚNIOR (2003) e MAHAN & ESCOTT-STUMP (1998) apontaram que o aumento da ingestão das fibras alimentares e de líquidos, assim como o incentivo à prática de atividade física, pode amenizar os problemas da constipação.

2.4 Justificativa

Mudanças significativas ocorreram no papel da mulher na sociedade contemporânea. Atualmente, elas estão saindo para trabalhar fora de casa, preocupadas em ter bom êxito profissional, mas acima de tudo, não abandonaram a responsabilidade da maternidade e do cuidado do lar. Esse acúmulo de tarefas resulta em elevados níveis de estresse e mudanças do estilo de vida e, por isso, o tema saúde da mulher tem sido objeto de estudo de muitos pesquisadores. Segundo AQUINO & MARINHO (2000) não são simples as pesquisas que envolvem esse tipo de amostra e monitorar a situação de saúde da mulher requer o desenvolvimento de trabalhos mais específicos.

Como apontado anteriormente, a pesquisa sobre os fatores que influenciam a saúde é complexa, na medida em que o próprio conceito de saúde apresenta uma abordagem abrangente, definindo-a, não apenas como a ausência de doença, mas o perfeito bem-estar físico, mental e social. Assim, implica em uma investigação mais

interdisciplinar devendo relacionar aspectos nutricionais, sociais, psicológicos, fisiológicos e bioquímicos para entender seus fatores de risco (SILVA, 1999).

BELTRÃO & SUGAHARA (2002) consideram as pesquisas que utilizam a autopercepção como sendo um importante preditor das condições de saúde do indivíduo e tem sido utilizada como um primeiro indicador.

Neste sentido, esta pesquisa pretende explicitar o papel alguns determinantes da saúde feminina, utilizando como indicador a autopercepção de saúde associada a seis vertentes: aspectos demográficos, socioeconômicos, estado nutricional, qualidade do consumo alimentar, hábito intestinal e prática de atividade física.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Investigar os determinantes socioeconômicos, demográficos, nutricionais, de saúde e de estilo de vida da autopercepção de saúde de mulheres freqüentadoras do Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo (CEPEUSP) e participantes do projeto PRINUTHA (Projeto Integrado de Nutrição Humana Aplicada) ocorrido em abril de 2005.

3.2. Objetivos específicos

- ❖ Avaliar a qualidade do consumo alimentar, segundo o Índice de Alimentação Saudável;
- ❖ Avaliar a associação existente entre o indicador de saúde (autopercepção de saúde) com aspectos socioeconômicos, demográfico, estado nutricional, qualidade do consumo alimentar, hábito intestinal e prática de atividade física;
- ❖ Estimar um modelo de regressão logística para explicar a autopercepção de saúde de mulheres.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Antecedentes

O presente estudo faz parte de uma das linhas de pesquisa do PRINUTHA, um projeto amplo que visa à pesquisa, ensino e extensão das condições de saúde, nutrição e qualidade de vida da população pertencente à comunidade USP. É coordenado pela profa. Dra. Denise Cavallini Cyrillo e está inserido no Programa de Pós-Graduação Interunidades em Nutrição Humana Aplicada (PRONUT), das Faculdades de Ciências Farmacêuticas (FCF), de Economia, Administração e Contabilidade (FEA) e de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP).

4.2 Delineamento da pesquisa

Esta pesquisa consiste de um estudo transversal do tipo exploratório, realizado por meio da aplicação de um questionário para coleta de dados primários.

4.3 Aspectos éticos

O PRINUTHA já foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCF/USP, sob o protocolo no. 259. Anexo B segue o termo de aprovação.

As participantes receberam um esclarecimento inicial sobre o projeto e assinaram o termo de consentimento elaborado, segundo Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (ANEXO C). Nesse momento, foram garantidos total sigilo e confidencialidade dos dados declarados.

4.4 População de estudo e definição do tamanho da amostra

A população de estudo corresponde a um grupo de mulheres freqüentadoras do CEPEUSP, com idades entre 18 a 59 anos, pertencentes à comunidade USP e participantes do PRINUTHA no evento “Cartão Vermelho ao Sedentarismo” em abril de 2005.

Visando uma representatividade e uma amostra probabilística sem reposição, o tamanho da amostra foi determinado por meio da fórmula proposta por SNEDECOR & COCHRAN (1967), a qual segue abaixo. Os parâmetros média e variância de IMC foram estimados pelos dados coletados no PRINUTHA durante o evento de 2004 no CEPEUSP (média: 23,04Kg/m² e desvio padrão: 3,80Kg/m²) para um nível de significância de 2,5% e Índice de Confiança (IC) 95%.

$$n = \frac{4 \sigma^2}{L^2}$$

Onde:

n = número de indivíduos a ser estimado

σ = desvio padrão

L = diferença entre as médias amostral e populacional

Aplicando-se a fórmula proposta, o tamanho da amostra calculado foi de 168 mulheres. A composição da amostra foi por demanda espontânea dentre as mulheres que participaram do evento Cartão Vermelho ao Sedentarismo. Seis questionários não puderam ser utilizados, pois apresentaram inconsistência, resultando em uma amostra final de 162 mulheres, com um nível de significância 2,54%.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre os dias 04 a 08 de abril de 2005 pela autora auxiliada por nutricionistas e estagiárias que participaram do PRINUTHA/2005 durante o evento “Cartão Vermelho ao Sedentarismo” realizado no CEPEUSP. Todos os pesquisadores foram devidamente treinados, utilizando, para isso, o Manual de Treinamento PRINUTHA (Anexo D).

As informações foram obtidas por meio da aplicação de um questionário com perguntas estruturadas e pré-codificadas referentes a dados pessoais, questões

demográficas, socioeconômicas, saúde, estado nutricional (IMC), qualidade de vida, consumo alimentar e atividade física (Anexo E).

O consumo alimentar foi coletado a partir do método do Recordatório de 24 horas (R24h), que consiste de uma entrevista pessoal conduzida por um entrevistador treinado, em que é solicitado à pessoa pesquisada relacionar todos os alimentos, bebidas e suas respectivas quantidades consumidos nas últimas 24 horas (FISBERG *et al.*, 2005a; DEHOOG, 1998).

Cabe destacar que o questionário foi desenvolvido no âmbito do PRINUTHA, abrangendo outras questões, além das específicas ao presente projeto. Portanto, nas próximas seções serão apresentadas apenas as informações extraídas do questionário pertinentes ao presente estudo.

4.5.1 Inquéritos demográficos e socioeconômicos

Os aspectos demográficos e socioeconômicos coletados foram idade, raça, situação conjugal, ocupação atual, tipo de moradia, escolaridade e renda familiar. Segue adiante a forma como essas variáveis foram apresentadas neste trabalho.

❖ **Idade.** A idade foi calculada em anos completos com base na data da entrevista e data de nascimento, transformando-se em uma variável contínua. Para a construção das tabelas, foram também estabelecidas faixas etárias, seguindo padrões adaptados da POF/2002-2003 (IBGE, 2004) e classificando a variável como categórica:

- ◆ 18 a 24 anos;
- ◆ 25 a 29 anos;
- ◆ 30 a 34 anos;
- ◆ 35 a 44 anos;
- ◆ 45 a 54 anos;
- ◆ 55 a 59 anos.

❖ **Raça.** A raça foi apresentada como uma variável categórica, adotando-se a classificação da Pesquisa de Condições de Vida no Estado de São Paulo (PCV/1998) do SEADE: branca, negra, amarela, indígena, mestiço, pardo e outra.

❖ **Situação conjugal.** A descrição da situação conjugal foi embasada na PCV/1998 do SEADE, classificada como variável categórica e definida como: solteiro, casado no civil, união consensual, viúvo, separado não judicialmente, desquitado e divorciado.

- ❖ **Ocupação atual.** Considerando tratar-se de uma população que representa a comunidade USP, a variável ocupação atual foi estabelecida de forma categórica adotando-se as seguintes opções: funcionário – USP, funcionário terceirizado – USP, autônomo, aposentado e outros.

- ❖ **Tipo de moradia.** Para a caracterização da variável categórica moradia, utilizou-se como base os itens definidos nas pesquisas PNAD/2005 do IBGE e PCV/1998 do SEADE, sendo eles: própria, alugada, cedida e outra.

- ❖ **Escolaridade.** A escolaridade foi calculada em anos corridos a partir da última série cursada e aprovada até a data da realização da pesquisa, classificada como uma variável contínua. Para análise e comparação em tabelas, a escolaridade também foi definida como variável categórica em faixas, segundo PNAD/2005, descritas a seguir:
 - ◆ Até 10 anos de escolaridade;
 - ◆ 11 anos e mais anos de escolaridade.

4.5.2 Inquérito saúde

Envolvendo os aspectos da saúde, as variáveis estudadas, nesta pesquisa, foram a autopercepção de saúde e a situação do hábito intestinal. A forma como foram coletadas e interpretadas estão descritas a seguir.

a) Percepção do estado de saúde

A questão referente à percepção de saúde foi formulada tomando como base a pesquisa SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (LEBRÃO & DUARTE, 2003), sendo perguntado:

- ❖ “Você diria que sua saúde é ”Para esta questão, havia uma escala com cinco categorias para definição do estado de saúde – excelente, muito boa, boa, regular e má.

Para a interpretação dos resultados, a variável autopercepção da saúde foi dicotomizada em duas escalas: “**boa**” ou “**má**”. A categoria boa originou-se do agrupamento das respostas excelente, muito boa e boa e a categoria má, por sua vez, foi resultado do agrupamento das respostas regular e má, conforme estudo de ALVES & RODRIGUES (2005).

b) Situação do hábito intestinal

Para investigar a situação do hábito intestinal, normalmente utiliza-se o critério de Roma II. Entretanto, a *American College of Gastroenterology’s Functional GI Disorders Task Force* discute a questão de que muitos dos critérios adotados são impraticáveis, pois a maioria das pessoas que relata apresentar constipação, não cumpre com os critérios adotados. Por isso, seus membros recomendam uma forma mais abrangente e ampla de se estudar, sugerindo, como forma de avaliação, os

sintomas mais comumente expressos pelas pessoas afetadas (ANDRÉ *et al.*, 2000; ANDRÉ *et al.*, 2000a).

As perguntas utilizadas neste estudo foram formuladas com base no critério de Roma II e nos sintomas de constipação referidos na literatura. As perguntas utilizadas foram:

- ❖ “Apresenta dificuldade de evacuar na maioria das vezes”
- ❖ “Apresenta sensação de evacuação incompleta na maioria das vezes”
- ❖ “Apresenta fezes duras ou caprina”
- ❖ “Apresenta menos de 03 evacuações por semana”
- ❖ “Apresenta evacuação Normal/Regular”
- ❖ “Nenhuma das alternativas”

As mulheres que responderam a alternativa “Apresenta evacuação Normal/Regular” foram classificadas como apresentando “**bom hábito intestinal**”. Para todas que responderam qualquer uma das outras alternativas, foram classificadas como “**mau hábito intestinal**”, transformando-se em uma variável binária.

4.5.3 Interpretação do estado nutricional

Para avaliar o estado nutricional, foi utilizado como indicador o Índice de Massa Corpórea (IMC), pois, segundo recomendações da OMS, para a avaliação do perfil antropométrico-nutricional de populações adultas, deve-se utilizar a relação entre o peso e altura dos indivíduos.

A fórmula para o cálculo do IMC está apresentada a seguir:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

O IMC é uma medida simples da massa corporal e, embora não leve em consideração a composição corporal (tecido adiposo e massa magra), está associado com a morbi-mortalidade de doenças (VASCONCELLOS & PORTELA, 2001).

Para a classificação do estado nutricional, foram aplicadas as categorias de IMC, propostas pela OMS (1997) e descritas na Tabela 1.

Tabela 1: Critérios para classificação do Estado Nutricional segundo IMC.

Estado nutricional	IMC (Kg/m²)
Baixo peso	< 18,5
Peso normal	18,5-24,9
Sobrepeso	25,0-29,9
Obesidade	> 30,0

Fonte: VISSCHER & SEIDELL, 2001.

É importante lembrar que, para considerar a fração de indivíduos constitucionalmente magros e não expostos a deficiências nutricionais, foi adotada uma frequência mínima “aceitável” de até 5% entre os adultos classificados com IMC inferior a 18,5Kg/m². No caso das mulheres com sobrepeso e obesidade, não houve uma frequência mínima “aceitável” (IBGE, 2004).

Para as análises, uma das categorias do estado nutricional foi agrupada. As mulheres com sobrepeso e obesidade foram enquadradas na faixa “**excesso de**

peso”, pois há evidências epidemiológicas de que a incidência de várias doenças crônicas aumenta significativamente com o IMC superior a 25Kg/m².

A avaliação do estado nutricional foi realizada por meio da antropometria, que focaliza apenas as alterações do balanço energético, não sendo permitido, portanto, o diagnóstico de outros distúrbios da nutrição, como, por exemplo, deficiências de micronutrientes ou estados dislipidêmicos (IBGE, 2004).

Para o cálculo do IMC, foram coletados os dados de peso e estatura, tomando como base os padrões de medição propostos pela WHO (1995).

- ❖ **Peso.** Para a coleta da medida de peso foi utilizada a balança digital da marca Toledo com capacidade máxima para 150Kg com divisão de 50g. O peso foi com base em uma medida obtida com o indivíduo contendo o mínimo de roupas, sem sapatos ou objetos no bolso, posicionado no centro da balança e com o peso distribuído nos dois pés. Após a estabilização da balança, era feita a leitura do peso.

