

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

KÁTIA CRISTINA DE OLIVEIRA SANTOS

**ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E NUTRICIONAL DE SOBREPESO E
OBESIDADE NA POPULAÇÃO ADSCRITA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA LAPA-RJ**

**Rio de Janeiro
2010**

KÁTIA CRISTINA DE OLIVEIRA SANTOS

**ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E NUTRICIONAL DE SOBREPESO E
OBESIDADE NA POPULAÇÃO ADSCRITA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA LAPA-RJ**

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora Prof^a Dr^a Zeilma da Cunha

Rio de Janeiro
2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S48a Santos, Kátia Cristina de Oliveira

Análise do perfil epidemiológico e nutricional de sobrepeso e obesidade na população adscrita na estratégia saúde da família Lapa RJ. / Kátia Cristina de Oliveira. - Rio de Janeiro, 2010.

81 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2010.

Bibliografia: p. 68 - 73

1. Perfil epidemiológico – Lapa (RJ). 2. Obesidade. 3. Sobrepeso. 4. Perfil nutricional. I. Título.

CDD: 616.024



Estácio

Universidade Estácio de Sá

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A dissertação

**ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E NUTRICIONAL DE SOBREPESO
E OBESIDADE NA POPULAÇÃO ADSCRITA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
LAPA - RJ**

elaborada por

KATIA CRISTINA DE OLIVEIRA SANTOS

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora foi aceita pelo Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Rio de Janeiro, 03 de setembro de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Zeilma da Cunha

Presidente

Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Haroldo José de Matos

Universidade Estácio de Sá

Profª Drª Valéria Cristina Soares Furtado Botelho

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

AGRADECIMENTOS

Em tempos em que a maioria das pessoas pouco se interessa pelo que não lhe diz respeito, em que quase ninguém se envolve com os problemas alheios, não existiria melhor hora para agradecer àqueles que percebem nossas fraquezas, indecisões, e gastam sua energia conosco insistindo em nossa caminhada. Não diferente do exposto, este trabalho foi concebido após grande esforço e dedicação, contando com a ajuda de muitas pessoas às quais dedico estes agradecimentos especiais:

Primeiramente, a Deus, pela força renovada a cada presente de um novo dia, ajudando-me a superar os obstáculos e enfrentar os problemas.

Aos meus pais, e em especial a minha Mãe, pelas palavras e presença constante em tudo na minha vida. Sem ela nenhum começo existiria, nenhum meio seria alcançado e nada estaria concretizado.

Às minhas irmãs Débora e Shirley, para as quais palavras de agradecimento não reproduziriam a minha eterna gratidão e a dívida que com elas tenho, por tudo que fizeram e fazem por mim, de tal forma que poderiam ser chamadas de coautoras desta obra.

Ao meu sobrinho Eduardo Henrique (Henriquinho), por aceitar as ausências de sua mãezinha, minha irmã Shirley, enquanto me auxiliava na confecção desta obra, e por me incentivar com palavras encorajadoras e elogiosas, ensinando-me, mesmo com apenas 2 anos de idade, como a vida deve ser vivida.

Aos alunos Carina e Bernardo, pela colaboração na coleta de dados, e à equipe da Estratégia Saúde de Família Lapa-RJ, por me acolherem e participarem ativamente na fonte das informações imprescindíveis à produção deste trabalho.

À Secretária de Mestrado Aline, por ter feito da secretaria meu divã, nas minhas horas de desespero e descrenças, além de lidar, com maestria, com os problemas burocráticos e sociais envolvidos.

Aos professores Valéria e Haroldo, por terem aceitado participar da banca e por trazerem luz e dados para a melhoria desta dissertação.

Aos meus colegas profissionais e pacientes, por compreenderem minha ausência.

E, por fim, mas não menos importante, meu agradecimento tem como destinatária a Professora Zeilma, pelos valiosos momentos de discussão e conhecimentos compartilhados, entendimentos dos meus problemas pessoais e profissionais, por acreditar em meu trabalho e ter lutado ao meu lado para a concretização deste.

