

Prevalência de excesso de peso e associação com outras variáveis em indivíduos adultos atendidos em unidade básica de saúde

Prevalence of weight excess and associated factors in adult subjects attending a basic healthcare unit

PAULO CÉSAR DA SILVA¹
DENISE ZAFFARI²

RESUMO

Objetivos: identificar a prevalência de excesso de peso e a sua associação com outras variáveis em indivíduos atendidos em Unidade Básica de Saúde em Nova Prata, RS.

Métodos: foi realizado um estudo transversal retrospectivo com dados secundários. A amostra foi do tipo não-probabilística e compreendeu a análise de prontuários de pacientes adultos atendidos no período de novembro de 2005 a novembro de 2006. Foram avaliadas as variáveis sexo, idade, peso, altura, escolaridade, morbidades e índice de massa corporal (IMC). Os referenciais do IMC para sobrepeso e obesidade foram 25,0 a 29,9 kg/m² e igual ou superior a 30 kg/m², respectivamente. Em indivíduos acima de 65 anos, o IMC para sobrepeso foi >27,0 kg/m². Os testes utilizados foram qui-quadrado ou exato de Fisher e análise multivariada com base no modelo teórico hierarquizado, sendo adotado um nível de significância de 5%.

Resultados: duzentos e cinco pacientes entre 20 e 69 anos foram atendidos na unidade dentro do período em estudo. A prevalência de excesso de peso (sobrepeso e obesidade) foi de 91,67%, sendo que em relação a esta variável não houve diferença significativa entre os sexos. Da mesma forma, as outras variáveis, estatisticamente, não mostraram associação com o

ABSTRACT

Aims: To identify the prevalence of weight excess and its associated factors in patients from a basic healthcare Unit from Nova Prata, Rio Grande do Sul, Brazil.

Methods: A cross-sectional study with secondary data was performed. The sample was a non probabilistic convenience sampling consisting in adult individuals, who were seen between November 2005 and November 2006. Data about age, gender, education, morbidity and body mass index (BMI) were taken from medical records. Overweight and obesity were defined as a BMI of 25.0-29.9 kg/m² and ≥ 30 kg/m², respectively. In subjects older than 65 years, overweight was defined as BMI >27,0 kg/m². Chi-square or Fisher exact tests and multivariate analysis with an hierarchized model were used for statistical analysis. The level of significance was 5%.

Results: Two hundred and five patients between 20 and 69 years-old were included. The prevalence of weight excess (overweight and obesity) was 91.67%, and for this variable, there was no significant difference between sexes. Also, the other variables did not show significant association with the outcome. The univariate analysis showed higher risk of weight excess for those who were married and had up to eight years of education. The higher prevalence of weight excess was found among 50-59 years-old individuals.

Conclusions: The prevalence of weight excess was high. Lack of adequate records and the small sample size

¹ Nutricionista. Especialista em Nutrição Clínica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS. Coordenador Municipal das Ações de Alimentação e Nutrição de Nova Prata/RS.

² Nutricionista. Mestre em Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Professora dos Cursos de Graduação em Nutrição e Pós-Graduação em Nutrição Clínica da UNISINOS.

desfecho. A análise bivariada evidenciou maior risco de excesso de peso entre os indivíduos casados e com até 8 anos de escolaridade. A maior prevalência de excesso de peso foi encontrada entre indivíduos com idade entre 50 e 59 anos.

Conclusões: a prevalência de excesso de peso foi elevada. A falta de registros adequados e o tamanho reduzido da amostra impossibilitaram a realização de associações significativas entre as variáveis e o desfecho. É necessário melhorar a padronização das informações nos prontuários e protocolos de nutrição das unidades básicas de saúde e realizar mais estudos para que possam ser estabelecidas melhores associações.

DESCRIPTORIOS: ÍNDICE DE MASSA CORPORAL; DOENÇA CRÔNICA; OBESIDADE; FATORES DE RISCO; SOBREPESO/epidemiologia; CENTROS DE SAÚDE; ESTUDOS TRANSVERSAIS; ESTUDOS RETROSPECTIVOS; ADULTO; IDOSO.

precluded significant associations between variables and outcome. In order to make better associations, it is necessary to improve the standardization of data in the medical and nutritional charts of the basic healthcare units and further studies are required.

KEY WORDS: BODY MASS INDEX; CHRONIC DISEASE; OBESITY; RISK FACTORS; OVERWEIGHT/epidemiology; HEALTH CENTERS; CROSS-SECTIONAL STUDIES; RETROSPECTIVE STUDIES; ADULT; AGED.

