

Caracterização do estado nutricional, condições socioeconômicas e alimentares de uma comunidade rural no Alto Vale do Jequitinhonha - MG

Characterization of nutritional status, social-economic and food intake conditions from a rural community of Alto Vale do Jequitinhonha/MG

Fabiana Rossi Hamacek¹
Luciana Neri Nobre¹

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o estado nutricional e as condições socioeconômicas e alimentares de famílias residentes na comunidade rural de Galheiros – MG.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal cujos dados foram coletados a partir da aplicação de um questionário semiestruturado, contendo informações pessoais e itens referentes às condições antropométricas, socioeconômicas, de infraestrutura e ao inquérito dietético da comunidade.

Resultados: Foram investigadas 28 famílias, totalizando 100 pessoas. Sobre a avaliação nutricional, todas as crianças apresentaram altura adequada para a idade, 5,0% apresentaram peso baixo para a idade e outros 5% apresentaram baixo índice de massa corporal para a idade. Entre os adolescentes, 15,8% apresentavam baixa estatura para a idade e 100% em eutrofia, segundo o índice de massa corporal. Entre os adultos e idosos, o sobrepeso esteve presente em 32,3% das mulheres e em 6,9% dos homens. Em relação à condição socioeconômica e de infraestrutura, 82,1% eram lavradores, mais da metade, 57,2%, possuíam renda mensal inferior a um salário mínimo, 53,7% recebiam algum benefício do governo e 82,9% viviam em casa de alvenaria incompleta. Na avaliação dietética diária, foi observado que 96,4% das famílias relataram consumir arroz e feijão, 32,1%, ingerir leite, 53,6%, consumir verduras e apenas 28,6%, consumir frutas.

Conclusão: Esta é uma comunidade com características da transição nutricional que vem ocorrendo no nosso país. O presente resultado demonstra que essa comunidade deve ser monitorada, sendo necessária a implementação de medidas que visem prevenir a ocorrência de novos casos de excesso de peso e, principalmente, que objetivem o alcance ou a manutenção de um adequado estado nutricional para as gerações futuras.

Palavras-chaves: Estado nutricional; Transição nutricional; Condição socioeconômica; Comunidade rural.

¹Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri-UFVJM, Diamantina-MG, Brasil.

Correspondência
Luciana Neri Nobre, Rua da Glória, 187,
Diamantina-MG. 39100-000, Brasil.,
lunerinobre@yahoo.com.br

Recebido em 17/fevereiro/2009
Aprovado em 19/maio/2009

ABSTRACT

Objective: To evaluate nutritional status, social-economic and food intake conditions of families from Galheiros/MG.

Methods: This was a cross-sectional study. All data were collected by means of a semi-structured questionnaire containing personal, socioeconomic conditions, infrastructure, dietary intake and anthropometric information from the community.

Results: Twenty-eight (28) families, totalizing 100 individual were investigated. All children had adequate height for their age, 5.0% had low weight for their age and the other 5.0% had low body mass index for their age. Among adolescents, 15.8% showed low height for their age and 100% had adequate body mass index for their age. Among adults and elderly, there was 32.3% of overweight among women and 6.9% among men. Regarding socioeconomic conditions and infrastructure, 82.1% were farmers, more than a half, 57.2%, had an income lower than the minimum salary and 53.7% of them received some benefit from the government and 82.9% lived in homes of incomplete masonry. The dietetic evaluation showed that 96.4% ate rice and beans, 32.1% drank milk, 53.6% ate vegetables and just 28.6% ate fruits.

Conclusion: This community shows characteristics of nutritional transition, which is occurring in our country, so it should be monitored. The implementation of measures to prevent overweight is necessary, so adequate nutritional status will be achieved for future generations.

Key words: Nutritional status; Nutritional transition; Socioeconomic condition; Rural community.

INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica que vem ocorrendo nos últimos anos é considerada uma transição de risco para a população. Ela é caracterizada pela redução da prevalência de doenças infecciosas e pelo aumento do número de casos de doenças crônicas, como obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e dislipidemias. Juntamente com a transição epidemiológica, observa-se a transição nutricional caracterizada por mudanças nos padrões antropométricos da população brasileira¹.

Segundo Filho e Rissin², somente a partir de 1975, o Brasil dispõe de inquéritos efetivamente representativos da situação nutricional no país. Dentre estes

inquéritos, citam-se: o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF)³, a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN)⁴, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS)^{5,6} e, mais recentemente, as Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF)^{7,8} e a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)^{9,10}. Quando realizados a cada década, possibilitam uma análise representativa e segura das tendências do cenário nutricional do país. Os resultados destas pesquisas mostram um declínio na ocorrência da desnutrição num ritmo acelerado e um aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade na população, o que define uma das características do processo de transição nutricional².

Este processo, embora atinja toda a população, difere conforme o gênero e o grupo socioeconômico considerado. A prevalência de obesidade tende a ser maior no gênero masculino pertencente a populações de renda mais elevada, enquanto que na população feminina a frequência do excesso de peso é expressiva nos estratos de menor renda¹¹.