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que elas acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis”. (Fernando Pessoa)

RESUMO

A obesidade é, na atualidade, considerada uma doença crônica degenerativa em progressão estatística alarmante, cuja prevalência é crescente mundialmente e de forma epidêmica. Vários fatores estão relacionados ao seu aumento, destacando-se os fatores socioeconômicos em função da transição nutricional vivida nos países em desenvolvimento. Dentro desse contexto, o presente trabalho tem por objetivo analisar o perfil epidemiológico e nutricional dos usuários portadores de sobrepeso ou obesidade acompanhados na Estratégia Saúde da Família na Lapa, Rio de Janeiro. Para atingir esse objetivo, primeiramente foi feita uma revisão literária sobre a obesidade. Num segundo momento, foi feito um estudo transversal, com o levantamento de 3.519 prontuários-usuários, entre janeiro de 2008 e julho de 2010, buscando fazer-se uma análise descritiva das variáveis socioeconômicas (idade, sexo, escolaridade e renda familiar) nos adultos com idade superior a 20 anos e inferior ou igual a 59 anos, identificados como portadores de sobrepeso ou obesidade, tendo como base o Índice de Massa Corpórea (IMC). Foram identificados 447 usuários portadores de sobrepeso ou obesidade, e, dessa população de estudo, foi obtida uma amostra de 30 usuários, aos quais foi aplicado um questionário visando à descrição do perfil epidemiológico e nutricional. Foi encontrada uma prevalência de 25% de obesos, sendo que 77% eram do sexo feminino, 53,3% compreendiam a faixa etária entre 50 anos e 59 anos, 73% eram brancos, 57% tinham vínculo empregatício, 13% fumavam, 60% tinham algum consumo etílico, e 73% eram sedentários. Entre os obesos, a doença mais prevalente foi a hipertensão arterial (15% dos casos). Em relação ao perfil nutricional, 67% não faziam qualquer tipo de regime alimentar, 50% consumiam de 3 a 4 refeições ao dia, 40% consumiam os alimentos assistindo à televisão, e o consumo de proteínas e carboidratos correspondia a mais de 67%. Similarmente ao apurado em outros trabalhos, os hábitos de vida inadequados (como sedentarismo e alimentação incorreta) junto ao sexo feminino foram apontados como importantes na relação com o sobrepeso e a obesidade.

PALAVRAS-CHAVE: sobrepeso; obesidade; transição nutricional; perfil epidemiológico; perfil nutricional.

ABSTRACT

Obesity is nowadays considered a chronic degenerative disease progression in alarming statistic, whose prevalence is increasing all around the world in an epidemic way. Several factors are related to its increase, among them it can be highlighted the role of socioeconomic factors due to nutrition transition experienced in countries under development. Within this context, this paper aims to analyze the epidemiological and nutritional profile of users with overweight or obesity followed at the Family Health Strategy in Lapa, Rio de Janeiro. To achieve this goal, first of all, a literature review on obesity was performed. Then, it was made a cross-sectional study on 3519 survey of medical records-users, from January 2008 to July 2010, in order to make a descriptive analysis of the socioeconomic variables (age, gender, scholarity and family incomes) in adults over the age of 20 years and less than or equal to 59 years, identified as overweight or obese, based on the Body Mass Index (BMI). 447 users with overweight and obesity were identified, and in this study population it was obtained a sample of 30 users, a questionnaire was applied in order to describe the epidemiological and nutritional profile. It was found a prevalence of 25% of obese, among these ones 77% were female, 53.3% were less than 59 and more than 50 years old, 73% were white, 57% were employed, 13% smoked, 60 % did not drink alcoholic drinks, and 73% were sedentary. Among the obese population the disease more prevalent was hypertension (15%). Related to the nutritional profile, 67% did not make any type of diet, 50% had from 3 to 4 meals a day, 40% ate food watching television, and the intake of protein and carbohydrates accounted for more than 67%. Similarly to what was proved in other studies, the inadequate life habits (as sedentary and incorrect diet) among female gender were identified as being important factors related to overweight and obesity.