- ❖ **Estatura.** A estatura foi aferida apenas com uma medida, utilizando-se fita métrica com limite máximo de medição 2,20m e divisão de 0,1cm presa a uma plataforma de madeira. Para a medição precisa, os indivíduos ficaram sem sapatos, com os pés juntos, as nádegas e calcanhares encostados na plataforma vertical, sem qualquer tipo de penteado ou acessório de cabelo. O corpo ficou mantido ereto, os braços soltos livremente, a cabeça erguida e olhos mirando a um ponto horizontal perpendicular ao corpo. Estando a pessoa posicionada, uma placa plana horizontal móvel era locomovida até

a parte superior da cabeça, de forma a fazer uma pequena compressão do cabelo, posteriormente era feita a leitura da estatura.

4.5.4 Inquérito e avaliação da qualidade do consumo alimentar

Os inquéritos dietéticos constituem a melhor forma de coletar informações a respeito do consumo alimentar (FISBERG *et al.*, 2005c).

Para a coleta dos dados referentes ao consumo alimentar, foi aplicado o Recordatório de 24h (R24h) e a avaliação da qualidade do consumo alimentar foi feita pelo Índice de Alimentação Saudável (IAS). Complementando a avaliação da qualidade da alimentação, foram investigados a ingestão de fibras alimentares e o consumo de água.

a) Consumo alimentar: Recordatório de 24 Horas (R24h)

O R24h consiste na definição e quantificação das preparações e/ou alimentos ingeridos durante no período anterior à entrevista, que podem ser as 24 horas precedentes ou, mais comumente, o dia anterior. A quantificação é feita sob a forma de medidas caseiras que, posteriormente, são transformadas em porções em gramas para os cálculos de composição nutricional (FISBERG *et al.*, 2005c; BONOMO *et al.*, 2003; MONTEIRO *et al.*, 2000).

Justifica-se o uso do R24h por apresentar vantagens em comparação a outros métodos e por requerer um menor esforço dos entrevistados. Esse método mostra-se útil quando se deseja conhecer a ingestão média de energia e nutrientes de diferentes grupos, sendo sensível para identificar as diferenças culturais e permitir a

descrição de um amplo número de alimentos. Além disso, consiste em um método de rápida aplicação e o imediato período de recordação predispõe a uma maior participação. Somado a todos os fatores associados, optou-se também pela aplicação do R24h, por não necessitar que a população pesquisada seja alfabetizada (FISBERG *et al.*, 2005b; BEATON, 1994).

O modelo utilizado foi construído com base no apresentado por FISBERG *et al.*, (2005c) (Anexo F).

b) Qualidade do consumo alimentar: Índice de Alimentação Saudável (IAS)

Para a interpretação da qualidade da dieta, foi aplicado o Índice de Alimentação Saudável (IAS), porque está baseado nas mais recentes recomendações dietéticas publicadas e é facilmente aplicável para se obter informação da qualidade da dieta em má ou boa, de forma resumida e simples. A partir dos diferentes componentes da dieta, o IAS fornece um resultado global e simplificado (CERVATO & VIEIRA, 2003).

O IAS está fundamentado no modelo proposto por BOWMAN *et al.* (1998) constituído por dez componentes. O IAS do presente estudo foi adaptado da mesma maneira como feito por FISBERG *et al.* (2005a) e GOMES (2003), utilizando-se os seis principais grupos de alimentos constituintes da Pirâmide dos Alimentos. As recomendações foram baseadas no Guia Alimentar para a População Brasileira publicado recentemente (BRASIL, 2005a).

Os seis grupos de alimentos, componentes do IAS são definidos como cereais, tubérculos e raízes; verduras e legumes; frutas; leite e derivados; carnes, peixes ou ovos e feijões e outros alimentos vegetais ricos em proteínas

(leguminosas). O sétimo e o oitavo componentes representam a porcentagem de ingestão de gordura total e saturada, respectivamente. O nono componente mede a ingestão de colesterol dietético e o décimo avalia a variedade alimentar. Esta última será feita pelo número total dos diferentes alimentos consumidos no dia, tomando como critério a metade da porção recomendada para cada grupo (BRASIL, 2005a).

A Tabela 2 indica os componentes do IAS, bem como os critérios de pontuação mínima e máxima. Os limites considerados para o consumo máximo de gorduras, ácidos graxos saturados e colesterol estão baseados nas recomendações de BRASIL (2005a).

Tabela 2: Componentes do Índice de Alimentação Saudável e seus critérios mínimo e máximo de pontuação dentro da faixa de 0-10. São Paulo – SP, 2005.

Componentes	Critérios para pontuação	
	Máxima (10)	Mínimo (0)
Grupos de alimentos		
1. Cereais, tubérculos e raízes	6 porções	0 porção
2. Verduras e legumes	3 porções	0 porção
3. Frutas	3 porções	0 porção
4. Leite e derivados	3 porções	0 porção
5. Carnes, peixes ou ovos	1 porção	0 porção
6. Feijões e outros vegetais ricos em proteínas (leguminosas)	1 porção	0 porção
Outros nutrientes		
7. Gordura total	≤ 30% do total energético de gordura	≥ 45% do total energético de gordura
8. Gordura saturada	≤ 10% do total energético de gordura saturada	≥ 15% do total energético de gordura saturada
9. Colesterol	≤ 300 mg	≥ 450mg
10. Variedade	≥ 8 tipos de alimentos em 1 dia	≤ 3 tipos de alimentos em 1 dia

Fonte: Adaptado de BOWMAN *et al.*, 1998.

A pontuação de cada componente deve variar entre 0 a 10, totalizando 100 pontos como nota máxima. Conforme o valor da nota máxima, a qualidade da dieta

foi dividida em três categorias: abaixo de 51 pontos – dieta inadequada, entre 51 a 80 pontos – dieta que necessita de modificação e superior a 80 pontos – dieta adequada (BOWMAN *et al.*, 1998).

A quantidade de energia padrão de cada grupo alimentar, utilizada para determinar as porções equivalentes, foi baseada na proposta pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (2005a) e seguem na Tabela 3.

Tabela 3: Quantidade de energia por porção de cada grupo de alimentos do Guia Alimentar para a População Brasileira. São Paulo – SP, 2005.

Grupo de alimentos	Quantidade de energia por porção (kcal)
Cereais, tubérculos e raízes	150
Verduras e legumes	15
Frutas	70
Leite e derivados	120
Carnes, peixes ou ovos	190
Feijões e outros vegetais ricos em proteínas	55

Fonte: BRASIL (2005a).

Para as preparações que contêm mais de um grupo de alimentos, tais como pizza, tortas, bolos, etc., foram desmembrados, transformados em porções e classificados conforme ingredientes de cada grupo correspondente.

c) Ingestão de fibras alimentares

Utilizando o R24h, foi avaliada a quantidade de fibras (g) ingeridas que foi comparada à recomendação estabelecida pelo Guia Alimentar para a População Brasileira, devendo ser superior a 25g/dia de fibras alimentares (BRASIL, 2005a).

As mulheres que ingeriram a quantidade igual ou superior ao recomendado foram classificadas como “**ingestão adequada**”. Para aquelas com consumo

inferior aos 25g/dia foram enquadradas como “**ingestão inadequada**”, classificando, portanto, como uma variável binária.

d) Consumo de água

A avaliação do consumo de água foi feita utilizando a questão “Bebo bastante água. No mínimo oito copos por dia”, retirada do questionário Qualidade de Vida, ainda não validado, contendo uma escala com cinco categorias de respostas – nunca, raramente, algumas vezes, freqüentemente e sempre. Para as mulheres que responderam as três primeiras alternativas, foi considerado como “**consumo inadequado**”, e para as duas últimas, foi definido como “**consumo adequado**”. Esse critério foi adotado com base nas recomendações propostas por BRASIL (2005a) e ANDRÉ *et al.* (2000a), que definem como consumo mínimo oito copos/dia como adequado.

4.5.5 Inquérito de prática de atividade física

Os métodos de avaliação da prática de atividade física podem ser agrupados em 7 categorias com mais de 30 técnicas diferentes. A opção pelo mais adequado, está relacionada com o número de indivíduos analisados, custo e inclusão de diferentes idades. Quando o objetivo for avaliar grupos populacionais, o uso de instrumentos precisos, de fácil aplicação e de baixo custo são fundamentais para a coleta das informações (MATSUDO *et al.*, 2002).

Para avaliar a prática de atividade física, utilizaram-se cinco perguntas extraídas do questionário Qualidade de Vida, referente ao tópico “Atividade Física”,

construído e adaptado do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) versão curta (MATSUDO *et al.* 2001).

As questões utilizadas para a avaliação foram:

- a) “Pratico exercícios de relaxamento e alongamento”
- b) “Faço exercícios do tipo caminhada, de 2 a 3 vezes por semana, por mais de 30 minutos em cada sessão”
- c) “Faço atividades físicas, do tipo moderada (as que aumentam moderadamente a respiração ou batimento do coração), de 2 a 3 vezes por semana, por mais de 30 minutos em cada sessão”
- d) “Faço atividades físicas, do tipo vigorosa (as que aumentam muito a respiração ou batimento do coração), de 2 a 3 vezes por semana, por mais de 20 minutos em cada sessão”
- e) “Faz parte do meu dia-a-dia subir escadas, andar a pé, serviços domésticos, carregar pesos leves, etc.”

Para cada pergunta, havia uma escala com cinco categorias de resposta – nunca, raramente, algumas vezes, freqüentemente e sempre. Para a interpretação dos dados, foram adotadas as categorias: “**não praticante**” (agrupamento das respostas nunca, raramente e algumas vezes) e “**praticante**” (agrupamento das respostas freqüentemente e sempre) considerando as perguntas de A a E.

4.6 Processamento e análise estatística

Os dados dos questionários foram digitados em máscara criada no programa de software *Microsoft Access*.

Anteriormente à digitação dos R24h, foi realizada uma análise crítica dos mesmos com o objetivo de identificar falhas do entrevistador na obtenção da informação do consumo alimentar relacionadas à descrição do alimento ou preparações consumidas, porcionamento e quantificação de cada item do R24h. Esses erros foram corrigidos para tornar os dados confiáveis e viabilizar a análise de uma dieta próxima do real.

Para a transformação dos alimentos registrados no R24h em nutrientes foi utilizado o Programa de Apoio à Nutrição – NutWin, versão 1.5.2 em CD-Rom, desenvolvido pelo Departamento de Informática em Saúde da Universidade Federal de São Paulo. Por meio do programa, computou-se a quantidade de calorias (kcal), proteínas, carboidratos, lipídios, ácido graxo saturado e fibras em gramas (g), colesterol em miligramas (mg) e valor calórico distribuído por grupo de alimentos, conforme componentes do IAS (cereais, tubérculos e raízes; verduras e legumes; frutas; leite e derivados; carnes, peixes ou ovos e feijões e outros vegetais ricos em proteínas) para a aplicação do índice.

A composição centesimal foi obtida do banco de dados programa baseada em *Nutrient Database for Standard Reference Release* da USDA. Para os alimentos não contemplados neste banco, foi feita uma compilação utilizando-se a Tabela Brasileira de Composição de Alimentos – USP (TBCA-USP), desenvolvida pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas – Departamento de Alimentos e Nutrição Experimental e a

Tabela Brasileira de Composição dos Alimentos (TACO) pertencente ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação (NEPA) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). As informações dos produtos industrializados foram obtidas dos rótulos dos alimentos e também de relatórios enviados por empresas fabricantes, de maneira a considerar a adequada metodologia de análise para cada nutriente conforme proposto por LAJOLO & MENEZES (1998).

Para a interpretação de preparações caseiras, foi feita uma análise quanto ao estado de nascimento das entrevistadas e constatou-se que 75,3% eram de São Paulo e, portanto, foram utilizadas as receitas padronizadas por PINHEIRO *et al.* (2002) e FISBERG & VILLAR (2002), características do Estado de São Paulo.

Posteriormente a digitação dos R24h, foi feita uma análise de consistência de dados de consumo alimentar para a verificação de possíveis erros de digitação. Os valores de ingestão muito baixos e muito altos para cada um desses componentes foram verificados e averiguados quanto a possíveis erros de digitação.

WILLET & BUZZARD (1998) levantam a necessidade de se excluir os indivíduos com ingestão de energia abaixo de 500kcal e acima de 4000kcal, uma vez que podem representar uma sub ou superestimação do consumo alimentar. Entretanto, não foi encontrado nenhum caso a ser excluído.

Para a caracterização e análises estatísticas foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Manager versão 13).

O teste estatístico utilizado para avaliar as relações entre a autopercepção de saúde e suas variáveis dicotômicas foi o teste qui-quadrado (χ^2) e para as variáveis quantitativas usou-se o teste Bonferroni. O ponto de corte adotado para significância estatística foi $p < 0,05$ e intervalo de confiança de 95% (IC 95%).

4.7 Especificação do modelo de regressão

Conforme discutido no Capítulo 2, a APS pode ser influenciada por vários fatores, entre eles: renda, escolaridade (E), idade (I), índice de qualidade da alimentação (IAS), estado nutricional (IMC), hábito intestinal (HI) e prática de atividade física (AF). Assim, pôde-se definir um modelo teórico, segundo a equação abaixo:

$$APS = f(R, E, I, IMC, IAS, AF, HI)$$

Este modelo pode ser testado utilizando uma regressão multivariada, como apresentada a seguir:

$$y = \beta_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_k X_k + \varepsilon$$

Onde:

y = variável dependente a ser explicada

$\beta_1, \beta_2, \beta_3, \dots, \beta_k$ = representem parâmetros da regressão

X_2, X_3, \dots, X_k = as variáveis independentes ou explicativas

ε = erro aleatório cuja $E(\varepsilon) = 0$ ¹

¹ Onde $E(\varepsilon)$ significa esperança do erro.

Como a APS – variável dependente do modelo – é uma variável binária e o teste foi desenvolvido por uma regressão logística binária, que tem como característica operar com variáveis binárias dependentes qualitativas. Para as pessoas que responderam a percepção de saúde como boa, a variável y assume o valor zero ($y=0$) e para aquelas que responderam como má $y=1$.

Então:

$y = 1$ para APS má, e

$y = 0$ para APS boa.