INTRODUÇÃO

A obesidade pode ser definida, resumidamente, como o grau de armazenamento de gordura no organismo associado a riscos para a saúde, devido à sua relação com várias complicações metabólicas.¹ A base da doença é o processo indesejável do balanço energético positivo, resultando em ganho de peso.² As tendências de transição nutricional neste século direcionam o consumo de alimentos para uma dieta mais ocidentalizada que, aliada à diminuição progressiva da atividade física, converge para o aumento no número de casos de obesidade em todo o mundo.³

Há evidências de que as prevalências de sobrepeso e obesidade vêm aumentando nos países desenvolvidos e nos emergentes, atingindo níveis considerados epidêmicos.^{4,5} Pesquisas mostram que 12,7% das mulheres e 8,8% dos homens adultos brasileiros são obesos, sendo esta prevalência mais alta nas regiões Sul e Sudeste do país.⁶

A obesidade é gerada por uma interação entre fatores genéticos, culturais e familiares, sendo que existe uma clara tendência entre membros de uma família a ter um Índice de Massa Corporal (IMC) similar.^{7,8} Além do grau do excesso de gordura, a sua distribuição regional no corpo interfere nos riscos associados ao excesso de peso. O excesso de gordura abdominal representa maior risco do que o excesso de gordura corporal por si só. A obesidade central é facilmente avaliada através da circunferência da cintura e tem sido associada com cada um dos outros componentes da síndrome metabólica.⁹⁻¹¹

A obesidade é um dos fatores de risco mais importantes para outras doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as cardiovasculares e o diabetes.² As modificações do estilo de vida dos indivíduos podem prevenir complicações como diabetes, hipertensão, dislipidemias, câncer e outras situações clínicas indesejáveis.¹²

Além das consequências para a saúde, o excesso de peso também acarreta efeitos socioeconômicos substanciais. Considerando todos estes aspectos, o conhecimento dos índices de sobrepeso e obesidade é fundamental para consolidar medidas eficazes em relação à prevenção e intervenção, inclusive das doenças associadas. Desta forma, o objetivo geral deste estudo foi identificar a prevalência de excesso de peso e verificar a sua associação com outras variáveis, em indivíduos adultos.

MÉTODOS

Neste estudo transversal, por amostragem de conveniência, os dados foram obtidos retrospectivamente de prontuários de indivíduos com idades entre 20 e 69 anos, atendidos na Unidade Básica de Saúde Central de Nova Prata/RS, no período de novembro de 2005 a novembro de 2006. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos e foram respeitados todos os princípios éticos de pesquisa em seres humanos.

As anamneses e diagnósticos nutricionais contidos nos prontuários foram realizados durante os atendimentos de rotina, por nutricionistas do Serviço de Nutrição da Secretaria Municipal de Saúde. As anamneses médicas, diagnósticos

clínicos, interpretações de exames laboratoriais e prescrições de tratamentos foram realizados por médicos da Unidade Básica de Saúde Central e dos Programas de Saúde da Família. Dados socioeconômicos, demográficos, antropométricos e comorbidades associadas ao excesso de peso também foram obtidos desses prontuários.

Para identificar e avaliar os indicadores antropométricos foram utilizados os dados referentes ao peso atual, peso ideal, altura e IMC. O sobrepeso e a obesidade foram definidos com base no IMC que é obtido pela divisão do peso (em quilogramas) pela altura (em metros) elevada ao quadrado. De acordo com a classificação proposta pela Organização Mundial de Saúde,⁹ foram classificados como obesos os indivíduos com até 65 anos que apresentaram IMC igual ou superior a 30 kg/m² e com sobrepeso aqueles com IMC entre 25 e 29,9 kg/m². Para os indivíduos com mais de 65 anos foi utilizada a classificação do IMC proposta por Lipschitz,¹³ que recomenda como limite aceitável para esse grupo etário IMC entre 24 e 29 kg/m², sendo os pontos de corte para baixo peso e sobrepeso, respectivamente, IMC abaixo de 22 kg/m² e acima de 27 kg/m².

A idade (em anos completos) foi categorizada em cinco faixas etárias (20-29, 30-39, 40-49, 50-59 e ≥ 60 anos). A escolaridade (em anos completos cursados na escola) foi categorizada em dois grupos (até 8 anos e menos de 8 anos). Em razão de alguns prontuários não conterem a informação do número total de anos estudados, convencionou-se 15 e 13 anos de estudo para nível superior completo e incompleto, respectivamente.

Os dados ocupacionais foram baseados na Classificação Brasileira de Ocupações proposta pelo Ministério do Trabalho e Emprego.¹⁴ Essa classificação é composta de 10 grandes grupos, numerados de 0 a 9, agregados por nível de competência e similaridade nas atividades executadas. As ocupações encontradas foram agrupadas de acordo com as profissões relatadas pelos entrevistados. Para adequar a situação daqueles indivíduos que não tinham uma atividade ocupacional, esta tabela foi adaptada, criando-se um novo grupo denominado "sem ocupação". Em razão da análise estatística, a variável foi categorizada em 4 grupos (sem ocupação registrada - outras profissões - trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados - trabalhadores da produção de bens e serviços industriais).

As doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, incluindo hipercolesterolemia

isolada, hipertrigliceridemia isolada, hiperlipidemia mista e baixo nível de colesterol HDL (*high density lipoproteins*), foram classificadas de acordo com as diretrizes brasileiras para diabetes, hipertensão arterial, dislipidemias e prevenção da aterosclerose.¹⁵⁻¹⁷

Em função da ausência de alguns dados referentes ao diagnóstico, foi necessário categorizar as doenças crônicas não transmissíveis para fins estatísticos. Assim, os diagnósticos foram considerados como "diagnóstico médico definido" (aqueles baseados nos prontuários onde constava o diagnóstico médico da doença); "diagnóstico médico não definido ou ignorado" (prontuários que não apresentaram nenhum dado em relação ao diagnóstico da doença ou apresentaram, na avaliação clínico nutricional e bioquímica, valores pressóricos, lipídicos e glicêmicos alterados, mas sem o diagnóstico registrado no prontuário) ou "livres de doença" (indivíduos sem diagnóstico de doença e sem alterações clínico-nutricionais ou bioquímicas).

A entrada de dados foi feita no programa Epi Info (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos) duas vezes, como forma de permitir validação das informações e correção de possíveis inconsistências. As análises foram realizadas utilizando-se os programas SPSS (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) e STATA (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos). Inicialmente foi demonstrada a análise descritiva das variáveis. A associação entre excesso de peso e variáveis socioeconômicas, entre os homens e as mulheres, foi realizada através da razão de prevalência (RP), intervalos de confiança (IC) e teste do qui-quadrado ou exato de Fisher.

Para controlar possíveis fatores de confusão, principalmente aqueles relacionados a perdas, realizou-se a análise multivariada com base no modelo teórico de análise hierarquizada, composta de três níveis: variáveis sociais (escolaridade, ocupação); demográficas (sexo, idade, situação conjugal); patológicas (diabetes, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hiperlipidemia) e desfecho (excesso de peso). Foram incluídas as variáveis descritas em cada nível e as do nível superior.

RESULTADOS

No período de estudo, 205 pacientes com idade entre 20 e 69 anos foram atendidos na unidade de saúde. Alguns pacientes, por não terem determinadas informações registradas

no prontuário, foram excluídos do estudo. Em relação ao IMC, foi excluído um indivíduo; na escolaridade, três prontuários não continham o dado. Adicionalmente, alguns prontuários não continham informações suficientes para confirmar ou excluir os diagnósticos de diabetes mellitus em 95 casos; hipertensão arterial sistêmica em 89 casos; hipercolesterolemia em 143 casos; e hipertrigliceridemia em 126 casos. Entre as variáveis demográficas, de forma geral, houve uma taxa de resposta bem próxima de 100%, entretanto, com relação às doenças investigadas, houve vários valores ignorados por falta de registro. Em relação às medidas antropométricas, uma anamnese não apresentava informações. Assim, os resultados apresentados referem-se a 204 sujeitos, 167 mulheres e 37 homens. A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra.

A média geral de IMC foi 32,95 kg/m² (IC 95% 32,04-33,85). Cento e oitenta e sete (91,67%) sujeitos da amostra foram classificados como apresentando excesso de peso (sobrepeso ou obesidade), sendo 51 (25%) com sobrepeso, 107 (52,45%) com obesidade e 29 (14,22%) com obesidade mórbida. Somando-se obesidade com obesidade mórbida encontramos 66,67% de obesos. Ao examinarmos o IMC em relação ao sexo, observamos que a obesidade foi mais prevalente nos homens (56,76%). Na faixa etária de

30 a 39 anos, independente do sexo, encontramos a maior ocorrência de obesidade. Quando a análise envolveu sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida, a maior prevalência foi encontrada entre indivíduos com idade entre 50 e 59 anos (96,72%). A idade foi dividida em cinco categorias, tendo os indivíduos em média 43,6 anos de idade (IC 95% 41,87-45,37). Não foi detectado neste estudo um aumento linear da prevalência de excesso de peso conforme o aumento da idade. As faixas etárias com maior prevalência de excesso de peso foram as de 50 a 59 anos e de 30 a 39 anos (96,72% e 94,87%, respectivamente), sendo que entre indivíduos de ambos os sexos, com idade superior a 60 anos, ocorreu um aumento na prevalência de eutrofia, apresentando-se o avançar da idade, como um fator protetor quando comparado a idades menores (RP 0,24; IC_{95%} 0,04-1,35) (Tabela 2)

A Tabela 3 apresenta a prevalência e a razão de prevalência bruta para excesso de peso, de acordo com as variáveis demográficas, sociais e de ocupação profissional.

Com relação à situação conjugal, 76,10% dos indivíduos eram casados ou viviam em união estável. A análise bruta evidenciou maior risco de excesso de peso entre os indivíduos casados, com um risco 14% maior que os solteiros de ter excesso de peso em todas as idades (RP 0,86; IC 95% 0,75-0,98).

TABELA 1 – Descrição da amostra por sexo dos indivíduos atendidos e com registro em prontuários da UBS Central de Nova Prata/RS de acordo com variáveis demográficas, sociais e ocupacionais.