KEYWORDS: overweight; obesity; nutrition transition; epidemiological profile; nutritional profile.

LISTA DE FIGURA E TABELAS

FIGURA 1	– Áreas de Planejamento de Saúde (APs) e Regiões Administrativas.....	30
TABELA 1	– Frequência da Obesidade em Estudos das Últimas Três Décadas no Brasil.....	17
TABELA 2	– Prevalência da Obesidade por Faixa Etária na População Adulta Brasileira.....	18
TABELA 3	– Variáveis independentes da população-alvo – distribuição por IMC, sexo e idade.....	35
TABELA 4	– Variáveis independentes da população-alvo – distribuição por cor, situação familiar e escolaridade.....	36
TABELA 5	– Índice de Massa Corpórea.....	46
TABELA 6	– Classificação da Pressão Arterial pela Organização Mundial de Saúde.....	49
TABELA 7	– Variáveis independentes – distribuição por sexo, faixa etária, cor, situação familiar, escolaridade.....	53
TABELA 8	– Variáveis independentes – distribuição por vínculo empregatício e renda.....	54
TABELA 9	– Variáveis independentes – distribuição por tipo de moradia.....	54
TABELA 10	– Variáveis independentes – distribuição por hábitos de vida.....	56
TABELA 11	– Variáveis independentes – distribuição por história familiar de obesidade.....	57
TABELA 12	– Variáveis independentes – distribuição por hábitos alimentares.....	59
TABELA 13	– Variáveis independentes – distribuição por IMC.....	60
TABELA 14	– Variáveis independentes – distribuição por índice de cintura abdominal entre os sexos.....	60

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	–	Distribuição por sexo.....	51
GRÁFICO 2	–	Distribuição por faixa etária.....	52
GRÁFICO 3	–	Distribuição por cor.....	52
GRÁFICO 4	–	Distribuição por situação familiar.....	52
GRÁFICO 5	–	Distribuição por escolaridade.....	52
GRÁFICO 6	–	Distribuição por renda familiar.....	54
GRÁFICO 7	–	Distribuição por etilismo.....	55
GRÁFICO 8	–	Distribuição por tabagismo.....	55
GRÁFICO 9	–	Distribuição por atividade física.....	55
GRÁFICO 10	–	Distribuição por hábitos alimentares – em realização de dieta.....	58
GRÁFICO 11	–	Distribuição por hábitos alimentares – número de refeições ao dia.....	58
GRÁFICO 12	–	Distribuição por hábitos alimentares – tipos de refeições ao dia.....	58
GRÁFICO 13	–	Distribuição por hábitos alimentares – hábito de assistir à televisão durante qualquer refeição.....	58
GRÁFICO 14	–	Distribuição por hábitos alimentares – tipo de alimento.....	59
GRÁFICO 15	–	Distribuição por IMC.....	60
GRÁFICO 16	–	Distribuição por índice de cintura abdominal entre os sexos.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APs	Áreas de Planejamento de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
EUA	Estados Unidos da América
ESF	Estratégia Saúde da Família
Endef	Estudo Nacional de Despesa Familiar
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corpórea
Inca	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PPV	Pesquisa de Padrões de Vida
PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro-RJ
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
SBO	Sociedade Brasileira de Obesidade