Assim, a avaliação das características nutricionais de comunidades de baixa condição econômica ganha importância, uma vez que têm acontecido grandes mudanças no perfil nutricional da população brasileira e, entre as comunidades mais vulneráveis economicamente, tem-se também observado uma redução dos *déficits* nutricionais e aumento do excesso de peso¹².

Para o conhecimento e acompanhamento da situação nutricional de uma comunidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹³ cita que várias medidas podem ser utilizadas, tais como a antropometria, e essa é amplamente aplicada por ser sensível, rápida, barata e não invasiva, e estabelece ainda uma estimativa da prevalência e intensidade das alterações nutricionais.

Outra importante ferramenta no campo da nutrição, para se obterem informações do perfil nutricional de uma dada população, são os inquéritos de consumo alimentar. Esses podem ser utilizados para caracterizar qualitativa e quantitativamente a alimentação, que pode ser influenciada pelas condições socioeconômicas, culturais, religiosas e produtivas, as quais, ao longo do tempo, irão determinar as práticas alimentares de um indivíduo, assim como de uma comunidade¹⁴.

De acordo com Santos et al.¹⁵, após a determinação do estado nutricional de uma comunidade, da identificação da magnitude, do comportamento e das determinantes dos agravos nutricionais, pode-se identificar os grupos de risco para doenças crônicas como a obesidade, o diabetes *mellitus* e a hipertensão, para posterior aplicação de medidas de intervenção.

Tendo em vista os aspectos supracitados, é proposta deste trabalho conhecer o estado nutricional e as condições socioeconômicas e alimentares de famílias residentes na comunidade rural de Galheiros, localizado no Alto Vale do Jequitinhonha – MG.

MÉTODO

Estudo transversal descritivo, conduzido no período de outubro a novembro de 2006. A coleta dos dados ocorreu durante visitas realizadas, aos finais de semana, às residências de cada família da comunidade de Galheiros – MG.

Foram eleitas, para participarem dessa pesquisa, todas as famílias residentes em Galheiros, uma comunidade rural do município de Diamantina, localizada no Alto Vale do Jequitinhonha – MG, composta por 30 famílias. Portanto, trata-se de um censo. Essa comunidade apresenta características peculiares como o trabalho de coleta de flores “*sempre vivas*” (refere-se ao nome genérico das espécies da família *Eriocaulaceae* dado às inflorescências e escapos que, mesmo depois de colhidas, conservam a forma e a cor por um longo período de tempo) para confecção de artesanatos. As culturas possuem característica tipicamente agrofamiliar, sendo que o extrativismo da “*sempre viva*”, atualmente, apresenta um caráter predominantemente social, por absorver mão de obra em todas as operações, desde a colheita até a exportação, destacando-se como forma de geração de renda para as famílias em que se emprega mão de obra familiar. Destaca-se também a prática da agricultura familiar, sendo que esta é, em sua predominância, de subsistência.

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário semiestruturado adaptado de Galeazzi et al.¹³, contendo informações pessoais e itens referentes aos dados antropométricos, às condições socioeconômicas e de infraestrutura e, ainda, ao inquérito dietético da comunidade. A aplicação deste questionário ocorreu durante visitas realizadas nas residências das famílias da comunidade, nos finais de semana.

Para a avaliação do estado nutricional, obteve-se o peso e a estatura de todos os moradores das residências visitadas: crianças, com idade inferior a 10 anos⁷; adolescentes, com idade entre 10 e 19 anos⁷; adultos, entre 20 e 60 anos⁸; e idosos, igual ou superior a 60 anos¹⁶. Dos adultos também foi aferida a circunferência da cintura, visto que essa medida apresenta boa correlação com doenças cardiovasculares¹⁷.

A medida do peso foi obtida por meio de balança eletrônica portátil da marca Tanita®. A estatura dos voluntários maiores de dois anos foi obtida por meio de trena fixada em parede sem rodapé,

estando o indivíduo em posição ortostática. O comprimento dos menores de dois anos foi obtido por meio de infantômetro, estando a criança deitada em superfície plana. Para essas medidas, os voluntários se apresentavam com roupas leves e descalços. A circunferência da cintura foi aferida utilizando-se fita métrica inelástica dois dedos acima da cicatriz umbilical e, para a classificação dessa medida, utilizou-se como ponto de corte os adotados por Han et al.¹⁷.