No que tange às variáveis independentes, a idade influencia a percepção sobre o próprio estado de saúde, na medida em que a alteração hormonal que acontece no período do climatério gera uma série de sintomas que provocam desconfortos e faz com que seja possível as mulheres terem uma percepção negativa de sua saúde conforme passa a idade (PEDRO *et al.*, 2003; CAMPANA, 2001).

Além disso, conforme se passam os anos, maiores são as chances das pessoas apresentarem dores e adquirirem doenças, as quais podem comprometer a condição funcional do indivíduo e contribuir para uma pior percepção do estado de saúde (BRASIL, 2004b).

A presença de doenças e o próprio estilo de vida que as pessoas costumam levar também podem refletir sobre a percepção de saúde. Inúmeras pesquisas identificam a forte relação do consumo alimentar não saudável, o estado nutricional inadequado e a falta de atividade física como fatores importantes no aumento da prevalência de doenças, especialmente as DCNT. No presente modelo, estas

variáveis estão representadas pelos IAS, IMC e AF respectivamente. Faz-se, portanto, crer que as pessoas com estilo de vida fora dos padrões normais relatem piores condições de saúde em relação aquelas com hábitos mais saudáveis (OPAS/OMS & FAO, 2005; WHO, 2002).

A constipação intestinal gera desconforto abdominal e é um fator de risco para determinados tipos de câncer. Estudos consideram esse distúrbio como um fator agravante para a redução da percepção da qualidade de vida e de saúde. Espera-se, então que, as mulheres com mau funcionamento intestinal, apresentem uma pior percepção de saúde (ANDRÉ *et al.*, 2000; ANDRÉ *et al.*, 2000a). Este aspecto é considerado no modelo por meio da variável HI.

Quanto às variáveis independentes renda familiar e escolaridade, espera-se uma relação direta com a autopercepção de saúde. As pessoas com maior renda apresentam mais recursos o que favorece o melhor acesso aos serviços de saúde, à melhor alimentação, estilo de vida e mais anos de educação. Com relação à escolaridade, espera-se que as pessoas com maiores níveis tenham mais informações, permitindo um maior discernimento da importância da saúde, tanto no sentido da prevenção quanto no tratamento de doenças. Supõe-se então que, quanto maior a renda e a escolaridade, melhor a saúde das pessoas e, conseqüentemente, melhor a percepção (MANOR *et al.*, 2001; IDLER & BENYAMINI, 1997).

Ante o exposto, percebe-se a possibilidade do problema de multicolinearidade entre renda e anos de estudo. Normalmente, a renda familiar é difícil de ser coletada, ainda mais quando 56,8% das entrevistadas são estudantes e 56,2% na faixa de 18 a 29 anos, em que há grande possibilidade da renda total ser desconhecida da jovem. Deste modo, pode ter ocorrido uma subestimação, o que descaracterizaria a

variável. BRASIL (2004) e DACHS (2002) afirmam que a escolaridade pode ser utilizada também como um indicador das condições socioeconômicas. Assim, optou-se pelo uso dessa variável no modelo.

É importante ressaltar que, para o modelo descrito, as variáveis hábito intestinal (HI) e prática de atividade física (AF) foram consideradas como qualitativas do tipo categóricas, enquanto as variáveis escolaridade (E), idade (I), estado nutricional (IMC) e qualidade do consumo alimentar (IAS) como quantitativas.

5. RESULTADOS

5.1 Caracterização do perfil da amostra

A Tabela 4 apresenta a caracterização da amostra segundo variáveis demográfica e socioeconômica, a saber idade e escolaridade em anos. Verificou-se, assim, que a população em estudo, é jovem e apresenta alto nível de educação, representada por uma proporção de 72,2% com mais de 11 anos de estudo, bem acima da realidade brasileira, em que apenas 29,2% das mulheres estão nessa faixa de escolaridade e com 6,7 anos de estudo, em média, segundo os dados da PNAD/2005 do IBGE.

Tabela 4 – Distribuição de valores estatísticos descritivos das variáveis demográfica e socioeconômica das mulheres participantes da pesquisa. São Paulo – SP, 2005.

Variável	Média	Mediana	dp
Idade (anos)	31,46	27,00	12,41
Escolaridade (anos)	13,77	14,00	2,68

Fonte: PRINUTHA/CEPEUSP, 2005.

A distribuição da amostra, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas, constam na Tabela 5. Grande parte das mulheres pesquisadas é estudante, moradora em casas próprias, solteira e de raça branca, cujas proporções encontradas são mais elevadas às identificadas pela PNAD/2005 e PCV/1998.

Ao comparar a distribuição da amostra segundo raça com a população brasileira, verificou-se a baixa presença de mulheres das raças negra, inclusive as que se declararam como pardas.

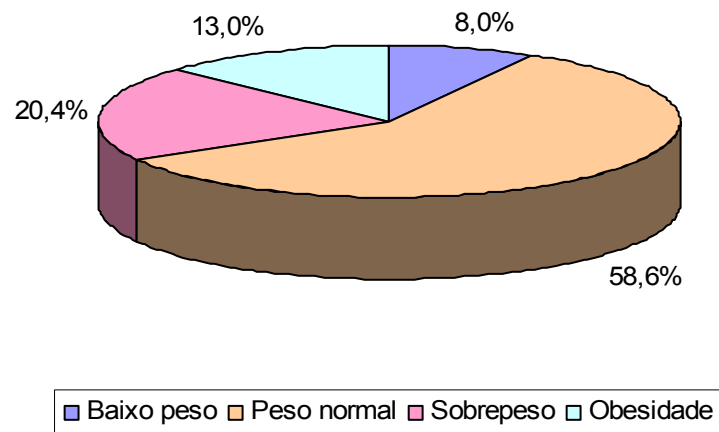
Em consonância com os resultados apresentados, pode-se afirmar que as características socioeconômicas e demográficas do grupo de mulheres estudadas são relativamente homogêneas.

Tabela 5 – Distribuição do número e porcentagem das mulheres, segundo variáveis socioeconômicas de escolaridade, ocupação atual, tipo de moradia, situação conjugal, raça e estado de nascimento. São Paulo – SP, 2005.

Variável	Categorias	n	%
Escolaridade	Até 10 anos	45	27,8
	11 anos e mais	117	72,2
Ocupação atual	Funcionária USP	38	23,5
	Terceirizada USP	1	0,6
	Estudante USP	92	56,8
	Autônoma	9	5,6
	Aposentada	10	6,2
	Outros	12	7,4
Tipo de moradia	Própria	110	67,9
	Alugada	26	16,0
	Cedida	16	9,9
	Outra	6	3,7
	Não responderam	4	2,5
Situação conjugal	Solteira	103	63,6
	Casada no civil	27	16,7
	União consensual	12	7,4
	Viúva	4	2,5
	Separada, desquitada ou divorciada	15	9,2
	Não responderam	1	0,6
Raça	Branca	105	64,8
	Negra	11	6,8
	Amarela	6	3,7
	Indígena	1	0,6
	Mestiço	3	1,9
	Parda	8	4,9
	Não responderam	28	17,3
Estado de nascimento	São Paulo	122	75,3
	Outros estados	22	14,1
	Outros países	6	3,7
	Não responderam	11	6,7

Fonte: PRINUTHA/CEPEUSP, 2005.

No que tange ao estado nutricional, o IMC médio das mulheres estudadas foi de $24,25\text{Kg/m}^2 (\pm 5,21\text{Kg/m}^2)$. Apesar da maioria ter sido classificada como eutrófica (58,6%), houve um número considerável delas na faixa de sobrepeso e obesidade, equivalendo a uma proporção de 33,4% de mulheres com excesso de peso (Figura 2).

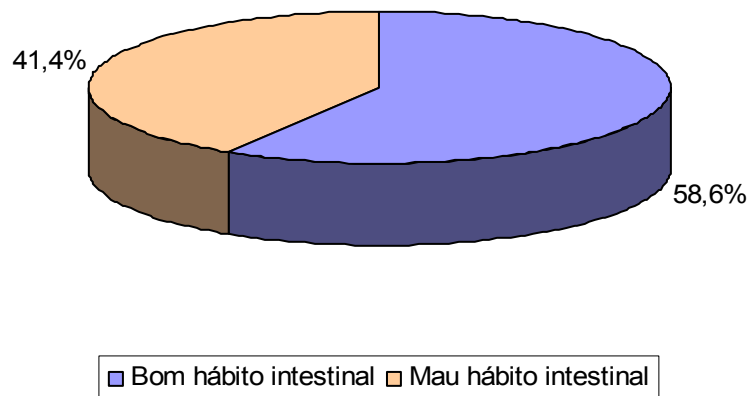


Fonte: PRINUTHA/CEPEUSP, 2005.

Figura 2: Distribuição da porcentagem de mulheres, segundo estado nutricional. São Paulo - SP, 2005.

A proporção de pessoas baixo peso indica a exposição à desnutrição. No presente estudo, notou-se que o percentual das mulheres com baixo peso não era desprezível, inclusive superior à frequência mínima considerada normal da distribuição de peso da população em geral, conforme a POF 2002/2003.

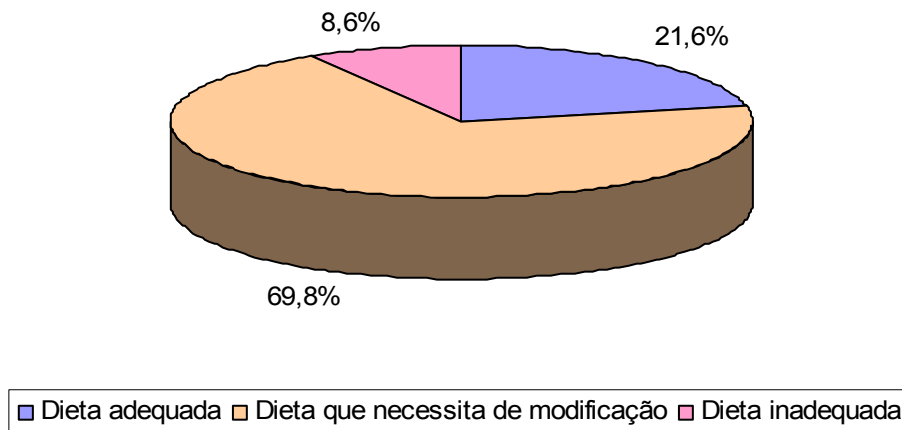
A distribuição da amostra segundo situação do hábito intestinal está apresentada na Figura 3, sendo que a maioria relatou bom funcionamento do intestino.



Fonte: PRINUTHA/CEPEUSP, 2005.

Figura 3: Distribuição da porcentagem de mulheres, segundo hábito intestinal. São Paulo - SP, 2005.

A qualidade do consumo alimentar foi avaliada pelo IAS, pela ingestão média de energia, pela distribuição dos macronutrientes e pelo consumo de fibras. A média do IAS encontrada na população estudada foi 70,08 ($\pm 12,10$), equivalendo a dieta que necessita de modificação. Na Figura 4, observou que 78,4% das mulheres precisam melhorar a qualidade da alimentação, sendo que dessas, 11% apresentaram dieta inadequada.



Fonte: PRINUTHA/CEPEUSP, 2005.

Figura 4: Distribuição da porcentagem de mulheres, segundo IAS. São Paulo - SP, 2005.

A Tabela 6 apresenta a pontuação média para cada componente do índice. Para nenhum deles foi observada média inferior a 5, que seria indicativo de má qualidade. A tabela também apresenta a proporção de observações com pontuação nula (0) e máxima (10), verificando-se uma maior proporção de notas nulas entre os grupos: feijões e outros vegetais (37,7%), frutas (16,7%) e gordura saturada (13,6%). No outro extremo, maiores proporções de notas 10 foram constatadas para os grupos: variedade (100%), colesterol (79,65%) e carnes, peixes e ovos (60,5%).

Tabela 6: Distribuição da pontuação do IAS, segundo seus componentes. São Paulo – SP, 2005.

Componentes	Média	% de observações com pontuação 0	% de observações com pontuação 10
Grupo de alimentos			
Cereais, tubérculos e raízes	6,11 ($\pm 2,59$)	0,0	16,7
Verduras e legumes	6,16 ($\pm 3,48$)	4,9	30,2
Frutas	5,65 ($\pm 3,75$)	16,7	29,0
Leite e derivados	5,29 ($\pm 3,33$)	4,9	18,5
Carnes, peixes e ovos	7,91 ($\pm 3,32$)	6,8	60,5
Feijões e outros vegetais	5,76 ($\pm 4,80$)	37,7	53,7
Outros nutrientes			
Gordura total	7,98 ($\pm 2,86$)	1,9	51,9
Gordura saturada	6,63 ($\pm 3,94$)	13,6	45,1
Colesterol	8,59 ($\pm 3,20$)	8,6	79,6
Variedade	10,00	0,0	100,0

Fonte: PRINUTHA/CEPEUSP, 2005.

A média de ingestão de energia e sua composição média em macronutrientes apresentaram de acordo com as recomendações, enquanto o consumo de gorduras saturadas² e fibras alimentares não apresentaram quantidade suficientemente adequada segundo a mesma recomendação. Já a média de ingestão do colesterol encontrou-se dentro dos limites preconizados pela OMS³ (Tabela 7).

² Recomendação: $\leq 10\%$ do total energético proveniente de gordura saturada.

³ Limite preconizado: $\leq 300\text{mg}$ de colesterol por dia.

Tabela 7 – Distribuição média de energia, carboidratos, proteínas, lipídios, ácidos graxos saturados, colesterol, fibras alimentares e participação relativa dos macronutrientes do consumo alimentar das mulheres. São Paulo – SP, 2005.