Variável	Geral		Mulheres		Homens	
	n	%	n	%	n	%
Total	205		168	81,95	37	18,05
Classificação de acordo com o IMC*						
Excesso de peso	187	91,67	153	91,62	34	91,89
Eutrofia	17	8,33	14	8,38	3	8,11
Idade †						
20 – 29 anos	37	18,05	37	22,02	0	0,00
30 – 39 anos	39	19,02	31	18,45	8	21,62
40 – 49 anos	46	22,44	35	20,83	11	29,73
50 – 59 anos	61	29,76	49	29,17	12	32,43
≥ 60 anos	22	10,73	16	9,52	6	16,22
Situação conjugal						
Sem companheiro (a)	49	23,90	40	23,81	9	24,32
Com companheiro (a)	156	76,10	128	76,19	28	75,68
Escolaridade ‡						
Até 8 anos de estudo	137	67,82	108	65,45	29	78,38
Acima de 8 anos de estudo	65	32,18	57	34,55	8	21,62
Ocupação §						
Sem ocupação registrada	103	50,24	92	54,76	11	29,73
Outras profissões	43	20,98	30	17,86	13	35,14
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	38	18,54	35	20,83	3	8,11
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	21	10,24	11	6,55	10	2,03

* IMC: Índice de Massa Corporal – média: 32,95 kg/m² (IC95%: 32,04-33,85).

† Idade – média: 43,61 anos (IC95%: 41,87-45,37).

‡ Escolaridade – média: 7,03 anos de estudo.

§ Categorized de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações.

O número máximo de valores ignorados foi de 4 (1 relacionado ao IMC e 3 relacionados à escolaridade).

TABELA 2 – Estratificação do perfil nutricional segundo o IMC, a idade e o sexo de indivíduos adultos atendidos na Unidade Básica de Saúde Central de Nova Prata/RS.

Classificação de acordo com o IMC	Geral		Sexo (%)		Idade (%)				
	n	%	M	F	20-29	30-39	40-49	50-59	≥60
Eutrofia	17	8,33	8,38	8,11	19,44	5,13	6,52	3,28	13,64
Sobrepeso	51	25,00	24,32	25,15	27,78	23,08	26,09	27,87	13,64
Obesidade	107	52,45	56,76	51,50	41,67	58,97	56,52	50,82	54,55
Obesidade mórbida	29	14,22	10,81	14,97	11,11	12,82	10,87	18,03	18,18

IMC = índice de massa corporal; M = Masculino; F = Feminino

TABELA 3 – Prevalência e razão de prevalência bruta para excesso de peso em indivíduos atendidos na Unidade Básica de Saúde Central de Nova Prata/RS, de acordo com as variáveis demográficas, sociais e de ocupação profissional.

Variável	Excesso de Peso		Excesso de Peso	Valor p
	n	%	RP (IC)*	
Total	187	91,67		
Sexo				0,95 †
Feminino	153	91,62	1	
Masculino	34	91,89	0,99 (0,89; 1,10)	
Idade				0,202 ‡
20 – 29 anos	29	80,56	1	
30 – 39 anos	37	94,87	1,17 (0,98; 1,40)	
40 – 49 anos	43	93,48	1,16 (0,97; 1,38)	
50 – 59 anos	59	96,72	0,47 (0,10; 2,18)	
≥ 60 anos	19	86,36	0,24 (0,04; 1,35)	
Situação conjugal				0,03 †
Sem companheiro (a)	40	81,63	1	
Com companheiro (a)	147	94,84	0,86 (0,75; 0,98)	
Escolaridade				0,44 †
Até 8 anos de estudo	126	91,97	1	
Acima de 8 anos de estudo	58	89,23	0,96 (0,87; 1,06)	
Ocupação				0,22 ‡
Sem ocupação registrada	91	88,35	1,04 (0,94; 1,15)	
Outras ocupações	40	93,02	1	
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	37	97,37	0,95 (0,86; 1,06)	
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	19	90,48	0,97 (0,82; 1,14)	
Diabetes mellitus				0,6 ‡
Livre da doença ∞	37	90,24	1	
Diagnóstico ignorado □	65	94,20	1,04 (0,92; 1,17)	
Diagnóstico definido †	85	90,43	1 (0,88; 1,13)	
Hipertensão arterial sistêmica				0,41 ‡
Livre da doença ∞	67	94,37	1	
Diagnóstico ignorado □	42	93,33	0,98 (0,89; 1,08)	
Diagnóstico definido †	78	88,64	0,93 (0,85; 1,03)	
Hipercolesterolemia				0,52 ‡
Livre da doença ∞	4	66,67	1	
Diagnóstico ignorado □	52	92,86	1,39 (0,78; 2,46)	
Diagnóstico definido †	131	92,25	1,38 (0,78; 2,44)	
Hipertrigliceridemia				0,49 ‡
Livre da doença ∞	32	94,12	0,92 (0,79; 1,06)	
Diagnóstico ignorado □	39	86,67	0,98 (0,84; 1,08)	
Diagnóstico definido †	116	92,80	1	
Hiperlipidemia				0,69 ‡
Livre da doença ∞	6	85,71	1	
Diagnóstico ignorado □	54	90	1,05 (0,76; 1,43)	
Diagnóstico definido †	127	92,7	1,08 (0,79; 1,46)	

* RP: Razão de Prevalência. IC: Intervalo de Confiança de 95%.