A classificação do estado nutricional das crianças menores de 10 anos foi feita a partir dos índices peso por idade (P/I), estatura por idade (E/I) e índice de massa corporal por idade (IMC/I), sendo o índice peso por estatura (P/E) utilizado somente para os menores de 5 anos. Para os adolescentes foi utilizado os índices E/I e IMC/I. Para tal, foram calculados os valores de z-escores, de acordo com os padrões de referência da OMS^{18,19}, e utilizaram-se os critérios de classificação dessa mesma organização; sendo consideradas crianças com baixo peso (P/I, P/E, IMC/I) e baixa estatura (E/I), aquelas com valores de z-escores $\geq -3 < -2$. O ponto de corte $\geq +2$ foi usado para identificar excesso de peso (P/I, P/E, IMC/I). Para os adolescentes, valores de z-escores para IMC/I < -2 foram considerados como baixo IMC/I; z-escore $\geq +1$, sobrepeso e z-escores $\geq +2$, obesidade. O estado nutricional dos adultos e idosos foi avaliado pelo IMC, utilizando os critérios da WHO²⁰ e Lipschitz²¹, respectivamente.

As condições socioeconômicas e de infraestrutura foram avaliadas por meio da renda familiar, do tipo de construção das moradias e da forma de abastecimento de água e esgoto. Também foram obtidas informações sobre o recebimento de algum auxílio para alimentação e qual o tipo de ajuda recebida pelas famílias. O salário mínimo vigente no período da pesquisa era de R\$ 350,00.

O consumo diário de alimentos foi avaliado por meio de um questionário de frequência de consumo de grupos de alimentos, no qual as famílias relataram o consumo de carnes, leite e derivados, ovos, legumes, verduras, frutas, arroz e feijão¹⁴.

A coleta de dados para esta pesquisa foi realizada por discente do sétimo período do Curso de Nutrição da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. A análise descritiva dos dados foi feita com o uso do *software* Excel, versão 2007.

Esta pesquisa foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, e somente participaram do estudo as famílias que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou 28 famílias, o que correspondeu a 93,3% das famílias residentes na comunidade, as quais eram compostas, em média, por 3,57 indivíduos. Duas famílias não foram contatadas para participar desse estudo por dificuldades de acesso dos pesquisadores às suas residências.

As características das famílias estudadas, referentes aos parâmetros antropométricos, podem ser observadas na Tabela 1. Nota-se que a amostra estudada era composta por 100 indivíduos, sendo sua maioria formada por adultos, crianças e adolescentes.

O resultado da avaliação do estado nutricional das crianças e adolescentes pode ser observado pela Tabela 2. Não houve casos de baixo peso entre as crianças menores de cinco anos, segundo o índice P/E. Nos estudos desenvolvidos por Fisberg et al.¹², Ferreira et al.²² e Veiga e Burlandy²³, que avaliaram o estado nutricional de crianças pertencentes a comunidades de baixa renda, foi observado que essa situação esteve presente em 2,0%, 1,5% e 3,5%, respectivamente, da população estudada. Esse resultado pode ser devido a uma melhora, no atendimento à criança, do programa Estratégia de Saúde da Família, que tem exercido ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, assim como dos programas “Leite pela Vida” e o “Bolsa Família”, os quais têm beneficiado aproximadamente 50% das famílias residentes nesta comunidade.

Considerando o índice P/I, observou-se baixo peso em apenas uma criança (5%). No estudo de Veiga e Burlandy²³, em comunidade com características similares a deste estudo, foi observada uma prevalência de baixo peso de 2,9%. Já no estudo de Leite et al.²⁴, esse *déficit* esteve presente em 9,4% das crianças avaliadas. No entanto, nesta última pesquisa, o grupo estudado, apesar de ser rural, é indígena, e esses povos ainda não foram incluídos como segmentos específicos de análise nos grandes inquéritos nacionais citados anteriormente³⁻¹⁰.

Um achado relativamente comum dos inquéritos antropométricos realizados em comunidades indígenas é o de moderadas ou elevadas prevalências de *deficits* estaturais em crianças, em geral bastante superiores às médias nacionais²⁴⁻²⁶.

Tabela 1

Distribuição das características antropométricas dos moradores da comunidade rural de Galheiros/Alto Vale do Jequitinhonha – MG, 2006.

Parâmetros	Crianças (n=20)	Adolescentes (n=19)	Adultos (n=53)	Idosos (n=8)
	média±DP	média±DP	média±DP	média±DP
Idade	7,05 ± 2,41	14,84 ± 2,36	42,58 ± 11,02	69,62 ± 4,65
Peso	21,84 ± 6,31	43,81 ± 12,02	61,86 ± 12,73	61,72 ± 16,76
Altura	17,25 ± 15,47	152,61 ± 12,6	163,25 ± 11,83	159,58 ± 9,05
IMC	15,75 ± 1,66	18,4 ± 2,68	23,41 ± 5,59	23,68 ± 4,93
CC	-	-	81,21 ± 11,91	-

Segundo Blakely et al.²⁷, a ocorrência de desnutrição proteico-calórica tem como principais causas o ambiente social e econômico em que vive a criança e sua família, assim como as condições de saúde e nutrição na infância. Outros fatores também associados são as precárias condições de vida, comuns entre as famílias de baixa renda, e do limitado poder de compra, principalmente de alimentos, características essas presentes entre as famílias estudadas nesta pesquisa.