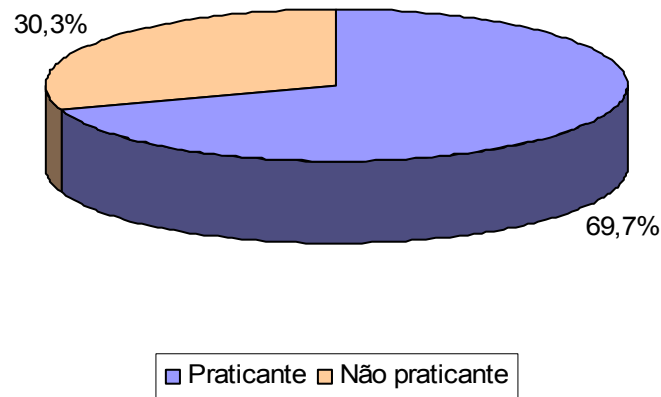
Variável	Média (dp)	%	Mediana
Energia (kcal)	1912,75 (\pm 751,05)	100,0	1748,70
Carboidratos (g)	259,45 (\pm 108,51)	54,2	235,11
Proteínas (g)	77,53 (\pm 36,77)	16,2	71,91
Lipídios (g)	64,86 (\pm 36,22)	30,5	57,14
Ácidos graxos saturados (g)	23,20 (\pm 14,29)	35,8	21,24
Colesterol (mg)	223,49 (\pm 179,02)	-	171,14
Fibras alimentares (g)	16,97 (\pm 11,13)	-	15,08

Fonte: PRINUTHA/CEPEUSP, 2005.

No que diz respeito, ainda, ao consumo médio de fibras alimentares, a maioria (70,4%) não ingeriu a quantidade adequada, enquanto apenas 29,6% delas apresentaram adequação quanto às recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2005a).

Com relação ao consumo de água, detectou-se que mais da metade da amostra (50,7%) não bebia a quantidade de água recomendada (mínimo de oito copos/dia), conforme estabelecido por BRASIL (2005a) e que 48,1% estavam dentro desta recomendação.

Analisando a amostra quanto à prática de atividade física, a maior parte das mulheres estudadas foi classificada como praticantes de atividade física, porém os resultados mostraram ainda uma proporção elevada de mulheres sedentárias (30,3%) (Figura 5).

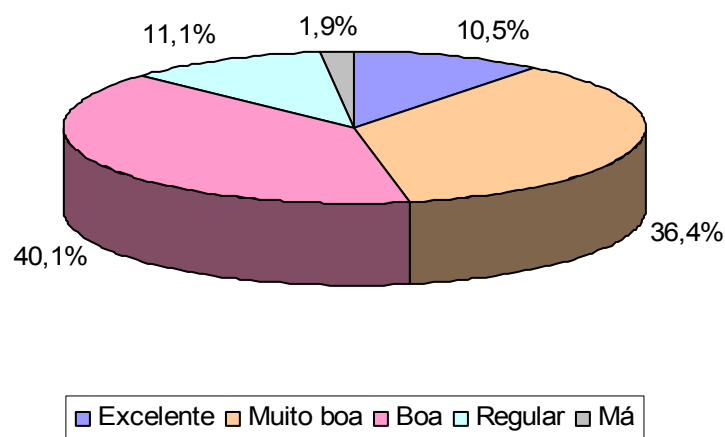


Fonte: PRINUTHA/CEPEUSP, 2005.

Figura 5: Distribuição da porcentagem de mulheres, segundo a prática de atividade física. São Paulo - SP, 2005.

5.2 Caracterização e determinantes da APS

A distribuição da amostra, segundo a autopercepção de saúde, está apresentada na Figura 6, revelando uma maior proporção (40,1%) de mulheres com boa percepção de saúde.



Fonte: PRINUTHA/CEPEUSP, 2005.

Figura 6: Distribuição da porcentagem de mulheres, segundo autopercepção de saúde. São Paulo - SP, 2005.

Considerando estes resultados é que foi tomada a decisão de ajustar para avaliação da APS em boa ou má. Sendo a categoria boa como resultado do agrupamento das respostas excelente, muito boa e boa que juntas somam 87%, e a categoria má do agrupamento das respostas regular e má (13%).

As mulheres que auto-avaliaram negativamente a saúde, apresentaram médias de idade ($36,19 \pm 12,03$ anos), escolaridade ($12,62 \pm 3,29$ anos de estudo) e IMC ($28,94 \pm 6,72 \text{ Kg/m}^2$) maior do que aquelas com boa percepção de saúde ($30,76 \pm 12,35$ anos; $13,94 \pm 2,55$ anos de estudo e $23,55 \pm 4,58 \text{ Kg/m}^2$, respectivamente).

Quanto aos determinantes da APS, como desenvolvido anteriormente, são vários os fatores que podem influenciá-la. Em relação à idade, observou-se que as mulheres jovens avaliaram melhor sua saúde do que as mais velhas. Conforme o esperado, quanto mais elevada a idade, maior a proporção de mulheres que auto-avaliaram como ruim seu estado de saúde (Tabela 8). Entretanto, no último estrato de idade, essa relação foi contrariada, pois a proporção das mulheres nessa faixa de idade que avaliaram positivamente a própria saúde foi superior à das mulheres mais jovens (25 a 54 anos). Cabe então, investigar as características diferenciais desse grupo em relação ao restante da amostra.

Tabela 8 – Distribuição do número e porcentagem de mulheres, segundo autopercepção de saúde (APS) e faixa de idade. São Paulo - SP, 2005.

Faixa de idade (anos)	APS				Total	
	Boa		Má		n	%
	n	%	n	%		
18 a 24	67	93,1	5	6,9	72	100,0
25 a 29	17	89,5	2	10,5	19	100,0
30 a 34	15	78,9	4	21,1	19	100,0
35 a 44	17	85,0	3	15,0	20	100,0
45 a 54	14	70,0	6	30,0	20	100,0
55 a 59	11	91,7	1	8,3	12	100,0
Total	141	87,0	21	13,0	162	100,0

Fonte: PRINUTHA/CEPEUSP, 2005 ($p=0,061$).

Com relação à escolaridade, a análise da distribuição cruzada das mulheres da amostra, segundo APS e escolaridade, revela uma associação esperada, ou seja, grande parte das mulheres com mais de 11 anos de estudo auto-avaliou positivamente sua saúde (75,9%) comparada àquelas com até 10 anos de escolaridade (24,1%). Estas, por sua vez, apresentaram uma maior proporção de declarantes de uma percepção negativa do estado de saúde (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição do número e porcentagem de mulheres, segundo autopercepção de saúde (APS) e faixa de escolaridade. São Paulo - SP, 2005.

Faixa de escolaridade (anos)	APS				Total	
	Boa		Má		n	%
	n	%	n	%		
Até 10 anos	34	24,1	11	52,4	45	27,8
11 e mais anos	107	75,9	10	47,6	117	72,2
Total	141	100,0	21	100,0	162	100,0

Fonte: PRINUTHA/CEPEUSP, 2005 ($p=0,034$).

Observando a relação da APS com o estado nutricional, verificou-se que as mulheres com excesso de peso declararam piores condições de saúde em relação

àquelas com o peso normal. Outro fato a ser apontado é que grande parte das mulheres com baixo peso auto-avaliaram sua saúde como boa (Tabela 10). Constatou-se ainda que cerca de 71,4% das mulheres com APS má tinham excesso de peso e, entre aquelas que auto-avaliaram sua saúde como boa, apenas 36,2% apresentaram estado nutricional fora da normalidade.

Tabela 10 – Distribuição do número e porcentagem de mulheres, segundo autopercepção de saúde (APS) e estado nutricional. São Paulo - SP, 2005.

Estado nutricional	APS				Total	
	Boa		Má		n	%
	n	%	n	%		
Baixo peso	12	8,5	1	4,8	13	8,0
Peso normal	90	63,8	5	23,8	95	58,6
Excesso de peso	39	27,7	15	71,4	33	33,3
Total	141	100,0	21	100,0	162	100,0*

Fonte: PRINUTHA/CEPEUSP, 2005 ($p < 0,001$).

*Houve arredondamento para 100,0%.

Ao verificar a interferência do hábito intestinal sobre APS, os resultados deste estudo não apresentaram associação entre as variáveis (Tabela 11). Assim como no funcionamento intestinal, a qualidade da alimentação também não exerceu influência sobre a própria percepção de saúde (Tabela 12).

Tabela 11 – Distribuição do número e porcentagem de mulheres, segundo autopercepção de saúde (APS) e hábito intestinal. São Paulo - SP, 2005.

Hábito intestinal	APS				Total	
	Boa		Má		n	%
	n	%	n	%		
Bom hábito	83	58,9	12	57,1	95	58,6
Mau hábito	58	41,1	9	42,9	67	41,4
Total	141	100,0	21	100,0	162	100,0

Fonte: PRINUTHA/CEPEUSP, 2005 (p=0,881).

Tabela 12 – Distribuição do número e porcentagem de mulheres, segundo autopercepção de saúde (APS) e qualidade da alimentação (IAS). São Paulo - SP, 2005.

IAS	APS				Total	
	Boa		Má		n	%
	n	%	n	%		
Dieta de boa qualidade	30	21,3	5	23,8	35	21,6
Dieta necessita de melhorias	99	70,2	14	66,7	113	69,7
Dieta de má qualidade	12	8,5	2	9,5	14	8,6
Total	141	100,0	21	100,0	162	100,0

Fonte: PRINUTHA/CEPEUSP, 2005 (p=0,970).

Entre as praticantes de atividade física, pôde-se verificar que apresentaram uma porcentagem maior de percepção positiva da saúde (71,6%) em relação às não praticantes (28,4%) (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição do número e porcentagem de mulheres, segundo autopercepção de saúde (APS) e prática de atividade física. São Paulo - SP, 2005.

Prática de atividade física	APS				Total	
	Boa		Má		n	%
	n	%	n	%		
Praticante	101	71,6	12	57,1	113	69,8
Não praticante	40	28,4	9	42,9	49	30,2
Total	141	100,0	21	100,0	162	100,0

Fonte: PRINUTHA/CEPEUSP, 2005 (p=0,177).

Em síntese, a escolaridade, a idade, o IMC e a atividade física foram identificados como os fatores que poderiam influenciar a autopercepção de saúde. Optou-se então, pela estimação do seguinte modelo descrito abaixo e os resultados estão apresentados na Tabela 14.

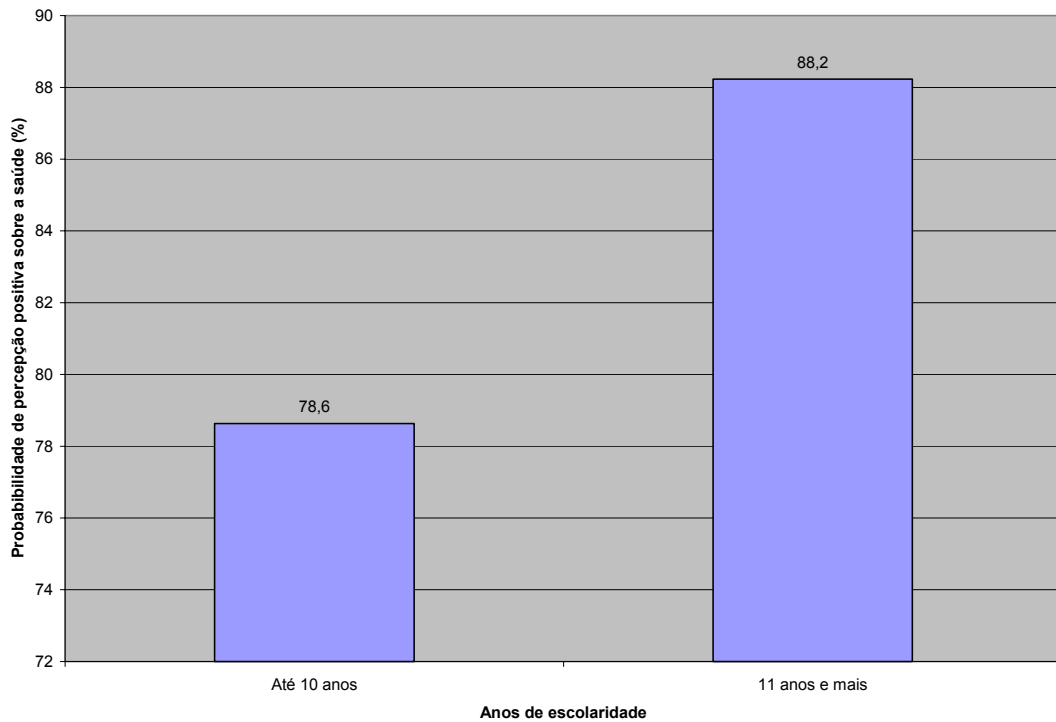
$$APS = f(E, I, IMC, AF)$$

Tabela 14 – Informações estatísticas da regressão logística binária. São Paulo - SP, 2005.

Variáveis	Coefficiente	Erro padrão	Exp (coeficiente)	Wald	<i>p</i>
Pseudo $R^2 = 0,241$					
Constante	-5,582	2,038	0,004	7,501	0,006
Escolaridade	-0,112	0,092	0,894	1,469	0,226
Idade	0,022	0,021	1,022	1,055	0,304
IMC	0,156	0,046	1,169	11,539	0,001
Atividade física	1,092	0,558	2,979	3,834	0,050

Fonte: PRINUTHA/CEPEUSP, 2005.