† Teste de qui-quadrado para heterogeneidade de proporções.

‡ Teste de qui-quadrado para tendência linear.

∞ Diagnóstico definido: diagnóstico clínico definido pelo médico.

□ Diagnóstico ignorado: sem diagnóstico clínico definido pelo médico.

∞ Livre da doença: indivíduos sem alterações clínico nutricionais e bioquímicas.

A amostra apresentou alta prevalência de indivíduos sem ocupação, totalizando 103 (50,24%), dos quais a maioria foi composta por mulheres (54,76%). Esta categoria inclui aquelas pessoas que referem não estar trabalhando (desempregados, beneficiários do Instituto Nacional de Seguridade Social, estudantes, aposentados e do lar). Na categoria “outras profissões” foram reunidos outros grupos de ocupações (cargos superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas, profissionais das ciências e das artes, técnicos de nível médio, trabalhadores de serviços administrativos, trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca, trabalhadores de manutenção e reparação), por estarem compostos por um número reduzido de pessoas. Esta categoria foi composta por 43 indivíduos, dos quais 93,02% apresentavam excesso de peso.

A média geral de anos de estudo foi 7,03 anos. A maioria dos indivíduos pertencia à categoria com até oito anos de estudo, sendo que a prevalência de excesso de peso foi maior nesse grupo (91,97%). Observou-se que mulheres tendem a ter maior escolaridade do que os homens, diferença representada por uma vantagem de 13%.

Com relação às doenças associadas, verificou-se que entre indivíduos não portadores de diabetes, 90,24% deles apresentaram excesso de peso. Da mesma forma, 90,53% dos indivíduos com diagnóstico de diabetes definido pelo médico apresentaram excesso de peso, não representando diferença estatisticamente significativa. Situação semelhante ocorreu com relação à hipertensão arterial e à hipertrigliceridemia. A Tabela 4 apresenta a descrição da amostra por classificação do IMC, de acordo com as doenças associadas.

Na análise ajustada (Tabela 5), observou-se que com relação à escolaridade e ocupação, os resultados se mantiveram praticamente inalterados. Sendo assim, não encontramos associação entre excesso de peso e as variáveis escolaridade e ocupação. No segundo nível, foram incluídas as variáveis demográficas e a situação conjugal, verificando-se que, mesmo na análise ajustada para variáveis sociais e demográficas, o fato de ter companheiro (a) representou um risco de ter excesso de peso ($p=0,05$), embora tenha perdido a força de associação. As variáveis explanatórias, referentes às doenças associadas, não apresentaram alterações importantes em sua significância estatística ou no efeito de risco ou proteção.

TABELA 4 – Descrição da amostra por classificação do IMC de acordo com as doenças associadas em indivíduos adultos atendidos na Unidade Básica de Saúde Central de Nova Prata/RS.

Variável	p	Geral		Excesso de peso		Peso adequado	
		n	%	n	%	n	%
Total		205	100	187	91,67	17	8,33
Diabetes mellitus	0,644						
Diagnóstico definido		95	46,34	86	90,53	9	9,47
Livre da doença		41	20	37	90,24	4	9,76
Diagnóstico ignorado		69	33,66	65	94,20	4	5,80
Hipertensão arterial sistêmica	0,387						
Diagnóstico definido		71	34,63	67	94,37	4	5,63
Livre da doença		45	21,95	42	93,33	3	6,67
Diagnóstico ignorado		89	43,41	79	88,76	10	11,24
Hipercolesterolemia	0,079						
Diagnóstico definido		6	2,93	4	66,67	2	33,33
Livre da doença		56	27,32	52	92,86	4	7,14
Diagnóstico ignorado		143	69,76	132	92,31	11	7,69
Hipertrigliceridemia	0,377						
Diagnóstico definido		34	16,59	32	94,12	2	5,88
Livre da doença		45	21,95	39	86,67	6	13,33
Diagnóstico ignorado		126	61,46	117	92,86	9	7,14
Hiperlipidemia	0,693						
Diagnóstico definido		7	3,41	6	85,71	1	14,29
Livre da doença		60	29,27	54	90	6	10
Diagnóstico ignorado		138	67,32	128	92,75	10	7,25

TABELA 5 – Análise ajustada do excesso de peso em prontuários de indivíduos adultos atendidos na Unidade Básica de Saúde Central de Nova Prata/RS.