Para o índice E/I, observou-se adequação em 100% das crianças. Em estudo desenvolvido num assentamento rural por Ferreira et al.²², foi observada uma prevalência de baixa estatura em 39,8% da comunidade estudada. No entanto, é importante salientar que este estudo foi realizado no ano de 1995, num período no qual a prevalência de *deficits* nutricionais era ainda muito elevada no Brasil, e o assentamento estudado era localizado na Zona da Mata alagoana, local, ainda hoje, de baixo Índice de Desenvolvimento Humano. Já no estudo de Veiga e Burlandy²³, com crianças residentes em comunidades com características similares a desse estudo, a prevalência de baixa estatura foi de 4%.

Em relação ao estado nutricional dos adolescentes, observou-se que 100,0% do grupo se encontravam eutróficos, de acordo com o IMC/I. No estudo de Magalhães e Mendonça²⁸, a prevalência de sobrepeso e obesidade foi de 8,4% e 11,5% entre adolescentes nas regiões Nordeste e Sudeste, respectivamente. Em pesquisa com adolescentes de uma escola pública na cidade de São Paulo,

Albano e Souza²⁹ observaram uma prevalência de sobrepeso em 10,9% da amostra estudada. No entanto, é importante salientar que neste estudo o grupo avaliado foi urbano, e, possivelmente, o hábito alimentar desse grupo pode diferir do de uma população rural que tem menor disponibilidade de produtos industrializados e refinados. Outro fator que, provavelmente, difere nesses grupos é o nível de atividade física, já que em comunidade rural pode ser maior do que em urbana.

Tabela 2

Classificação do estado nutricional de crianças e adolescentes, segundo os índices P/E, P/I e E/I e IMC/I da comunidade rural de Galheiros/Alto Vale do Jequitinhonha – MG, 2006.

Índices Antropométricos	Crianças (n=20)		Adolescentes (n=19)	
	n	%	n	%
Peso/Estatura*				
Peso baixo para estatura	-	-	-	-
Peso adequado ou eutrófico	4,0	100,0	-	-
Peso elevado para estatura	-	-	-	-
Peso/Idade				
Peso muito baixo para idade	-	-	-	-
Peso baixo para idade	1,0	5,0	-	-
Peso adequado ou eutrófico	19,0	95,0	-	-
Peso elevado para idade	-	-	-	-
Estatura/Idade				
Baixa estatura para idade	-	-	3,0	15,8
Estatura adequada para idade	20,0	100,0	16,0	84,2
IMC/I**				
Baixo IMC para idade	1,0	5,0	-	-
IMC adequado ou eutrófico	19,0	95,0	19,0	100,0
Sobrepeso	-	-	-	-
Obesidade	-	-	-	-

* avaliada para os menores de cinco anos,
**IMC/I índice de massa corporal por idade.

Pelo índice E/I, 15,8% dos adolescentes apresentavam baixa estatura para idade. No estudo de Veiga e Burlandy²³, *deficit* estatural foi observado em 6,7% dos adolescentes. No entanto, em algumas pesquisas com adolescentes brasileiros, têm sido observada uma tendência de aumento de estatura, especialmente entre os do gênero masculino^{30,31,32}. Numa análise comparativa da estatura de adolescentes rurais e urbanos, a POF⁷ cita que a estatura de adolescentes urbanos é maior que a estatura dos rurais. *Deficit* na estatura pode estar relacionado a vários fatores, tais como herança genética, má alimentação e desnutrição crônica.

O resultado da avaliação do estado nutricional dos adultos e idosos (Tabela 3) mostra que a maior prevalência de sobrepeso e obesidade foi entre as mulheres. De acordo com os inquéritos

brasileiros citados anteriormente, a prevalência da desnutrição em crianças e adultos teve um declínio acelerado nas últimas décadas, enquanto o sobrepeso e a obesidade aumentaram na população brasileira, principalmente entre os adultos, fenômeno que é designado Transição Nutricional. Dados recentes da POF⁸ revelaram que cerca de 40% dos adultos, no Brasil, estão com excesso de peso e que 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres são obesos. Nas mulheres, a ocorrência mais elevada de excesso de peso é encontrada nos estratos de menor renda³³.

Tendência crescente de excesso de peso tem sido encontrada nos inquéritos citados anteriormente³⁻¹⁰. Pesquisas mais recentes (VIGITEL)^{9,10} mostram que as maiores frequências de adultos com excesso de peso (IMC \geq 25kg/m²) foram encontradas nas cidades do Rio de Janeiro (48,3%) e Curitiba (49,7%) e as menores, em São Luiz (34,1%) e Palmas (33,4%). Quando estudada a obesidade (IMC \geq 30kg/m²), observaram-se maiores prevalências nas cidades de João Pessoa (13,9%) e Macapá (16,1%) e menores em Belo Horizonte e São Luiz (8,7%) e Palmas (8,8%). O excesso de peso e obesidade em ambos os estudos mostrou tendência mais frequente em homens do que em mulheres, na maioria das capitais brasileiras.