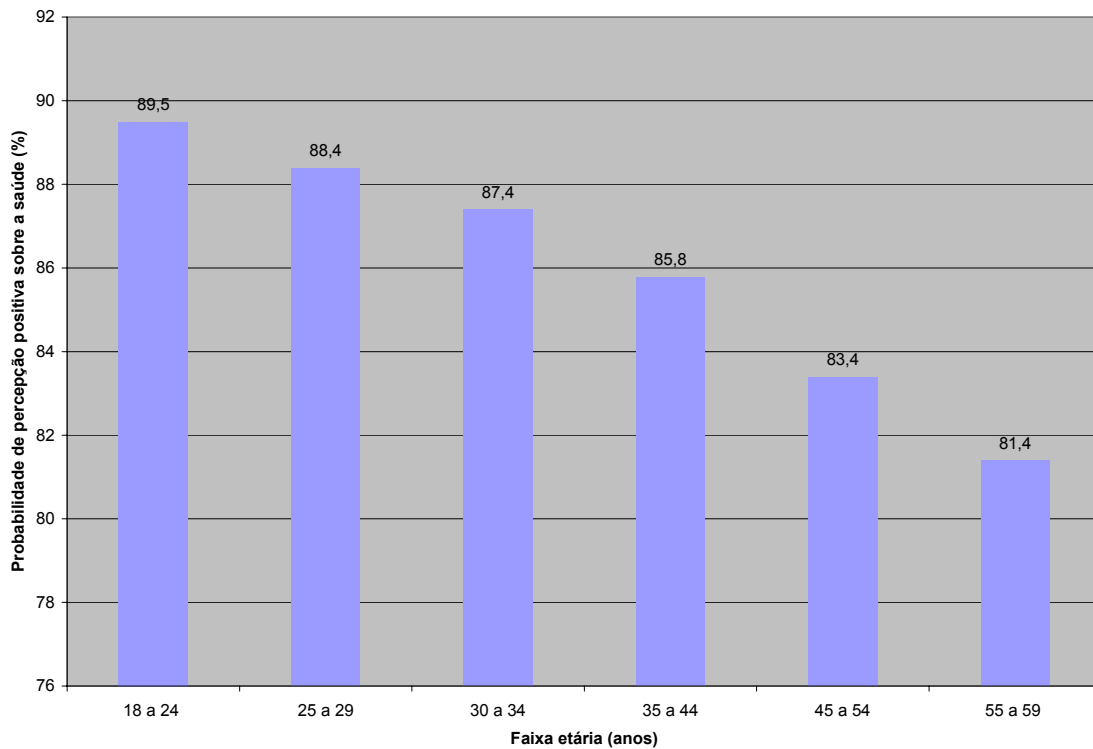
A probabilidade das mulheres que tinham até 10 anos de estudo auto-avaliarem sua saúde como boa foi de 78,6% e daquelas com 11 anos e mais aumentaram para 88,2% (Figura 7).



Fonte: PRINUTHA/CEPEUSP, 2005.

Figura 7: Probabilidade de percepção positiva sobre a saúde (%), segundo anos de escolaridade. São Paulo, 2005.

Em relação à idade, a chance de se ter boa percepção de saúde entre as mais novas (89,5%) foi maior do que entre as mais velhas (81,4%), entendendo-se que, conforme houve aumento da idade, a probabilidade das mulheres perceberem positivamente sua saúde foi reduzindo (Figura 8).



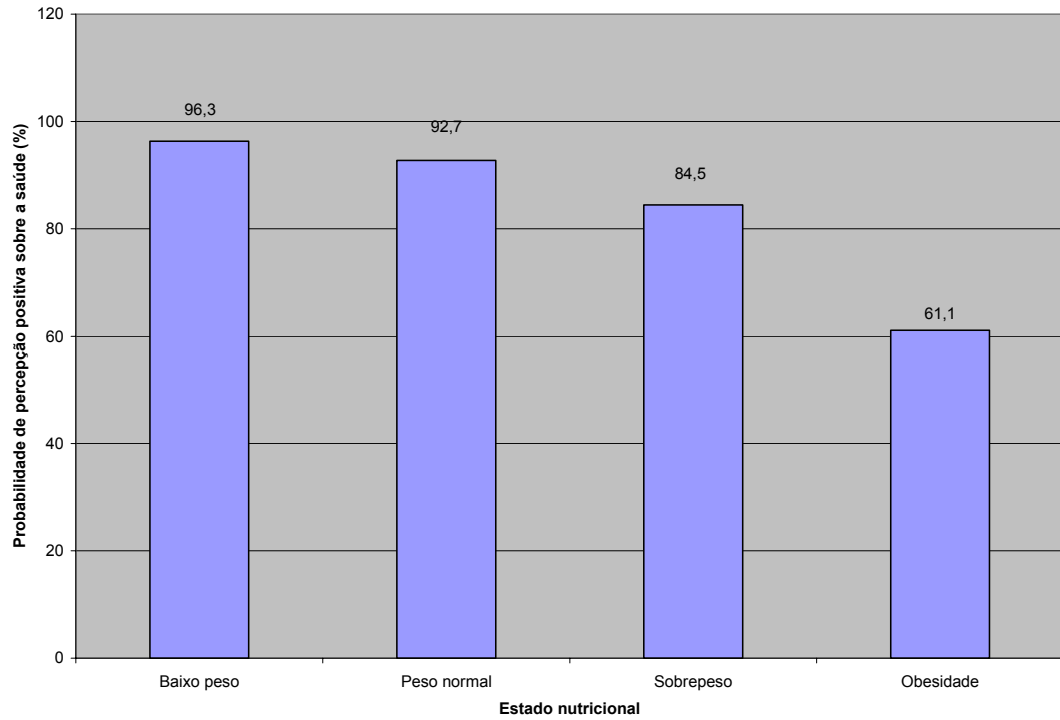
Fonte: PRINUTHA/CEPEUSP, 2005.

Figura 8: Probabilidade de percepção positiva sobre a saúde (%), segundo faixa etária. São Paulo, 2005.

Na Figura 9 pode-se verificar que o estado nutricional tem grande força explicativa na autopercepção de saúde (estatisticamente significante), de forma que o aumento do IMC diminuiu as chances de terem uma melhor percepção da sua saúde. As mulheres com baixo ou peso normal avaliaram sua saúde mais positivamente em comparação àquelas com excesso de peso. A probabilidade das eutróficas declararem melhores condições de saúde foi de 92,7% comparada as com peso fora da normalidade (84,5% para sobrepeso e 61,1% para obesidade).

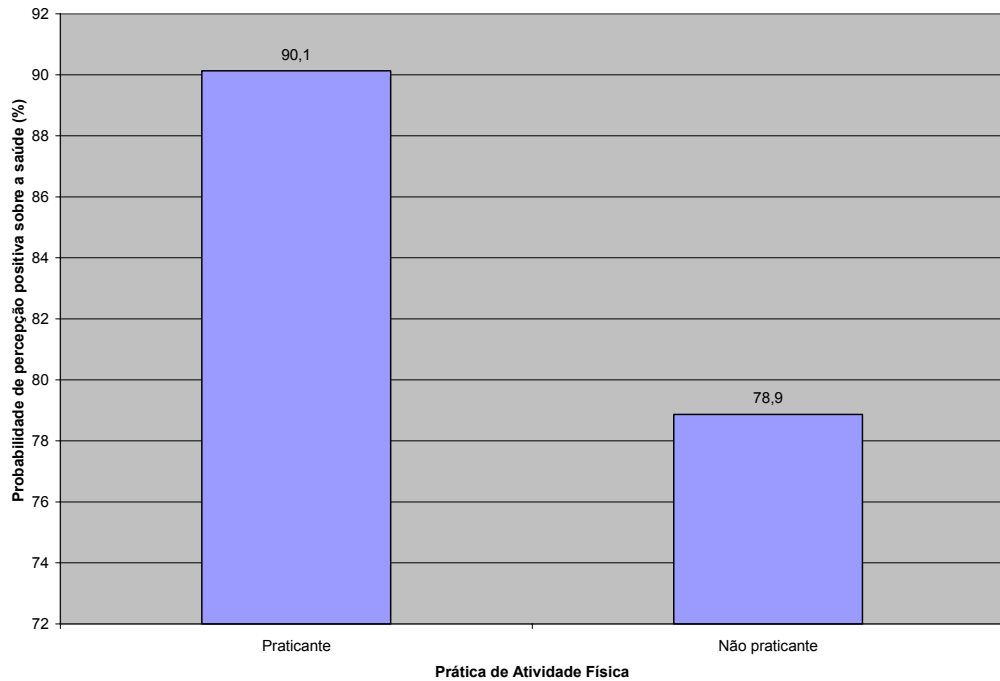
A prática de atividade física também teve uma contribuição estatisticamente significante para as mulheres perceberem melhores condições de saúde. As chances das praticantes declararem uma percepção positiva foi bem maior (90,1%)

em relação às não praticantes 78,9%, comprovando que se manter ativa melhorou as condições e a própria percepção de saúde (Figura 10).



Fonte: PRINUTHA/CEPEUSP, 2005.

Figura 9: Probabilidade de percepção positiva sobre a saúde (%), segundo estado nutricional. São Paulo, 2005.



Fonte: PRINUTHA/CEPEUSP, 2005.

Figura 10: Probabilidade de percepção positiva sobre a saúde (%), segundo a prática de atividade física. São Paulo, 2005.

Tais resultados mostra a importância de serem considerados os aspectos socioeconômico, demográfico, nutricional e de estilo de vida como determinantes da APS. O fato das mulheres serem mais novas, terem mais anos de estudo, apresentarem estado nutricional normal e serem praticantes de atividade física foram os fatores fundamentais que determinaram a auto-avaliação positiva da saúde das mulheres. Entretanto, apenas o estado nutricional e a prática de atividade foram estatisticamente significantes.

6. DISCUSSÃO

A saúde é um dos principais elementos da qualidade de vida dos indivíduos. O estudo dos determinantes da percepção que as pessoas possuem de seu estado de saúde é importante para subsidiar a elaboração de políticas públicas e programas na área, além de possibilitar a construção de estratégias para uma melhor qualidade de vida (BARROS, 2005b).

De modo geral, a pesquisa direcionada à saúde da mulher preocupava-se quase que exclusivamente com os problemas de caráter reprodutivo e doenças ginecológicas, contudo, em trabalhos recentes, outros aspectos da saúde feminina estão sendo estudados. É importante considerar que, nos dias atuais, além de grande parcela da população feminina estar no mercado de trabalho, elas continuam assumindo a responsabilidade da maternidade e do cuidado da família. Nesse contexto, cabe examinar como elas percebem a própria saúde e qual o estilo de vida que vêm desenvolvendo.

BARROS (2005b) afirma que a saúde é determinada por quatro dimensões: a biológica, a ambiental, a do estilo de vida e a do sistema de atenção à saúde, as quais podem ser expressas por diferentes indicadores e mensurados por vários métodos relacionado saúde-doença. Dentre eles, um método que vem ganhando destaque é a autopercepção de saúde, instrumento utilizado no presente estudo.

O indicador Autopercepção de Saúde (APS) representa uma medida subjetiva das condições de saúde. Apesar de suas limitações e poucas pesquisas publicadas no Brasil, é considerado um bom preditor das condições de saúde do indivíduo porque consegue englobar diversos aspectos da vida, conforme perspectiva e

conceituação de saúde da OMS. O instrumento adotado contempla aspectos da saúde física, cognitiva e emocional, além de ser um bom indicador de mortalidade, ou seja, as pessoas que relatam sua saúde como sendo má apresentam maiores riscos em relação àquelas que relatam ter uma saúde boa. Em síntese, a APS está fortemente relacionada com o estado de saúde real das pessoas e, por isso, vem ganhando credibilidade, até mais do que a própria observação direta (ALVES & RODRIGUES, 2005; BARROS, 2005a).

É natural os indivíduos declararem um pior estado de saúde quando apresentam algum tipo de doença, um fator de risco que possa comprometer o bem-estar ou um estilo de vida não saudável (fumo, álcool, sedentarismo e maus hábitos alimentares). Alguns autores defendem que, nos países mais pobres e menos desenvolvidos, como o Brasil, este indicador pode representar adequadamente as condições de saúde da população (BARROS, 2005a; BELTRÃO & SUGAHARA, 2002; MANOR, 2001; IDLER & BENYAMINI, 1997).

A partir desses pressupostos, o presente estudo analisou a relação entre a autopercepção de saúde de mulheres e fatores socioeconômicos e demográficos, estado nutricional, qualidade da alimentação e prática de atividade física.

Analisando a APS, uma pequena parte das mulheres frequentadoras do CEPEUSP (13%) auto-avaliaram a própria saúde como má. Estes valores estão próximos do encontrado nas pesquisas NHIS/1996 (12,6%) nos Estados Unidos e Pesquisa de Padrão de Vida (PPV) em 1996/1997 (19,4%) no Brasil, mas bem inferior dos identificados nas PNAD/2003 (25,6%) e PNAD/1998 (23,5%) (DACHS & SANTOS, 2006; BELTRÃO & SUGAHARA, 2002).

As mulheres que declararam negativamente sua saúde possuíam média de idade superior e média de escolaridade abaixo das que declararam percepção positiva da sua própria saúde. Então, as mulheres mais velhas e com menos anos de estudo apresentaram mais chances de auto-avaliarem como má sua saúde. Resultados semelhantes foram encontrados em BRASIL (2004a) e nas PNAD/2003 e PNAD/1998 (DACHS & SANTOS, 2006; BELTRÃO & SUGAHARA, 2002).

Nota-se que a idade é um importante elemento a ser considerado na saúde devido aos desconfortos e aos diversos sintomas que o climatério e a menopausa provocam, especialmente a partir dos 45 anos. Neste estudo, as mais novas declararam melhores condições de saúde como previsto. Inesperadamente, todavia maior proporção das mulheres da última faixa etária (55-59 anos) representaram uma maior proporção com auto-avaliação de saúde positiva em comparação às mulheres das faixas de idade intermediárias. Em particular, essas mulheres possuem mais de 11 anos de estudo e estão em busca de uma melhor qualidade de saúde e um estilo de vida mais saudável demonstrada pela alta proporção de praticantes de atividade física nesta mesma faixa de idade (91,7%). Acredita-se ainda que, nesta fase da vida, elas estejam em um período mais tranquilo, sendo que 63,6% delas são aposentadas com alta renda, favorecendo assim, uma melhor auto-avaliação da saúde.