Nível [∞]	Variável	RP (IC 95%) [*]	Valor p [‡]
1	Escolaridade		0,31 [†]
	Até 8 anos de estudo		
	Acima de 8 anos de estudo	0,94 (0,85;1,05)	
	Ocupação		0,22 [‡]
	Sem ocupação registrada	0,94 (0,84;1,05)	
	Outras profissões	1	
	Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	1,03 (0,93;1,14)	
	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	0,95 (0,93;1,14)	
2	Sexo		0,625 [†]
	Feminino	1	
	Masculino	1,02 (0,92;1,14)	
	Idade		0,39 [‡]
	20 – 29 anos	1	
	30 – 39 anos	1,16 (0,97;1,38)	
	40 – 49 anos	1,15 (0,96;1,38)	
	50 – 59 anos	1,14 (0,98;1,33)	
	≥ 60 anos	1,05 (0,84;1,32)	
	Situação conjugal		0,05 [†]
	Sem companheiro(a)	1	
	Com companheiro(a)	0,87 (0,76;1,00)	
3	Diabetes mellitus		0,32 [†]
	Diagnóstico definido	1	
	Livre da doença	1,03 (0,90;1,18)	
	Diagnóstico ignorado	1,01 (0,89;1,16)	
	Hipertensão arterial sistêmica		
	Diagnóstico definido	1	
	Livre da doença	0,97 (0,88; 1,08)	
	Diagnóstico ignorado	0,93 (0,82; 1,05)	
	Hipercolesterolemia		
	Diagnóstico definido	1	
	Livre da doença	1,53 (0,87;2,63)	
	Diagnóstico ignorado	1,37 (0,81;2,33)	
	Hipertrigliceridemia		
	Diagnóstico definido	1	
	Livre da doença	1,97 (0,84;1,12)	
	Diagnóstico ignorado	1,03 (0,90;1,18)	
	Hiperlipidemia		
	Diagnóstico definido	1	
Livre da doença	1,12 (0,84;1,48)		
Diagnóstico ignorado	1,28 (0,85;1,93)		

[∞] Nível de análise hierarquizada. Todas as variáveis estão controladas para as variáveis do mesmo nível e do nível superior.

^{*} Razão de Prevalência e Intervalo de Confiança de 95%.

[‡] Devido ao número amostral ser reduzido, todas as variáveis foram mantidas na análise multivariável.

[†] Teste de chi-quadrado para heterogeneidade de proporções.

[‡] Teste de chi-quadrado para tendência linear.

DISCUSSÃO

A importância de avaliar a prevalência de obesidade reside principalmente na relação desta com maior morbi-mortalidade.¹⁸ Utilizando-se os critérios de diagnóstico da Organização Mundial da Saúde,⁹ encontramos a prevalência de obesidade (incluindo obesidade mórbida) de 66,67%, e a de excesso de peso de 91,67%, não havendo diferença significativa do percentual

entre homens e mulheres. Esta prevalência mostrou-se muito elevada quando comparada à média nacional oficial que é de 8%.¹⁹ Outros estudos brasileiros com características semelhantes também revelaram prevalências elevadas de obesidade, como Gus et al.²⁰ no Rio Grande do Sul, com 18,6% e Cervato et al.²¹ em São Paulo, com 38%. Em Pelotas/RS, Gigante et al.²² encontraram 21% de obesos. O estudo de Teichmann et al.²³ apontou uma prevalência de sobrepeso e

obesidade nas mulheres de São Leopoldo/RS, de 31,7% (IC 95% 28,9-34,7) e 18% (IC 95% 15,8-20,6), respectivamente. Sheikh-Ismail et al,²⁴ nos Emirados Árabes, encontraram prevalências semelhantes de sobrepeso e obesidade (27% e 16%, respectivamente) em mulheres.

Baseado em pesquisas feitas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, um mapeamento inédito sobre a situação nutricional do país mostrou que no Rio Grande do Sul 48,3% das mulheres tinham excesso de peso e 18,5% delas estavam obesas, e 49% dos homens tinham excesso de peso. Entre os homens, o Estado empatou com São Paulo e perdeu para Amapá no que diz respeito à obesidade. No total, 11,3% dos gaúchos estavam obesos.⁵

Os dados obtidos neste estudo deverão ser interpretados levando-se em consideração as características da população estudada, restrita a uma clientela de pacientes adultos de ambulatório, com demanda espontânea e abrangendo diferentes níveis sociais. Tendo sido estudadas apenas as pessoas que procuraram auxílio ambulatorial, estas inferências não podem ser extrapoladas para todos os indivíduos de uma população. É possível que tenha havido um viés de seleção pelo fato de tratar-se de uma clientela específica, sendo que alguns podem ter procurado o serviço por estarem acima do peso ideal, elevando os índices de excesso de peso encontrados.

De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2002/2003), o excesso de peso tende a aumentar com a idade.⁵ Souza et al.²⁵ também observaram que a prevalência de obesidade aumentou com a idade, sendo cerca de duas vezes mais elevada a partir dos 30 anos do que no grupo com idade entre 18 e 29 anos. O trabalho de Mariath et al.²⁶ sinalizou que os indivíduos entre 21 e 39 anos tinham 2,34 vezes mais chance de apresentarem sobrepeso ou obesidade quando comparados aos menores de 20 anos. Os indivíduos acima de 40 anos, por sua vez, apresentaram 5,49 vezes mais chance de estarem com excesso de peso em relação aos menores de 20 anos. Em nosso estudo não obtivemos essa constatação. Verificamos que não houve um crescimento linear da prevalência de excesso de peso e que os indivíduos com 60 anos ou mais apresentaram maior prevalência de eutrofia em relação às outras faixas etárias.