Dados da PNDS 2006⁶ mostram que a prevalência de excesso de peso estimada para o conjunto das mulheres brasileiras entre 15 e 49 anos de idade foi de 43%, mais de dez vezes superior à prevalência de *déficits* de peso. Valores elevados foram encontrados em todas as regiões brasileiras, variando entre 41,3% na região Norte e 45,1%, na região Centro-Oeste. Prevalências ainda mais elevadas, em torno de 60%, foram encontradas a partir dos 40 anos de idade e entre mulheres com quatro ou mais filhos.

Esses resultados caracterizam a transição nutricional que vem ocorrendo no Brasil e que, segundo Filho e Rissin², tem sido encontrada nos estratos de renda mais baixa, situação essa que existia, apenas, em maior prevalência nas regiões mais ricas. É importante ressaltar que nas pesquisas VIGITEL^{9,10}, além de terem sido avaliadas apenas pessoas do meio urbano, não foi avaliada a condição econômica dos pesquisados. No entanto, como a variável “anos de educação” é uma próxima da renda, e essas pesquisas encontraram maiores prevalências de excesso de peso e obesidade entre os indivíduos com menores anos de escolaridade, 0-8 anos, pode-se inferir que o excesso de peso é mais prevalente entre os com menor renda.

Tabela 3

Classificação do estado nutricional, de acordo com o índice de massa corporal e gênero, dos adultos e idosos da comunidade rural de Galheiros/Alto Vale do Jequitinhonha – MG, 2006.

Classificação do Estado Nutricional	Gênero feminino (n=34)		Gênero masculino (n= 29)	
	n	%	n	%
Baixo peso	2,0	5,9	6,0	20,7
Adequado ou eutrófico	19,0	55,9	21,0	72,4
Sobrepeso	11,0	32,3	2,0	6,9
Obesidade	2,0	5,9	-	-

Sobre as condições socioeconômicas e de infraestrutura, 82,1% dos chefes das famílias são lavradores. A maioria das famílias (57,2%) possui renda mensal inferior a um salário mínimo e renda *per capita* inferior a ½ salário (85,7%). O IBGE³⁴ considera a renda *per capita* mensal inferior a ½ salário mínimo como parâmetro para definição da linha de pobreza. Tomando este valor como referência, pode-se observar que 85,7% das famílias viviam nesta condição, resultado similar ao encontrado no estudo de Pereira et al.³⁵, no qual 95,1% das famílias declararam ter renda *per capita* mensal inferior a ½ salário mínimo.

Em relação às condições de moradia, a maioria, 85,7%, tem casa de alvenaria incompleta, e grande parte das casas é abastecida com água de poço e o escoamento de resíduos é feito por meio de fossa (Tabela 4).

Quando questionadas sobre recebimento de algum auxílio para alimentação, 53,7% das famílias relataram receber algum tipo de benefício. Esse benefício adivinha em grande parte do Programa Bolsa Família, vinculado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, e de um Programa do Governo de Minas Gerais, o Leite pela Vida. Segundo Senna et al.³⁶, o Programa Bolsa Família difere de outros programas de transferência de renda, já que amplia seu público-alvo ao permitir o acesso ao benefício de famílias sem filhos, nutrizas ou gestantes. No entanto, isso acontece em casos restritos, haja vista que o acesso das famílias com essas características é somente permitido se estiverem em situação de extrema pobreza. E, nessa comunidade, todas as famílias que relataram receber esse benefício tinham filhos em idade escolar e possuíam renda inferior a um salário mínimo.

Tabela 4
 Perfil socioeconômico e de infraestrutura dos moradores da comunidade rural de Galheiros/Alto Vale do Jequitinhonha – MG, 2006.

Variáveis estudadas	Número de famílias n= 28	
	n	%
Profissão do chefe da família		
Lavrador	23,0	82,1
Outras*	5,0	17,9
Renda Familiar		
< 1 salário mínimo	16,0	57,2
≥ 1 salário mínimo	12,0	42,8
Renda per capita Familiar		
< ½ salário mínimo	24,0	85,7
≥ ½ salário mínimo	4,0	14,3
Recebia algum auxílio para alimentação no último mês		
Sim	15,0	53,6
Não	14,0	46,4
Tipo de auxílio recebido		
Leite	5,0	33,3
Leite + Bolsa Família	2,0	13,3
Bolsa Família	8,0	53,3
Tipo de construção de moradia		
Alvenaria completa	2,0	7,1
Alvenaria incompleta	26,0	82,9
Saneamento		
Fossa e poço	19,0	67,9
Outros**	9,0	32,1

*Aposentado, conservador de estrada, lavrador e arteção
 **fossa e água encanada e/ou esgoto e poço.