BRASIL (2004a), DACHS (2002), MACKENBACH *et al.* (1994) identificaram que a escolaridade é um fator protetor da saúde, porque as pessoas detêm mais informações e, por isso, tendem a escolher um melhor estilo de vida, apresentam condições ambientais mais favoráveis, sofrem menos discriminação social e têm mais facilidade de acesso aos serviços de saúde. O fato da maior parte da amostra

apresentar 11 anos e mais estudo pode ser destacado como um dos fatores que explicam a elevada prevalência de mulheres com boa APS.

Além dos fatores socioeconômicos e demográficos mencionados, a APS pode ser influenciada pelo estado nutricional, pelo funcionamento intestinal e também por aspectos do estilo de vida como a qualidade da alimentação e a prática de atividade física. Teoricamente, considera-se que as pessoas com o estado nutricional fora da faixa de normalidade, que se alimentam muito mal, não praticam atividade física ou que possuem problemas no funcionamento intestinal apresentarão uma avaliação negativa da própria saúde.

O bom estado nutricional somente é mantido quando há equilíbrio entre ingestão alimentar e o gasto energético. Os hábitos alimentares inadequados e o sedentarismo são os principais aspectos que podem levar a um desbalanço nessa relação e favorecer o aparecimento de doenças. Caso esse desequilíbrio aconteça pelo baixo consumo de calorias, ocorre a desnutrição. Contudo, se a ingestão exceder ao gasto, devido ao maior aporte de alimentos calóricos e/ou por causa da inatividade física, surge o excesso de peso, fato que está sendo cada vez mais observado nos dias atuais. Dados da OMS (2003) indicam alta prevalência de excesso de peso em todo o mundo, quando foi verificado que mais de um bilhão de adultos têm sobrepeso e 300 milhões obesidade. No Brasil, essa situação não é diferente, observando-se que cerca de 72 milhões dos adultos brasileiros apresentam excesso de peso e, destes, 32,6 milhões eram obesos. No caso das mulheres, segundo a POF 2002/2003, 40% delas apresentou excesso de peso, um percentual próximo do encontrado no presente estudo (33,4%). Quando esse valor foi comparado aos resultados do estudo de MENDEZ *et al.* (2005), onde se pesquisou a população feminina de 36 países em desenvolvimento, verificou-se

proporções muito próximas (32,4%) para aquelas com peso acima do normal. Este resultado corrobora as pesquisas mencionadas, quando se afirma que as prevalências para o excesso de peso são maiores do que para baixo peso.

O excesso de peso é um fator de risco para perda da capacidade física e o desenvolvimento de DCNT, cuja taxa de mortalidade vem aumentando (OPAS/OMS & FAO, 2005). Por esta razão, as pessoas com peso acima do ideal apresentam mais facilidade em auto-diagnosticar seu estado nutricional inadequado e estão cientes de seus efeitos deletérios (BRASIL, 2004a; MANOR *et al.*, 2001).

De acordo com o esperado, os resultados mostraram que a maior parte (71,4%) das mulheres com excesso de peso declararam piores condições de saúde em relação aquelas com peso normal (23,8%) e que apenas 27,7% das que apresentaram uma percepção positiva da sua saúde enquadraram-se nesta mesma condição nutricional. Esses resultados mostram que o sobrepeso e a obesidade foram fatores que influenciaram negativamente na percepção de saúde das mulheres. Todavia, aquelas que apresentaram peso normal ou baixo peso tiveram uma maior probabilidade de terem percepção positiva da sua própria saúde, corroborando os estudos de MANOR *et al.* (2001) e MACKENBACH *et al.* (1994).

A pesquisa revelou, ainda, que apresentar peso abaixo do esperado não foi considerado um fator importante que pudesse comprometer na percepção da saúde. Um dos aspectos que pode justificar esse resultado é a baixa média de idade da população estudada composta de 56,2% na faixa dos 18 a 29 anos. Sabe-se que este é um período da vida em que, freqüentemente, encontram-se distúrbios do comportamento alimentar, as mulheres apresentam temor de engordar e ainda vislumbram a imagem da beleza feminina como a de uma estrutura corporal mais magra (MONTEIRO *et al.*, 2003). Destaca-se, ainda, que segundo o IBGE (2004), o

indicador utilizado para avaliação do estado nutricional (IMC) tem uma menor especificidade para os jovens, uma vez que o processo de crescimento e expansão da massa corporal pode não ter se esgotado, onde estão 47,5% da amostra estudada (18 a 24 anos).

Com relação à prática de atividade física, foi verificado um percentual elevado (30,3%) de mulheres não praticantes comparados ao estudo de MATSUDO *et al.* (2002) que encontraram uma proporção de 8,8% no Estado de São Paulo. Os mesmos autores destacaram, ainda que, em 1997, foi feito um levantamento em 98 municípios brasileiros, envolvendo 2.504 indivíduos, encontrando-se uma prevalência de 60% de pessoas sedentárias no país, sendo a região Sul e Sudeste as que apresentaram menor percentual (53% e 59%, respectivamente). Achados similares também foram encontrados na população do município do Rio de Janeiro no estudo de GOMES *et al.* (2001).

O percentual de não praticantes foi inferior as duas últimas pesquisas citadas anteriormente e pode estar relacionado ao instrumento utilizado que leva em consideração, não somente a prática de exercícios físicos, mas também todas as atividades diárias, como carregar pesos leves, subir escadas, fazer trabalhos domésticos, entre outras. Apesar de inferior, a proporção de mulheres sedentárias é alto, considerando que são frequentadoras do CEPEUSP. GOMES *et al.* (2001) apontaram a falta de tempo como a principal barreira para prática de atividade física e, por isso, vale uma investigação mais aprofundada dos fatores que poderiam explicar os resultados obtidos no presente estudo.

Estudando a influência da prática de atividade física na APS, uma maior proporção de indivíduos praticantes (89,1%) declarou sua saúde como boa. A prática regular de exercícios físicos aumenta a expectativa de vida, reduz os riscos de

incidência de doenças crônicas não-transmissíveis, auxilia na prevenção e na redução da osteoporose, promove sensação de bem-estar e ajuda a reduzir o estresse, a ansiedade e a depressão (BRASIL, 2004d).

De acordo com o instrumento utilizado para mensurar a atividade física, verificou-se que a maior parte das que foram consideradas praticantes avaliou positivamente a sua própria saúde, corroborando os achados de DOMINGUES *et al.* (2004); MIILUNPALO *et al.* (1997); MACKENBACH *et al.* (1994). Esses resultados confirmaram a importância do exercício físico na percepção de saúde e na sensação de bem-estar.

O trânsito intestinal é uma das queixas gastrointestinais que mais acomete as mulheres e podem interferir negativamente na percepção de saúde. Embora esse problema seja caracterizado pela diminuição da frequência das evacuações e pelos desconfortos provocados, sua sintomatologia é subjetiva (OLIVEIRA *et al.*, 2005; ANDRÉ *et al.*, 2000a; ANDRÉ *et al.*, 2000b). Mesmo com a alta prevalência de mau funcionamento intestinal (41,4%), as mulheres podem ter se habituado aos desconfortos, não os notando como um fator relevante que pudesse ter comprometido, de alguma forma, com a sua saúde. O mesmo foi considerado por OLIVEIRA *et al.* (2005).

ANDRÉ *et al.* (2000a) e ANDRÉ *et al.* (2000b) afirmam que a baixa ingestão de água pode ser um dos fatores que levam ao mau hábito intestinal. Considerando que um pouco mais da metade das mulheres (50,7%) não ingerem a quantidade recomendada, pode-se sugerir como uma das causas que explicam o elevado percentual daquelas que relataram algum problema no funcionamento intestinal. Ao mesmo tempo, foi encontrada uma média de consumo de fibras alimentares (16,97g) bem abaixo do mínimo recomendado que é de 25g/dia. Essa deficiência pode estar

relacionada a uma alimentação pobre em verduras, legumes, frutas e leguminosas, o que pode aumentar em até 4 vezes as chances de apresentarem constipação intestinal (OLIVEIRA *et al.* 2005). Pesquisas demonstram, ainda, que esses alimentos desempenham papel protetor no surgimento de DCNT, estimando-se que o seu baixo consumo esteja associado à cerca de 31% das doenças isquêmicas do coração e 11% dos casos dos acidentes vasculares cerebrais (PINHEIRO & GENTIL, 2004).

O consumo alimentar foi avaliado pelo IAS, que possibilitou a observação da qualidade da alimentação de forma global e segundo componentes da dieta. De acordo com o IAS, grande parcela das mulheres apresentou dieta de má qualidade e/ou que ainda necessitava de modificação (78,4%), corroborando o estudo de GOMES (2003) em que foi avaliada a alimentação apenas das mulheres e os de FISBERG *et al.* (2005a) e FISBERG *et al.* (2004), direcionados à população geral. A alta proporção do consumo alimentar ser inadequado, provavelmente, está relacionada a uma baixa pontuação atribuída aos grupos dos feijões e outros vegetais, das frutas e da gordura saturada.

Analisando os escores do IAS separadamente, o componente que apresentou maior percentual de nota zero foi o grupo das leguminosas (feijões e outros vegetais ricos em proteínas). Este resultado confirma outros estudos que evidenciam o declínio no consumo de alimentos básicos e tradicionais da dieta do brasileiro, com destaque para o feijão (LEVY-COSTA *et al.*, 2005).

Em relação à inadequação quanto ao grupo das frutas e da gordura saturada, constata-se claramente pelos dados da POF 2002-2003 e POF 1995-1996 que os legumes, verduras e frutas não são alimentos historicamente consumidos em quantidades adequadas no Brasil, pois foram substituídos pelos alimentos industrializados ricos em gorduras e pobres em micronutrientes, incentivados pela

média e condicionados ao estilo de vida urbano. Apontam-se, ainda, como fatores que contribuíram na redução desta ingestão, a limitação no tempo de preparo e de consumo, uma vez que requer métodos adequados de higienização e conservação, o alto custo por caloria e a pouca ou nenhuma valorização desses alimentos (PINHEIRO & GENTIL, 2004).

No presente estudo, o consumo médio calórico foi de aproximadamente 1900kcal por pessoa por dia. Este valor representa a ingestão de 200kcal a mais da média encontrada na POF 2002-2003. Em relação à participação relativa de macronutrientes, os valores encontrados do consumo alimentar das mulheres foram diferentes dessa mesma pesquisa, obtendo-se proporções inferiores para carboidratos (54,1%) e superiores para proteínas (15,4%) e lipídios (30,5%). Estes achados podem estar relacionados ao aspecto quantitativo do consumo de alimentos, especialmente daqueles com maior densidade energética (lipídios). Novamente, o processo de industrialização dos alimentos e a maior proporção de refeições feitas fora do domicílio são hábitos característicos do modo de vida da população que mora nas áreas urbanas e têm sido apontados como os principais responsáveis pela elevação de calorias na dieta da maioria da população do Ocidente (MENDONÇA & ANJOS, 2004; GARCIA, 2003).

Nesse sentido, há evidências de que as características qualitativas e quantitativas da dieta são importantes para o estado de saúde. Os danos da alimentação inadequada podem vir tanto da quantidade insuficiente de alimentos, provocando a desnutrição, quanto da excessiva, causando obesidade que podem gerar mal-estar e favorecer uma avaliação negativa da saúde.

Embora os resultados relacionados à qualidade da alimentação não tenham revelado qualquer associação com a APS, os estudos de MANOR *et al.* (2001) e

MACKENBACH *et al.* (1994) verificaram uma forte relação das condições do estado de saúde com a qualidade do consumo alimentar. Talvez, o cálculo do IAS com base em um único recordatório não seja suficiente para determinar a qualidade da alimentação que o indivíduo vem praticando. Novos estudos, baseados em maior número de registros alimentares, precisarão ser realizados para concluir sobre a eficácia desse índice para subsídios das políticas públicas em alimentação e nutrição.

Analisando o modelo de regressão estimado, apesar da idade e da escolaridade mostrarem uma relação favorável para determinar a APS, sendo que as mais novas tiveram probabilidade de 89,5% e as com mais de 11 anos de estudo 88,2% de terem uma percepção positiva da sua saúde, quando analisadas conjuntamente com as outras variáveis não foram estatisticamente significantes. Quanto à idade, um dos fatores que pode ter contribuído para este resultado foi a pouca variação no grupo estudado em que, aproximadamente 84% concentraram-se na faixa de 18-29 anos, caracterizando um perfil de mulheres adultas jovens. Entende-se, ainda, que o fato delas serem novas, a saúde pode ainda não ter sido comprometida, diferentemente dos trabalhos realizados com idosos. Da mesma forma que a idade, a escolaridade também apresentou pouca variação, sendo que a maioria (72,2%) tinha mais de 11 anos de estudo e isso pode ter interferido na estimação do modelo de regressão.

Em síntese, o estado nutricional e a prática de atividade física constituíram os principais determinantes da percepção de saúde das mulheres, mostrando-se estatisticamente significante ($p < 0,001$ e $p = 0,050$, respectivamente). Além disso, a probabilidade das com peso normal e as praticantes declararem melhores condições de saúde foi maior quando comparada àquelas que estavam com excesso de peso e

que não praticavam nenhum tipo de atividade. Estes achados corroboram com as estratégias estabelecidas e adotadas por organizações mundiais e nacionais acerca da importância em se ter peso adequado e praticar exercícios físicos diários para alcançar uma melhor qualidade de vida e ter uma boa saúde.

Como uma das limitações do presente estudo, da mesma forma como observado por DACHS e SANTOS (2006), seria interessante testar uma mudança da posição da pergunta sobre a percepção do estado de saúde no questionário, podendo aumentar o percentual de declarações “regular” e “má”. Essa alteração permitirá com que a pessoa entrevistada reflita mais sobre as várias condições específicas de saúde, que vão desde pequenos problemas até a perda da capacidade de realizar algumas atividades, antes mesmo de responder sobre o seu estado geral. Vale novamente destacar a homogeneidade da amostra, em relação às características demográficas e socioeconômicas, que, de alguma forma, podem ter interferido nos resultados. Além disso, é importante ainda ressaltar que o instrumento utilizado para classificar a prática de atividade física, que faz parte do questionário de Qualidade de Vida, não foi validado até o momento da finalização deste trabalho.