Em relação à escolaridade, Wardle et al.²⁷ investigaram os fatores sócio-econômicos preditivos de obesidade em mais de 15 mil homens e mulheres e observaram que o risco de ocorrência

de obesidade é maior em indivíduos com menor escolaridade. Os autores verificaram que as pessoas que abandonaram os estudos mais cedo eram mais obesas quando comparadas àquelas que continuaram estudando. Por sua vez, no trabalho conduzido por Rose et al.²⁸ a obesidade esteve associada à baixa escolaridade e ao maior número de filhos. Também na pesquisa realizada por Fonseca et al.²⁹ a prevalência de obesidade foi cerca de quatro vezes maior entre mulheres com nível educacional mais baixo comparadas àquelas com nível educacional mais elevado. Da mesma forma, na nossa pesquisa, verificamos maior prevalência de excesso de peso entre os indivíduos com menor escolaridade, embora o resultado não tenha sido estatisticamente significativo.

A situação conjugal mostrou associação com obesidade, da mesma forma que a realizada por Sobal et al.³⁰ Na pesquisa conduzida por Gigante et al.²² a situação conjugal também mostrou associação com obesidade, porém as variáveis socioeconômicas confundiram essa associação, tendo o efeito desaparecido na análise ajustada. Em nosso estudo, a associação com situação conjugal perdeu força de associação na análise ajustada.

Com relação às variáveis socioeconômicas, tem sido sugerido que estas podem ser influenciadas pela obesidade, ou seja, que a obesidade pode precedê-las.³¹ Gortmaker et al.,³² em um estudo longitudinal com 10.000 pessoas de 16 a 24 anos, encontraram, após sete anos de acompanhamento, que mulheres com excesso de peso casavam menos, tinham rendas mais baixas e completavam menos anos na escola.

Em relação às doenças crônicas não transmissíveis, várias investigações mostram sua associação com obesidade. Em Campos dos Goytacazes/RJ, Souza et al.²⁵ encontraram maior prevalência de obesidade nos indivíduos dislipidêmicos e hipertensos, sendo que 53,3% (IC 95% 50,3-56,3) dos obesos apresentaram hipertensão arterial sistêmica, enquanto que nos indivíduos eutróficos, a prevalência foi de 37,2% (IC 95% 34,3-40,1). Além disso, o excesso de peso aumentou cerca de duas vezes o risco de ocorrência de diabetes mellitus. Estudos observacionais têm evidenciado que o peso corporal está diretamente associado com a pressão sanguínea e que a gordura adicional predispõe ao aumento dos níveis pressóricos.³³ Cercato et al.,³⁴ em estudo realizado no Hospital de Clínicas de São Paulo, observaram aumento significativo da prevalência de hipertensão arterial, diabetes

mellitus, hipertrigliceridemia e HDL-C baixo entre indivíduos obesos. Após estabelecer a severidade do risco cardiovascular, verificaram que o IMC correlacionou-se de forma significativa com alto risco cardiovascular. See et al.,³⁵ no “*The Dallas Heart Study*” demonstraram que a relação cintura-quadril foi independentemente associada com a prevalência de aterosclerose, além de ter sido apontada como o fator de risco de maior associação com a doença, quando comparado com o IMC e a circunferência abdominal. Guaragna et al.,³⁶ analisando um grupo de 2.445 pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, observaram que 11,5% eram obesos e que nesse grupo havia maior número de diabéticos (44,1%) em relação ao grupo de não obesos (27,8%), inclusive insulino-dependentes (11,0% versus 6,2% nos não obesos) e também de hipertensos (83,6% versus 70,2% nos não obesos). Além disso, verificaram que os indivíduos obesos apresentaram aumento do risco de complicações pós-cirúrgicas. Em nosso estudo não encontramos nenhuma associação entre as doenças crônicas não transmissíveis e o excesso de peso. Entretanto, deve-se considerar o expressivo número de perdas associadas a cada variável de doenças analisadas. Em relação ao HDL-C baixo não foi possível nenhuma análise estatística, devido ao pequeno número de registros coletados.

Conclui-se assim que, embora os achados deste estudo permitam a identificação do perfil da população avaliada, a falta de registros adequados e o tamanho reduzido da amostra impossibilitaram a realização de associações significativas entre as variáveis e o desfecho, principalmente em relação às doenças crônicas não transmissíveis. Deste modo, este trabalho sinaliza a necessidade de uma melhor padronização das informações nos prontuários e protocolos de nutrição das unidades básicas de saúde e de mais estudos neste contexto, para que possam ser estabelecidas melhores associações. De qualquer forma, a prevalência de excesso de peso foi elevada.