A frequência de consumo dos grupos de alimentos relatados pela comunidade pode ser observada na Tabela 5. Observa-se que a maior frequência de consumo diário foi para o arroz e feijão, seguido por carnes, legumes e verduras. O consumo diário de leite e derivados e frutas foi relatado por, aproximadamente, 30% das famílias. Na publicação da POF⁷, encontrou-se um consumo nas áreas rurais duas vezes maior de arroz e três vezes mais de feijão do que em áreas urbanas. Em relação ao leite e seus derivados, essa mesma publicação cita que a população urbana relatou consumir uma maior quantidade do que a população rural. Em comunidades rurais, estes produtos são provavelmente adquiridos de doações recebidas do governo federal e estadual. Nesta pesquisa foi observado que 35,7% das famílias recebiam o leite do governo estadual.

Um dado interessante é que a frequência de consumo “raramente” de leite e derivados, ovos e fru-

tas, foram relatados por 17,8%, 14,3% e 14,3% das famílias, respectivamente. Esse resultado sinaliza uma preocupação, especialmente porque 39% dessa comunidade são formadas de crianças e adolescentes, um grupo em fase de crescimento, e esses alimentos são excelentes fontes de cálcio, proteínas, vitaminas e minerais, todos nutrientes necessários para o adequado crescimento e desenvolvimento, além de evitarem doenças carenciais como anemia e hipovitaminose A.

Segundo estimativas globais da OMS³⁷, o insuficiente consumo de frutas e hortaliças (consumo per capita diário inferior a 400 gramas ou, aproximadamente, cinco porções diárias de frutas e hortaliças) é responsável, anualmente, por 2,7 milhões de mortes e, ainda, por 31% das doenças isquêmicas do coração, 11% das doenças cerebrovasculares e 19% dos cânceres gastrointestinais ocorridos em todo o mundo.

Na Pesquisa de Orçamento Familiar⁸, foi encontrado um efeito do rendimento familiar substancial sobre a maioria dos alimentos e grupos de alimentos consumidos pela população brasileira. Grupos de alimentos cuja participação na dieta tende a aumentar de forma uniforme com o nível de rendimentos familiares incluem as carnes, leite e derivados, frutas, verduras e legumes, bebidas alcoólicas, condimentos e refeições prontas. Grupos de alimentos com tendência inversa incluem feijões e raízes e tubérculos. A participação de cereais e derivados na dieta mostra-se relativamente constante até dois salários mínimos per capita e depois declina.

Tabela 5
 Frequência do consumo de grupos de alimentos das famílias da comunidade rural de Galheiros/Alto Vale do Jequitinhonha – MG, 2006.

Grupos de Alimentos	Frequência de Consumo											
	Não consome		Consome todos os dias		1 a 2 x/ semana		3 a 4 x/ semana		5 a 6 x/ semana		Raramente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Carnes	0,0	0,0	19,0	67,8	2,0	7,1	6,0	21,4	1,0	3,6	0,0	0,0
Leite e derivados	0,0	0,0	9,0	32,1	8,0	28,6	5,0	17,8	1,0	3,6	5,0	17,8
Ovos	1,0	3,6	3,0	10,7	8,0	28,6	6,0	21,4	6,0	21,4	4,0	14,3
Legumes	0,0	0,0	16,0	57,1	4,0	14,3	7,0	25,0	1,0	3,6	0,0	0,0
Verduras	0,0	0,0	15,0	53,6	3,0	10,7	7,0	25,0	3,0	10,7	0,0	0,0
Frutas	1,0	3,6	8,0	28,6	7,0	25,0	7,0	25,0	1,0	3,6	4,0	14,3
Arroz e feijão	1,0	3,6	27,0	96,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Segundo dados da VIGITEL¹⁰, levando em conta a população adulta do conjunto das cidades estudadas, verifica-se que o consumo regular de frutas tende a ser mais frequente no sexo feminino (55,2%) do que no sexo masculino (42,2%). Em ambos os sexos, o consumo regular de frutas tende a aumentar com a idade. Entre homens o consumo regular de frutas também aumenta com a escolaridade.

Quando avaliado o risco para doenças crônicas não transmissíveis pela medida de circunferência de cintura (CC), observou-se que 40% das mulheres apresentaram valores de CC igual ou superior a 80 cm. A CC tem sido apontada como melhor indicador para aferir a obesidade abdominal em comparação com a relação cintura quadril (RCQ), por ter melhor reprodutibilidade³⁸. A CC seria melhor indicadora da massa adiposa visceral, estando fortemente relacionada com as doenças cardiovasculares ateroscleróticas. Por outro lado, a RCQ, que contém a medida da região glútea com numerosos tecidos musculares, principais reguladores da sensibilidade à insulina sistêmica, seria mais fortemente associada à resistência à insulina³⁹.