Entretanto, essa pesquisa avança em relação a outros estudos existentes de avaliação da autopercepção de saúde, porque contempla outros aspectos importantes e que podem influenciar positivamente ou negativamente na própria percepção de saúde das mulheres, tais como: estado nutricional, atividade física, consumo alimentar e hábito intestinal, mesmo que esses dois últimos não tenham apresentado resultados significativos.

Ainda são poucas pesquisas desenvolvidas nesta área e, por isso, o presente estudo é um ponto de partida para novas investigações explorarem mais

profundamente os fatores que podem comprometer a saúde da mulher e a sua própria percepção.

7. CONCLUSÕES

Dentre os determinantes selecionados que supostamente poderiam interferir na autopercepção de saúde das mulheres – a escolaridade, a idade, o hábito intestinal, o consumo alimentar, o estado nutricional e a prática de atividade física – somente os dois últimos foram os prováveis fatores que influenciaram na percepção da própria saúde, quando se estimou o modelo de regressão logística. O fato de ter peso normal e praticar atividade física contribuiu positivamente para uma melhor percepção do estado de saúde.

Apesar de terem sido encontradas associações entre idade e escolaridade com a APS, conforme esperado, e terem sido apontadas como os dois principais elementos para essa percepção, não foram identificadas relações estatisticamente significantes na estimativa do modelo. Em consonância, o consumo alimentar e o hábito intestinal não apresentaram nenhuma associação com esse indicador de saúde e, por isso, mais estudos devem ser desenvolvidos utilizando as mesmas variáveis.

Sabendo que a maioria da população feminina apresentou dieta inadequada (78,4%) e que a alimentação é passível de modificação, é fundamental ressaltar a importância da intervenção do nutricionista junto a essa população para realizar ações de educação nutricional.

O tema Saúde da Mulher deve ser mais explorado entre as produções científicas, com a finalidade de estudar os possíveis efeitos que mudanças ocorridas na sociedade contemporânea exercem sobre o seu estado de saúde.

A coleta de informações relacionadas à percepção da própria saúde deve ser estimulada no Brasil, dado que são poucas pesquisas publicadas nessa temática, ainda mais porque podem constituir uma base de identificação dos problemas de saúde e servir como subsídio para novas propostas. Dessa maneira, contribuirá de forma significativa na promoção da saúde e do bem-estar para garantir uma boa qualidade de vida entre as mulheres.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRANTES, M.M.; LAMOUNIER, J.A.; COLOSIMO, E.A. Prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras.* v. 49, n. 2, p. 162-166, 2003.
- ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M.I.R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercursão do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciência & Saúde Coletiva.* v. 9, n. 4, p.833-840, 2004.
- ALVES, L.C.; RODRIGUES, R.N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica.* v. 17, n.5/6, p. 333-341, 2005.
- AMERICAN COLLEGE of GASTROENTEROLOGY FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS TASK FORCE. An Evidence-based Approach to the Management of Chronic Constipation in North America. *Am. J. Gastroenterol.* v. 100, n. S1, p. S1-S4, 2005.
- ANDRÉ, S.B.; RODRIGUEZ, T.N.; MORAES-FILHO, J.P.P. Constipação intestinal funcional. *Rev. Bras. Med.* v. 57, n. 11, p. 1240-1252, 2000a.
- ANDRÉ, S.B.; RODRIGUEZ, T.N.; MORAES-FILHO, J.P.P. Constipação intestinal. *Rev. Bras. Med.* v. 57, edição especial, p. 53-63, 2000b.
- APPELS, A.; BOSMA, H.; GRABAUSKAS, V.; GOSTAUTAS, A.; STURMANS, F. Self-rated and mortality in a Lithuanian and a Dutch population. *Soc. Sci. Med.* v. 42, n.5, p. 681-689, 1996.
- AQUINO, E.M.L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Rev. Saúde Pública.* v. 40, n. esp., p. 121-132, 2006.
- AQUINO, E.M.L. de; MARINHO, L.F.B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. *Rev. Promoção da Saúde.* Versão preliminar, 2000.
- BARRETO, S.A.J.; CYRILLO, D.C. Análise da composição dos gastos com alimentação no Município de São Paulo (Brasil) na década de 1990. *Rev. Saúde Pública.* v. 35, n. 1, p. 52-59, 2001
- BARROS, M.B. de A. Auto-avaliação de Saúde. In: C.L.G. CESAR, L. CARANDINA, M.C.G.P. ALVES, M.B. de A. BARROS, M. GOLDBAUM. *Saúde e condição de vida em São Paulo – Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo – ISA/SP.* São Paulo: USP/FSP, 2005a. 173-182p.

- BARROS, M.B. de A. Introdução. In: C.L.G. CESAR, L. CARANDINA, M.C.G.P. ALVES, M.B. de A. BARROS, M. GOLDBAUM. *Saúde e condição de vida em São Paulo – Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo – ISA/SP*. São Paulo: USP/FSP, 2005b. 11-34p.
- BARROS, M.B. de A. Obesidade. In: C.L.G. CESAR, L. CARANDINA, M.C.G.P. ALVES, M.B. de A. BARROS, M. GOLDBAUM. *Saúde e condição de vida em São Paulo – Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo – ISA/SP*. São Paulo: USP/FSP, 2005c. 151-161p.
- BARROS, M.V.G de; NAHAS, M.V. Comportamentos de risco auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. *Rev. de Saúde Pública*. v. 35, n.6, p. 554-563, 2001.
- BELTRÃO, K.I.; SUGAHARA, S. Comparação de informações sobre saúde das populações brasileiras e norte-americana baseada em dados da PNAD/98 e NHIS/96. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 7, n. 4, p. 841-867, 2002.
- BEATON, G.H. Approaches to analysis of dietary data: relationship between planned analyses and choice of methodology. *Am J. Clin. Nutr.* v. 1994, n. 59 (suppl.), p. 253S-261S, 1994.
- BOBAK, M.; PIKHART, H.; HERTZMAN, C.; ROSE, R.; MARMOT, M. Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey. *Soc. Sci. Med.* v. 47, n. 2, p. 269-279, 1998.
- BONOMO, E.; CAIAFFA, W.T.; CÉSAR, C.C.; LOPES, A.C.; LIMA-COSTA, M.F. Consumo alimentar da população adulta segundo perfil sócio-econômico e demográfico: Projeto Bambuí. *Cad. Saúde Pública*. v. 19, n. 5, p. 1461-1471, 2003.
- BOWMAN, S.A.; LINO, M.; GERRIOR, S. A.; BASIOTIS, P.P. The Healthy Eating Index, 1994-96. *Family Economics Nutrition Review*. v. 11, n. 3, p. 1-14, 1998.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Guia Alimentar para a População Brasileira: Promovendo a alimentação saudável*. 2005a. 236p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *O que é uma alimentação saudável? Considerações sobre o conceito, princípios e características: uma abordagem ampliada*. Maio, 2005b. 5p.

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Percepção de saúde e condição funcional. In: *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal*. Rio de Janeiro: INCA, 2004a. p 159-170.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Diabetes. In: *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal*. Rio de Janeiro: INCA, 2004b. p 141-149.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Sobrepeso e obesidade. In: *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal*. Rio de Janeiro: INCA, 2004c. p 69-80.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Atividade Física. In: *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal*. Rio de Janeiro: INCA, 2004d. p 103-110.
- CAMBRAIA, R.P.B. Aspectos psicobiológicos do comportamento alimentar. *Rev. Nutr.* v. 17, n. 2, p. 217-225, 2004.
- CAMPANA, L.O.C. *Conhecimento sobre a menopausa e seu tratamento de acordo com o estado menopausal e estrato social: análise de inquérito populacional domiciliar em mulheres climatéricas do Município de Campinas*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2001. 109p.
- CASSOLA, A.C. Motilidade do trato gastrointestinal. In: M. de M. AIRES. *Fisiologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 645-651p.
- CAVELAARS, A.E.; KUNST, A.E.; GEURTS, J.J.; CRIALESI, R.; GROTVEDT, L.; HELMERT, U.; LAHELMA, E.; LUNDBERG, O.; MATHESON, J.; MIELCK, A.; MIZRAHI, A.; MIZRAHI, A.; RASMUSSEN, N.K.; REGIDOR, T.; SPUHLER, T.; MACKENBACH, J.P. Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 western European countries. *J. Epidemiol. Community Health*. v. 52, p.219-227, 1998.
- [CDC] Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of leisure-time and occupational physical activity among employed adults-United States, 1990. *MMWR. Morb Mortal Wkly Rep.* v. 49, p. 421-425, 2000.

- CERVATO, A.M.; VIEIRA, V.L. Índices dietéticos na avaliação da qualidade global da dieta. *Rev. Nut.* v. 16, n.3, p.347-355, 2003.
- COHEN, M. Towards a framework for women's health. *Patient Education and Counseling.* v. 33, p.187-196, 1998.
- COITINHO, D.; MONTEIRO, C.A.; POPKIN, B.M. What Brazil is doing to promote healthy diets and active lifestyles. *Public Health Nutrition.* v. 5, n. 1A, p. 263-267, 2002.
- COOK, R.J. Evolución de los derechos humanos internacionales relacionados con la salud de la mujer. In: R.J. COOK. *La salud de la mujer y los derechos humanos promoción y protección de la salud de la mujer en la legislación internacional sobre derechos humanos.* Washington: OPAS, 1994. p. 1-5.
- COSTA, A.M.; GUIMARÃES, M. do C.L. *Controle Social: uma questão de cidadania. Saúde é assunto para mulheres – Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.* 3 ed. São Paulo, 2002. 60p.
- DACHS, J.N.W.; SANTOS, A.P.R. dos. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. *Ciência & Saúde Coletiva.* v. 11, n. 4, p. 887-894, 2006.
- DACHS, J.N.W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciência & Saúde Coletiva.* v. 7, n. 4, p. 641-657, 2002.
- DEHOOG, S. Avaliação do Estado Nutricional. In: L. K. MAHAN, S. ESCOTT-STUMP. *Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia.* 9 ed. São Paulo: Roca, 1998. 371-395p.
- DOMENE, S.M.A. Indicadores nutricionais e políticas públicas. *Estudos Avançados.* v. 17, n. 48, p. 131-135, 2003.
- FISBERG, R.M.; SLATER, B.; MORIMOTO, J.M.; BUENO, M.B. Hábito Alimentar – Qualidade da dieta. In: C.L.G. CESAR, L. CARANDINA, M.C.G.P. ALVES, M.B. de A. BARROS, M. GOLDBAUM. *Saúde e condição de vida em São Paulo – Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo – ISA/SP.* São Paulo: USP/FSP, 2005a. 81-89p.
- FISBERG, R.M.; SLATER, B.; MARCHIONI, D.M.L.; MARTINI, L.A. Prefácio/Agradecimentos. In: R.M. FISBERG; B. SLATER; D.M.L. MARCHIONI; L.A. MARTINI. *Inquéritos Alimentares: métodos e bases científicas.* São Paulo: Manole, 2005b. XV-XVI p.
- FISBERG, R.M.; MARTINI, L.A.; SLATER, B. Métodos de Inquéritos Alimentares. In: R.M. Fisberg, B. Slater, D.M.L. Marchioni, L.A. Martini (org). *Inquéritos Alimentares: métodos e bases científicas.* São Paulo: Manole, 2005c. p. 1-31.

- FISBERG, R.M. & VILLAR, B.S. *Manual de Receitas e Medidas Caseiras para o Cálculo de Inquéritos Alimentares: manual elaborado para auxiliar o processamento de dados de inquéritos alimentares*. São Paulo: Signus, 2002. 67p.
- FUNDAÇÃO SEADE. Sistema Estadual de Análise de Dados. Pesquisa de Condições de Vida (PCV) [on line]. 1998. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/pcv/index.php>. [Acesso em 01/10/05].
- GARCIA, R.W.D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Rev. Nutr.* v. 16, n. 4, p. 483-492, 2003.
- GUIMARÃES, V.M.V.; CESAR, C.L.G. Atividade física. In: C.L.G. CESAR, L. CARANDINA, M.C.G.P. ALVES, M.B. de A. BARROS, M. GOLDBAUM. *Saúde e condição de vida em São Paulo – Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo – ISA/SP*. São Paulo: USP/FSP, 2005b. 91-101p.
- GOMES, A. L. C. *Indicador da Qualidade da Alimentação em Mulheres nos Diferentes Estratos Sociais*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação Interunidades em Nutrição Humana Aplicada – PRONUT, São Paulo, 2003. 62p.
- GOMES, K.R.O.; TANAKA, A.C. d’A. Morbidade referida e uso de serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, Município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública.* v. 37, n. 1, p.75-82, 2003.
- GOMES, V.B.; SIQUEIRA, K.S.; SICHIERI, R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública.* v. 17, n. 4, p. 969-976, 2001.
- HAINES, P.S.; SIEGA-RIZ, A.M.; POPKIN, B.M. The diet quality index revised: a measurement instrument for populations. *J. Am. Diet. Assoc.* v. 99, p. 697-704, 1999.
- IDLER, E.; BENYAMINI, Y. Self-rated and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health and Social Behavior.* v. 38, n. 1, p.21-37, 1997.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD)* [on line]. 2005. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2005/default.shtm>. [Acesso em 04/10/06].
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003. Análise da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos e do Estado Nutricional no Brasil: Brasil e Grandes Regiões*. Rio de Janeiro, 2004. 76p.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD)* [on line]. 2003. Disponível em http://www.ibge.gov.br/brasil_em_sintese. [Acesso em 01/10/05].
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de Padrão de Vida. Coordenação Geral de Comunicação Social*. Rio de Janeiro, 1998. 14p.
- KANT, A.K. Indexes of overall diet quality: a review. *J. Am. Diet. Assoc.* v. 96, p. 785-791, 1996.
- KENNEDY, E.; OHLS, J.; CARLSON, S.; FLEMING, K. The healthy eating index: design and applications. *J. Am. Diet. Assoc.* v. 95, p. 1103-1108.
- LAURENTI R.; JORGE, M.H.P. de M.; GOTLIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 10, n. 1, p.35-46, 2005.
- LAJOLO, F. M., MENEZES, E. W. de. Tabela Brasileira de Composição dos Alimentos – USP. Departamento de Alimentos e Nutrição Experimental, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo (USP). Disponível em <http://www.fcf.usp.br/tabela>. [Acesso em 20/07/05].
- LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A. de O. *SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento – O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. 255p.
- LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Condição de saúde. In: M.L. LEBRÃO, Y.A. de O. DUARTE. *SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. 75-91p.
- LEE, R.D.; NIEMAN, D.C. *Nutritional Assessment*. 3 ed. Boston: McGraw Hill, 2003. 574p.
- LEVY-COSTA, R.B., SICHIERI, R., PONTES, N. dos S., MONTEIRO, C.A. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Rev. Saúde Pública*. v. 39, n. 4, p.530-540, 2005.
- MACIEL, A.A. *A Procura por Cuidado de Saúde: O Papel das Crenças e Percepções de Mulheres na Vivência do Processo Saúde – Doença*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 1999, 183p.
- MACINTYRE, S.; FORD, G.; HUNT, K. Do women “over-report” morbidity? Men’s and women’s responses to structural promoting on a standard question on long standing illness. *Soc. Sci. Med.* v. 48, p. 89-98, 1999.