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
1.2	DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE.....	13
1.3	EPIDEMIOLOGIA DO SOBREPESO E DA OBESIDADE.....	14
1.3.1	Epidemiologia mundial	15
1.3.2	Epidemiologia brasileira	16
1.4	COMPLICAÇÕES DO SOBREPESO E DA OBESIDADE.....	19
1.5	ESTATÉGIAS PREVENTIVAS.....	20
1.5.1	Estratégias preventivas nacionais	21
1.5.2	O Papel da ESF contra o sobrepeso e a obesidade	23
2	OBJETIVOS	26
2.1	OBJETIVO GERAL.....	26
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
3	METODOLOGIA	27
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	27
3.2	ÁREA DE ESTUDO.....	28
3.2.1	Cenário local – Lapa-RJ	28
3.2.2	Estratégia Saúde da Família-Lapa-RJ	29
3.3	POPULAÇÃO-ALVO DO ESTUDO.....	32
3.4	A AMOSTRA.....	37
3.5	INSTRUMENTOS DE MEDIDA E COLETA DOS DADOS.....	39
3.5.1	Entrevistas e pesquisadores	39
3.5.2	Variáveis	40
3.5.2.1	Variável dependente.....	40
3.5.2.2	Variáveis independentes.....	41
3.5.2.2.1	<i>Variáveis independentes relacionadas às informações gerais</i>	41
3.5.2.2.2	<i>Variáveis independentes relacionadas às informações da moradia e dos hábitos de vida</i>	43
3.5.2.2.3	<i>Variáveis independentes relacionadas à história patológica pregressa e à história familiar</i>	44
3.5.2.2.4	<i>Variáveis independentes relacionadas ao perfil nutricional</i>	45

3.5.3	Dados antropométricos.....	45
3.5.4	Pressão arterial.....	47
3.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	49
3.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E CONSENTIMENTOS.....	50
4	RESULTADOS.....	51
5	DISCUSSÃO.....	62
6	CONCLUSÃO.....	67
	REFERÊNCIAS.....	68
	ANEXO A – QUESTIONÁRIO.....	74
	ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	81

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir de 1998 (WHO, 2008), passou a definir a obesidade como uma doença crônica e complexa, caracterizada pelo excessivo acúmulo de gordura corporal e que compromete a saúde do indivíduo (ARAÚJO, 2003). É uma enfermidade multifatorial, e, independente dos fatores genéticos, enzimáticos, endócrinos, familiares, dietéticos e psicológicos, apresenta graves dimensões sociais e afeta praticamente todas as faixas etárias e grupos socioeconômicos (ARAÚJO, 2003).

O crescente avanço das pesquisas da obesidade, nos campos genético e clínico, exige das diferentes áreas profissionais uma especialização contínua e permanente, buscando conhecimentos acerca dessa doença, visto que a obesidade é considerada a segunda causa de morte evitável da sociedade moderna (ABESO, 2008).

Diante da definição e da classificação da obesidade, dados a sua importância epidemiológica, nos cenários nacional e mundial, e o conhecimento de suas complicações e interações com outras doenças, mostra-se a relevância da atuação do profissional, independente de sua formação. Em outras palavras, a participação multidisciplinar é inquestionavelmente indispensável para o acompanhamento, o tratamento e a prevenção de complicações e evolução do sobrepeso à obesidade, e desta propriamente dita (BRASIL, 1994).

Por isso, a conscientização da população sobre a importância de prevenir o sobrepeso e a obesidade é sobremaneira relevante. Nesse enfoque, com a Estratégia Saúde da Família (ESF), pode-se mobilizar recursos e elementos profissionais, conhecimentos leigos e técnico-científicos, almejando a saúde dos indivíduos e das famílias, de forma integral e contínua, de modo a se empoderar e promover a saúde e prevenir a doença (BRASIL, 1994).

1.2 DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE

A obesidade desenvolve-se no ser humano como um resultado das interações genéticas, e dos ambientes socioeconômico, cultural e educativo (ARAÚJO, 2003).

Ela é caracterizada pelo excessivo acúmulo de gordura corporal, não provoca sinais nem sintomas diretos, salvo quando atinge órgãos-alvo ou quando se manifesta com outras condições clínicas, ou, ainda, como agravante das doenças preexistentes (ARAÚJO, 2003).