Ao questionar a presença de alguma doença crônica já existente e em tratamento, tanto entre os adultos quanto entre os idosos, as mais citadas foram: a hipertensão arterial sistêmica, cuja prevalência foi de 23,8%, sendo 20,0% nos adultos (n=11) e 50% nos idosos (n=4); 9,5% de diabetes *mellitus*, sendo 5,5% nos adultos (n=3) e 37,5% nos idosos (n=3); 4,8% de hipercolesterolemia, sendo 5,5% nos adultos (n=3) e 0% nos idosos. No estudo de Matos e Ladeia⁴⁰, em uma comunidade rural da Bahia, foi encontrada uma prevalência de 4% para diabetes *mellitus* e de 36,5% de hipertensão arterial sistêmica. Segundo Sartorelli e Franco,⁴¹ o diabetes atinge aproximadamente 7,9% da população brasileira, sendo 6% em homens e 9,7% em mulheres. Em relação à hipertensão arterial sistêmica, num estudo de base populacional, no Rio Grande do Sul, Gus et al.⁴², encontraram que 33,7% da população estudada era hipertensa, sendo 34,15% entre as mulheres e 33,3% entre os homens. No entanto, é importante ressaltar que os autores dessas pesquisas não apresentam os resultados segundo o estágio de vida, mas, sim, os resultados totais⁴⁰ ou de acordo com o gênero^{41,42}. E outro fator que dificulta a comparação é que, nos dois últimos estudos, a amostra estudada é urbana.

É interessante observar que, entre os idosos, foi encontrada uma maior prevalência de diabetes e hipertensão, resultado que confirma os dados nacionais que mostram maior prevalência dessas doenças com o aumento da idade. De acordo com Monteiro et al.⁴³ e Popkin et al.⁴⁴, a elevada prevalência dessas doenças está relacionada também à modificação na composição da dieta, com aumento do consumo de gordura, açúcar e alimentos refinados em substituição aos carboidratos complexos e fibras.

Apesar de não ter sido possível realizar a avaliação laboratorial da comunidade, para verificar possíveis deficiências nutricionais, diagnosticar ou confirmar doenças crônicas relatadas por alguns moradores, assim como comparar nossos resultados apenas com pesquisas desenvolvidas com comunidades rurais, os resultados deste estudo evidenciam o que o Brasil vem vivenciando: mudanças no estado nutricional da população, ou seja, redução da prevalência de desnutrição e aumento do excesso de peso e de suas comorbidades. Esta situação está atingindo também populações rurais, como a deste estudo, mesmo sendo ela, em sua maioria, formada de famílias de baixo poder aquisitivo. Estudos desse tipo são importantes para que medidas preventivas e/ou de intervenções sejam planejadas e executadas pelo poder público, e essas devem ser sustentáveis e efetivas, para que possam resolver esse problema gerado por uma estrutura social desigual e complexa. Acima de tudo, essas medidas devem visar à prevenção de novos casos de excesso de peso e, principalmente, objetivar a adequação do estado nutricional para as gerações futuras.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira HS, Florêncio TMTM, Fragoso MAC, Melo FP, Silva TG. Hipertensão, obesidade abdominal e baixa estatura: aspectos da transição nutricional em uma comunidade favelada. *Rev Nutri.* 2005;18(2):209-218.
2. Filho BM, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais temporais. *Cad. Saúde Pública* 2003;19(Supl 1): p.S181-S191.
3. Ministério da Saúde. Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF). DF: Ministério da Saúde; 1974/1975.

4. INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição). Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição: Condições Nutricionais da População Brasileira: adultos e idosos. INAN: Brasília, 1991.
5. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1996. 182p.
6. Ministério da Saúde. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Relatório final. Brasília/DF, 2008.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de orçamentos familiares, 2002-2003 (POF): Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. 2004.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de orçamentos familiares, 2002-2003 (POF): análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil 2004.
9. Ministério da Saúde. VIGITELL Brasil 2006: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006. Estatística e Informação em Saúde. Brasília, DF, 2007. p.92
10. Ministério da Saúde. VIGITELL Brasil 2007: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2007. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília, DF, 2008. p.138
11. Almeida B, Ferreira SRG. A obesidade como epidemia: o que pode ser feito em termos de saúde pública? Einstein. 2006;(Supl 1):1-6.
12. Fisberg MR, Marchionio DML, Cardoso MRA. Estado Nutricional e fatores associados ao déficit de crescimento de crianças frequentadoras de creches públicas no estado de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2004;20(3):812-17.
13. World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Technical Report Series 854. Genebra: WHO; 1995.
14. Galeazzi MAM, Bonvino H, Lourenço F, Vianna RPT. Inquérito de Consumo Familiar de Alimentos - Metodologia para Identificação de Famílias de Risco Alimentar. Cad. Debate. 1996;4:32-46.
15. Santos RGC, Viana ML, Araújo RMA, Máffia U, Franceschini SCC. Atenção primária à saúde em comunidades rurais: impacto sobre o estado nutricional. XVIII Congresso Brasileiro de Nutrição. Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária. Belo Horizonte setembro de 2004.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso/ Ministério da Saúde. – 1. ed., 2.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
17. Han TS, van Leer EM, Seidell JC, Lean ME. Waist circumference action levels in the identification of cardiovascular risk factors: prevalence study in a random sample. Br Med J. 1995;311(7017): 1401-05.
18. World Health Organization (WHO). Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Genebra: WHO; 2006.
19. World Health Organization. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Genebra: WHO; 2007.
20. World Health Organization – WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: Report of a WHO Consultation on Obesity; 1998.
21. Lipschitz DA, Screening for nutritional status in the elderly, Primary Care. 1994, 21(1):55-67.
22. Ferreira HS, Albuquerque MFM, Ataíde TR, Moraes MGC, Mendes MCR, Siqueira TCA, et al. Estado nutricional de crianças menores de dez anos residentes em invasão do “Movimento dos Sem-Terra”, Porto Calvo, Alagoas. Cad. Saúde Pública. 1997;13(1):137-139.
23. Veiga VG, Burlandy L. Indicadores sócio-econômicos, demográficos e estado nutricional de crianças e adolescentes de uma assentamento rural do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública 2001;17(6):1465-1472.
24. Leite MS, Santos RV, Gugelmin SA, Coimbra CEAJ. Crescimento físico e perfil nutricional da população indígena Xavante de Sangradouro - Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. Cad. Saúde Pública 2006;22(2):265-276.