- MACKENBACH, J.P., BOS, J.V.D.; JOUNG, I.M.A.; MHEEN, H.V. DE; STRONKS, K. The Determinants of Excellent Health: Different from the Determinants of Ill-Health? *Inter J Epidemiol.* v. 23, n. 6, p. 1273-1281, 1994.
- MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP, S. Cuidado Nutricional na Doença Intestinal. In: L.K. MAHA, S. ESCOTT-STUMP. *Krause: Alimentos, Nutrição & Dietoterapia.* 9 ed. São Paulo: Roca, 1998. 629-655p.
- MANOR, O.; MATTHEWS, S.; POWER, C. Self-rated and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. *Int J Epidemiol.* v. 30, p.600-607, 2001.
- MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.R.; ARAÚJO, T.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L.; BRAGGION, G. Nível de atividade física da população do estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Rev. Bras. Ciên. e Mov.* v. 10, n. 4, p. 41-50, 2002.
- MATSUDO, S.; ARAÚJO, T.; MATSUDO, V.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E. OLIVEIRA, L.C.; BRAGGION, G. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de Validade e Reprodutibilidade no Brasil. *Rev. Bras. de Atividade Física e Saúde.* v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001.
- MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R.; BARROS NETO, T. L. de. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Rev. Bras. Ciên. e Mov.* v. 8, n. 4, p. 21-32, 2000.
- MATTOS, L.L. de.; MARTINS, I.S. Consumo de fibras alimentares em população adulta. *Rev. Saúde Pública.* v. 34, n. 1, p. 50-55, 2000.
- MEADOWS, L.M.; THURSTON, W.E.; BERENSON, C.A. Health Promotion and Preventive Measures: Interpreting Messages at Midlife. *Qualitative Health Research.* v. 11, n. 4, july, p. 450-463, 2001.
- MENDEZ, M.A.; MONTEIRO, C.A., POPKIN, B. M. Overweight exceeds underweight among women in most developing countries. *Am J Clin Nutr.* v. 81, p. 714-721, 2005.
- MENDONÇA, C.P.; ANJOS, L.A. dos. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* v. 20, n. 3, p. 698-709, 2004.
- MERTZ, H.; NALIBOFF, B.; MAYER, E.A. Symptoms and Physiology in Severe Chronic Constipation. *Am. J. Gastroenterol.* v. 94, n. 1, p. 131-138, 1999.
- MEYER, D.E.E. Saúde da Mulher: indagações sobre a produção do gênero. *O Mundo da Saúde.* v. 23, n. 2, p. 113-119, 1999.
- MICHELS, K.B.; WOLK, A. A prospective study of variety of healthy foods and mortality in women. *International Journal Epidemiology.* v. 31, p. 847-854, 2002.

- MONDINI, L.; MONTEIRO, C.A. Mudanças no Padrão de Alimentação. In: C.A. MONTEIRO. *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: HUCITEC-NUPENS/USP, 1995. 79-89p.
- MONTEIRO, C.A.; CONDE, W.L.; CASTRO, I.R.R. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). *Cad. Saúde Pública*. v. 19, suppl. 1, p. S67-S75, 2003.
- MONTEIRO, C.A.; CONDE, W.L.; POPKIN, B.M. Part I. What has happened in terms of some of the unique elements of shift in diet, activity, obesity, and other measures of morbidity and mortality within different regions of the World? *Public Health Nutrition*. v. 5, n. 1 A, p. 105-112, 2002.
- MONTEIRO, C.A.; CONDE, W.L.; POPKIN, B.M. Independent Effects of Education on the risk of Obesity in the Brazilian Adult Population. *J. Nutr.* v. 131, p. 881S-886S, 2001.
- MONTEIRO, C.A.; MONDINI, L.; COSTA, R.B.L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). *Rev. Saúde Pública*. v. 34, n.3, p. 251-258, 2000.
- OLIVEIRA, S.C.M. de; PINTO-NETO, A.M.; GÓES, J.R.N.; CONDE, D.M.; SANTOS-SÁ, D.; COSTA-PAIVA, L. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal em mulheres na pós-menopausa. *Arq Gastroenterol.* v. 42, n. 1, p. 24-29, 2005.
- OLIVEIRA, S.P. de; THÉBAUD-MONY, A. Estudo do Consumo Alimentar: em busca de uma abordagem multidisciplinar. *Rev. Saúde Pública*. v. 31, n. 2, p. 201-208, 1997.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A AGRICULTURA E ALIMENTAÇÃO (OPAS/OMS/FAO). *OPAS/OMS e FAO anunciam no Brasil estratégia para promover o consumo de frutas e verduras* [on line]. 2005. Disponível em http://portalweb02.saude.gov.br/saude/vvisualizar_texto.cfm?idtxt=17098. [Acesso em 19/08/05].
- PACHECO, M.T.B.; SGARBIERI, V.C. Fibra e doenças cardiovasculares. In: F. M. LAJOLO, F. SAURA-CALIXTO, E. W. de PENNA, E. W. de MENEZES. *Fibra Dietética em Iberoamérica: tecnologia y salud. Proyecto Cytel XI.6 – Obtención, caracterización, efecto fisiológico y aplicación en alimentos*. São Paulo: Varela, 2001. 385-397p.
- PEDRO, A.O.; PINTO-NETO, A.M.; COSTA-PAIVA, L.H.S. OSIS, M.J.D.; HARDY, E.E. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. *Rev. Saúde Publ.* v. 37, n. 6, p.735-742, 2003.
- PESSINI, L. A Saúde da Mulher. *O Mundo da Saúde*. v. 23, n. 2, p. 67-68, 1999.

- PHILLIPPI, S.T.; LATTERZA, A.R.; CRUZ, A.T.R.; RIBEIRO, L.C. Pirâmide Alimentar Adaptada: Guia para a escolha dos alimentos. *Rev. Nutr.* v. 12, n. 1, p. 65-80, 1999.
- PINHEIRO, A.R. de O.; GENTIL, P.C. A iniciativa de incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras (F, L e V) no Brasil: documento base. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. 1-25p.
- PINHEIRO, A.B.V.; LACERDA, E.M. de A.; BENZECRY, E.H.; GOMES, M.C. da S.; COSTA, V.M. da. *Tabela para Avaliação de Consumo Alimentar em Medidas Caseiras*. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2002. 81p.
- POPKIN, B.M. An overview on the nutrition transition and its health implications: the Bellagio meeting. *Public Health Nutr.* v. 5, n. 1 A, p. 93-103, 2002.
- POPKIN, B.M. The Nutrition Transition and Obesity in the Developing World. *J. Nutr.* v. 131, 871S-873S, 2001.
- POSSATTI, I.C. & DIAS, M.R. Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem-estar psicológico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. v. 15, n.2, p. 293-301, 2002.
- POTTER, J.D.; RIBOLI, E.; SCHATZKIN, A.; YATES, A.; YETLEY, E. Nutrition and Physical Activity and Chronic Disease Prevention: Research Strategies and Recommendations. *J. of the National Cancer Institute*. v. 96, n.17, p. 1276-1287, 2004.
- PRENTICE, R.L.; WILLET, W.C.; GREENWALD, P.; ALBERTS, D.; BERNSTEIN, L.; BOYD, N.F.; BYERS, T.; CLINTON, S.K.; FRASER, G.; FREEDMAN, L.; HUNTER, D.; KIPNIS, V.; KOLONEL, L. N.; KRISTAL, B.S.; KRISTAL, A.; LAMPE, J.W.; McTIERNAN, A.; MILNER, J.; PATTERSON R.E.; POTTER, J.D.; RIBOLI, E.; SCHATZKIN, A.; YATES, A.; YETLEY, E. Nutrition and Physical Activity and Chronic Disease Prevention: Research Strategies and Recommendations. *J. Natl. Cancer Inst.* v. 96, n. 17, p. 1276-1287, 2004.
- ROME, E. Food. In: *The New Our Bodies, Ourselves: updated and expanded for the 90's*. Chapter 2, p. 30-54, 1992.
- ROSS, E.; PRÄTTÄLÄ, R.; LABELMA, E.; KLEEMOLA, P.; PIETINEN, P. Modern and healthy?: Socioeconomic differences in the quality of diet. *Eur. J. Clin. Nutr.* v. 50, p. 753-760, 1996.
- SANTOS JÚNIOR, J.C.M dos. Constipação Intestinal. *Rev. Bras. Coloproct.* v. 25, n.1, p. 79-93, 2005.
- SANTOS JÚNIOR, J.C.M dos. Laxantes e purgativos – o paciente e a constipação intestinal. *Rev. Bras. Coloproct.* v. 23, n. 2, p.130-134, 2003.
- SANIOTO, S.M.L. Absorção intestinal. In: M. de M. AIRES. *Fisiologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 689-738p.

- SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O Conceito de Saúde. *Rev. Saúde Pública.* v. 31, n. 5, p.538-542, 1997.
- SILVA, L.F. da. Saúde das mulheres: o gênero, determinantes cultural de saúde. *Arquivos de Medicina.* v. 13, supl. 5, p. 31-34, 1999.
- SNEDECOR, G.W.; COCHRAN, W.G. Design and analysis of sampling. In: G.W. SNEDECOR, W. G. COCHRAN. *Statistical Methods.* 6 ed. New York: Ames: Iowa State University Press, 1967. 504-539p.
- THOMAS, P. R. Diretrizes para o Planejamento Dietético. In: L. K. MAHAN, S. ESCOTT-STUMP. *Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia.* 9 ed. São Paulo: Roca, 1998. 341-369p.
- TORUN, B.; CHEN, F. Desnutrição energético-proteíca. In: M.E. SHILS, J.A. OLSON, M. SHIKE, A.C. ROSS. *Tratado de Nutrição Moderna na Saúde e na Doença.* 9 ed. São Paulo: Manole, 2003. 1029-1055p.
- TRAMONTE, S.M.; BRAND, M.B.; MULROW, C.D.; AMATO, M.G.; O'KEEFE, M.E. RAMIREZ, G. The Treatment of Chronic Constipation in Adults: a systematic review. *J. Gen. Intern. Med.* v. 12, p.15-24.
- UNITED STATES DEPARTMENTE OF AGRICULTURE (USDA). Agricultural Research Service. *Report of the Dietary Guidelines Advisory Committee on the Dietary Guidelines for Americans.* Washington: USDA/Agriculture Research Service, 1995.
- VASCONCELLOS, M.T.L. de; PORTELA, M.C. Índice de Massa Corporal e sua relação com variáveis nutricionais e sócio-econômicas: um exemplo de uso de regressão linear para um grupo de adultos brasileiros. *Cad. Saúde Pública.* v. 17, n. 6, p. 1425-1436, 2001.
- VASCONCELOS, F. A. G. *Avaliação Nutricional de Coletividade: Textos de Apoio Didático.* UFSC: Santa Catarina, 1993. 146p.
- VISSCHER, T.L.S.; SEIDELL, J.C. The Public Health of Obesity. *Annu. Rev. Public. Health.* v. 22, p. 355-375, 2001.
- VUORI, I.M. Health benefits of physical activity with special reference to interaction with diet. *Public Health Nutrition.* v. 4, n. 2B, p.517-528, 2001.
- WILLET, W.C.; BUZZARD, M. Food and Nutrientes. In: W.C. WILLET. *Nutritional Epidemiology.* 2 ed. New York: Oxford University Press, 1998. 18-32p.
- WILLET, W.C. Diet and health: what should we eat? *Science.* v. 264, 532-537, 1994.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHA - *Global strategy on diet, physical activity and health.* Geneva, 2004. (Fifty-seventh WHA 57.17). 20p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Joint WHO/FAO. Expert Consultation on *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*. Geneva, 2003. (WHO Technical Report Series, 916). 149p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Joint WHO/FAO. Expert Consultation on *Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva, 2002. (WHO Technical Report Series, 814). 248p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Men ageing and health: achieving health across the life span*. Noncommunicable Disease and Mental Health Cluster. Geneva, 2001. 63p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Joint WHO/FAO. Report of a WHO Expert Committee on *Physical Status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva, 1995. (WHO Technical Report Series, 854). 452p.