A obesidade pode ser definida com base no Índice de Massa Corpórea (IMC), o qual igualmente é utilizado para classificar a própria condição do indivíduo, em eutrófico ou normal (IMC entre 18 e 24,9 kg/m²), portador de sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9 kg/m²) ou de obesidade (IMC igual ou superior a 30 kg/m²), esta nas suas diferentes espécies (TABELA 5) (WHO, 2008), escalonadas em Grau I (IMC entre 30 e 34,9 kg/m²), Grau II (IMC entre 35 e 39,9 kg/m²) e Grau III (IMC igual ou superior a 40 kg/m²) (BENSEÑOR, 2007).

O IMC, medida desenvolvida pelo matemático belga Lambert Adolphe Jacques

Quélet, por isso também denominado de “Índice de Quelet” (BENSEÑOR, 2007), foi adotado desde 1997 pela OMS para avaliação do massa corporal em adultos (WHO, 1997). Corresponde ao resultado da divisão da massa, vulgarmente e doravante chamada “peso”, do paciente (em quilogramas) pela altura (em metros) elevada ao quadrado (WHO, 1997).

E, no que toca à circunferência abdominal dos obesos, nestes o risco de associação às complicações cardiovasculares é maior, especialmente quando a circunferência da cintura é maior que 94cm nos homens, e 80cm nas mulheres (LEITE, 2008) (SICHERI, 1999). Isso porque o aumento da circunferência abdominal é considerado, por si só, um fator potencial inflamatório desencadeado pelo papel dos adipócitos e da cascata da inflamação relacionados às citocinas liberadas no paciente obeso (GOMES, 2010).

1.3 EPIDEMIOLOGIA DO SOBREPESO E DA OBESIDADE

Epidemiologicamente, a obesidade é na atualidade um dos mais graves problemas de saúde pública, cuja prevalência segue uma crescente acentuada nas últimas décadas (SHARMA, 2005). À medida que se consegue diminuir a miséria entre as camadas paupérrimas da população, a obesidade desponta como um problema importante, frequente e crítico, muito além dos bolsões de desnutrição (PSF, 2001).

Segundo dados estatísticos, a obesidade é uma enfermidade que afeta mais de 300 milhões de pessoas em todo mundo, e, quando se engloba o sobrepeso, chega-se à marca de 1,7 bilhão de pessoas (GELONEZE-NETO, 2006).

1.3.1 Epidemiologia mundial

Em 1998, só nos Estados Unidos da América (EUA), existiam mais de 97 milhões de adultos com sobrepeso e obesidade (NIH, 1998). E, em 2006, mais de 2/3 da população tinham sobrepeso, e metade era obesa (CDC, 2008).

Nos últimos 20 anos, a proporção de obesos na Europa dobrou, atingindo 17% das mulheres, e 15% dos homens. Quase 400 milhões de adultos europeus são portadores de sobrepeso, e 130 milhões, de obesidade (NIH, 1998). Da população inglesa, por exemplo, seus 23% já são compostos de obesos (WHO, 2008).

O aumento do número de obesos e da incidência de doenças associadas à obesidade também foi sentido nas regiões da Ásia e da Oceania, não só porque as informações pertinentes passaram a ser realmente documentadas, mas também, porque foram alterados os critérios de classificação da obesidade, de modo a considerar, por exemplo, obeso o asiático que estivesse com IMC acima de 25kg/m^2 (KANAZAWA, 2002). De fato, nos últimos 40 anos, as taxas de obesos quadruplicaram no sexo masculino e triplicaram no sexo feminino nessas regiões (KANAZAWA, 2002).

E, segundo o Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar do Japão, 13 milhões de pessoas, o que representa 1/6 da população do país, sofrem de síndrome metabólica, e outros 14 milhões estão sob risco de desenvolvê-la (RIBEIRO, 2008).