25. Santos RV. Crescimento físico e estado nutricional de populações indígenas brasileiras. *Cad. Saúde Pública*. 1993;9(Supl. 1):46-57.
26. Moraes MB, Fagundes Neto U, Mattos AP, Baruzzi RG. Estado nutricional de crianças índias do Alto Xingu em 1980 e 1992 e evolução pondero-estatural entre o primeiro e o quarto anos de vida. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(2):543-50.
27. Blakely T, Hales S, Kieft C, Wilson N, Woodward A. The global distribution of risk factors by poverty level. *Bull World Health Organ*. 2005;83(2):118-33.
28. Magalhães VC, Mendonça GAS. Prevalência e fatores associados a sobrepeso e obesidade em adolescentes de 15 a 19 anos das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, 1996 a 1997. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Supl 1):129-139.
29. Albano RD, Souza SB. Estado Nutricional de adolescente: “risco de sobrepeso” e “sobrepeso” em escola pública do Município de São Paulo. *Cad. Saúde Pública*. 2001;17(4):941-947.
30. Kac G. Tendência secular em estatura em recrutas da Marinha do Brasil nascidos entre 1940 e 1965. *Cad. Saúde Pública*. 1998;14(13):565-573.
31. Kac G. Secular trend in height in enlisted men and recruits from the Brazilian Navy born from 1970 to 1977. *Cad. Saúde Pública*. 1997;13(3):479-88.
32. França-Júnior IF, Silva GR, Monteiro CA. Tendência secular da altura na idade adulta de crianças nascidas na cidade de São Paulo entre 1950 e 1976. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(Supl 6): 102-7.
33. Monteiro CA, Conde WL. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 1999;43(3):186-94.
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Condições de Pobreza. [documento na Internet]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/glossário/pobreza.html>. Acesso em 30 março 2009.
35. Pereira DA, Vieira VL, Fiore EG, Cervato-Mancuso AM. Insegurança Alimentar em Região de Alta Vulnerabilidade Social da Cidade de São Paulo. *Segurança Alimentar e Nutricional*. 2006;13(2): 34-42.
36. Senna MCM, Burlandy L, Monnerat GL, Schottz V, Magalhães R. Programa Bolsa Família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira? *Rev Katál* 2007;10(1):86-94.
37. World Health Organization (WHO). World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO, 2002.
38. World Health Organization (WHO). Expert Committee on Hypertension Control. Cardiovascular Diseases. Geneva; 1994/ 2001.
39. Björntorp P. Body fat distribution , insulin resistance, and metabolic diseases. *Nutrition*. 1997; 13(9):795-803.
40. Matos AC, Ladeira AM. Avaliação de fatores de risco cardiovascular em uma comunidade rural da Bahia. *Arq Bras Cardiol*. 2003;81(3):291-6.
41. Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do diabetes *mellitus* no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(Supl. 1):S29-S36.
42. Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol*. 2004;83(5):424-428.
43. Monteiro CA, Mondini L, Costa R. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). *Rev Saúde Pública*. 2000;34(3):251-258.
44. Popkin BM. The Nutrition Transition and Obesity in the Developing World. *Journal of Nutrition*. 2001;871S-873S.
45. Este trabalho foi baseado no Trabalho de Conclusão de Curso em Nutrição intitulado “Caracterização do estado nutricional e condição socioeconômica de uma comunidade rural no alto Vale do Jequitinhonha – MG” da discente Fabiana Rossi Hamacek, defendido em 2008 e realizado pelo Departamento de Nutrição da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.