REFERÊNCIAS

1. WHO Expert Committee. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. [report]. World Health Organ Tech Rep Ser. 1995;854:1-452.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Obesidade. Série Cadernos de Atenção Básica, 2006(12):1-110. Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/documentos/doc_obesidade.pdf
3. Francischi RPP, Pereira LO, Freitas CS, et al. Obesity: updated information about its etiology, morbidity and treatment. Rev Nutr. 2000;13:17-28.
4. Jacoby E. The obesity epidemic in the Americas: making healthy choices the easiest choices. Rev Panam Salud Pública. 2004;15:278-84.
5. Christakis NA, Fowler JH. The spread of obesity in a large social network over 32 years. N Engl J Med. 2007;357:370-9.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional do Brasil: Pesquisa de Orçamentos Familiares 2000-2003. Rio de Janeiro; IBGE; 2004.
7. Federação Latino-Americana de Sociedades de Obesidade (FLASO), Coutinho W, coordenador. Consenso latino-americano de obesidade. Arq Bras Endocrinol Metab. 1999;43:21-67.
8. Barabási AL. Network medicine: from obesity to the “diseasome”. N Engl J Med. 2007;357:404-7.
9. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. [report of a WHO consultation on obesity]. World Health Organ Tech Rep Ser. 2000;894:1-253.
10. Olinto MTA, Nacul LC, Costa JSD, et al. Níveis de Intervenção para obesidade abdominal: prevalência e fatores associados. Cad Saúde Pública. 2006;22:1207-15.
11. International Diabetes Federation. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. [7 p.]. Disponível em: <http://www.bibalex.org/Supercourse/metabolic/IDF1.pdf>
12. Duarte AC, Borges G, Faillace D, et al. Síndrome metabólica: semiologia, bioquímica e prescrição nutricional. Rio de Janeiro: Axcel; 2005.
13. Lipschitz, DA. Screening for nutritional status in the elderly. Prim Care. 1994;21:55-67.
14. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações – CBO. Brasília; O Ministério; 2002. Disponível em: <http://www.mteco.gov.br>
15. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2006. Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2003.
16. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. [55 p.]. Disponível em: http://www.sbn.org.br/Diretrizes/V_Diretrizes_Brasileiras_de_Hipertensao_Arterial.pdf
17. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2007;88(Supl I): s2-s19.
18. Polanczyk CA, Neves JM, Leite VB, et al. Obesidade: prevalência, correlação com doenças crônicas e grau de conscientização do problema. Rev AMRIGS. 1990; 2:87-91.
19. Coutinho DC, Leão MM, Recine E, et al. Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.
20. Gus I, Fischmann A, Medina C. Prevalência dos fatores de risco da doença coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. Arq Bras Cardiol. 2002;78:478-83.
21. Cervato AM, Mazzilli RN, Martins IS, et al. Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares. Rev Saúde Pública. 1997;31:227-35.

22. Gigante DP, Barros FC, Post CLA, et al. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Rev Saúde Pública*. 1997;31:236-46.
23. Teichmann, L, Olinto MTA, Costa JSD, et al. Fatores de risco associados ao sobrepeso e a obesidade em mulheres de São Leopoldo, RS. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9:360-73.
24. Sheikl-Ismail LI, Henri CJ, Lightowler HJ, et al. Prevalence of overweight and obesity among adult females in the in the United Arab Emirates. *Int J Food Sci Nutr*. 2008;22:1-8.
25. Souza LJ, Neto CG, Chalita FEB, et al. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos, Rio de Janeiro. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2003;47:669-76.
26. Mariath AB, Grillo LP, Silva RO, et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. *Cad Saúde Pública*. 2007;23:897-905.
27. Wardle J, Waller J, Jarvis MJ. Sex differences in the association of socioeconomic status with obesity. *Am J Public Health*. 2002;92:1299-304.
28. Rose KM, Newman B, Mayer-Davis EJ, et al. Genetic and behavioral determinants of waist-hip and waist circumference in women twins. *Obes Res*. 1998;6:383-92.
29. Fonseca MJM, Faerstein E, Chor D, et al. Associação entre escolaridade, renda e índice de massa corporal em funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro, Brasil: estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2006;22:2359-67.
30. Sobal J, Rauschenbach BS, Frongillo EA Jr. Marital status, fatness and obesity. *Soc Sci Med*. 1992;35:915-23.
31. Stunkard AJ, Sorensen T. Obesity and socioeconomic status: a complex relation. *N Engl J Med*. 1993;329:1036-7.
32. Gortmaker SL, Must A, Perrin JM, et al. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *N Engl J Med*. 1993;329:1008-12.
33. European Society of Hypertension (ESH); European Society of Cardiology (ESC). 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2007;28:1462-536. Disponível em: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/cgi/reprint/28/12/1462>
34. Cercato C, Mancini MC, Arguello AMC, et al. Systemic hypertension, diabetes mellitus, and dyslipidemia in relation to body mass index: evaluation of a Brazilian population. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo*. 2004;59:113-8.
35. See R, Abdullah SM, McGuire DK, et al. The association of differing measures of overweight and obesity with prevalent atherosclerosis: the Dallas Heart Study. *J Am Coll Cardiol*. 2007;50:752-9.
36. Guaragna LP, Dall'Alba DP, Goulart PR, et al. O impacto da obesidade na morbi-mortalidade de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. *Sci Med*. 2008;18:75-80.

Endereço para correspondência:

PAULO CÉSAR DA SILVA
Av. Presidente Vargas, 1208
95320-000, Nova Prata, RS, Brasil
Fone: (54) 3242-9948 (54) 3242-9900 Ramal 9948
E-mail: paulonut@ig.com.br