Na China, país mais populoso do mundo, estimativas revelam que o número de obesos já atingiu 15% da população, enquanto que o de subnutridos é de 11%, com a agravante de que, à medida que diminui o percentual de subnutridos, aumenta o de obesos (WHO, 2008).

Todavia, certo é que, como epidemia, a obesidade acaba onerando economicamente a

sociedade, na medida em que acarreta perda de produtividade e renda, bem como redundando no aumento dos custos com cuidados médicos, direta ou indiretamente, associados à enfermidade, representando, inclusive, algo em torno de 2% a 8% do orçamento europeu total (WHO, 2008).

1.3.2 Epidemiologia brasileira

Não diferente da realidade mundial, no Brasil, dados do Estudo Nacional de Despesa Familiar (Endef) realizado de 1974 a 1975 revelaram prevalências de obesidade em torno de 6,0% em mulheres, e 2,1% em homens (IBGE, 2004).

Já em 1989, segundo a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), a prevalência de obesidade tinha aumentado em 100% na população masculina (4,1%), e, em torno de 70%, na feminina (10,9%) (IBGE, 2004). Isso significa que o aumento de peso foi diagnosticado em 27 milhões de indivíduos, correspondendo a 32% da toda a população brasileira, sendo que, destes, 6,8 milhões foram considerados obesos (MS,1989).

Na Pesquisa de Padrões de Vida (PPV) realizada entre os anos de 1997 e 1998, foi observada tendência ainda crescente do excesso de peso, embora em menor escala na população feminina, chegando à marca de 6,4% para as mulheres, e de 12,4% para os homens (IBGE, 2004).

Em 2003, a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) identificou que 4% da população apresentavam baixo peso, enquanto 40,6% foram considerados acima do peso, e,

entre estes, aproximadamente 20% foram diagnosticados como obesos. Além disso, constatou que a frequência da obesidade para homens e mulheres foi, respectivamente, de 8,9% e 13,0% (TABELA 1) (IBGE, 2004). A POF ainda observou um aumento da obesidade, independente do sexo, na faixa etária dos 45 aos 65 anos, havendo, contudo, sobreposição da população feminina em relação à masculina (TABELA 2) (IBGE, 2004). Documentou-se também que houve um aumento do número de pessoas comprometidas com sobrepeso e obesidade, enquanto decrescia o número daquelas em estado de desnutrição (IBGE, 2004).

TABELA 1 – Frequência da Obesidade em Estudos das Últimas Três Décadas no Brasil

Estudo	Ano	Homens IMC \geq 30kg/m ²	Mulheres IMC \geq 30kg/m ²
Endef	1974 a 1975	2,1%	6,0%
PNSN	1989	4,1%	10,9%
PPV	1997 a 1998	12,4%	6,4%
POF	2003	8,9%	13,0%

Fonte: IBGE, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003

TABELA 2 – Prevalência da Obesidade por Faixa Etária na População Adulta Brasileira

Sexo/ Faixa Etária (anos)	20-24	25-34	35-44	54-54	55-64
Feminino	4,7%	9,2%	12,8%	21,8%	16,1%
Masculino	3,1%	7,2%	11,3%	11,9%	8,7%

Fonte: IBGE, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003

O aumento da prevalência da obesidade entre homens e mulheres (MONTEIRO et al., 1995), especialmente nas classes sociais menos favorecidas (MONTEIRO et al., 2000), é um fenômeno que sobrecarrega o sistema de saúde brasileiro, com uma demanda progressiva de atendimento às doenças crônicas a ela relacionadas, tais como, diabetes mellitus (DM) e diminuição da tolerância à glicose (GIMENO et al., 2000), e outras enfermidades não-transmissíveis (FIELD et al., 2001; WILLETT et al., 1999) associadas ao excesso de peso, especialmente na região abdominal (BLOCH, 1998).

Notoriamente houve um aumento de 255% de casos de Obesidade Grau III no país nas

últimas três décadas, mais acelerado no sudeste do país (OLIVEIRA, 2007), o que demanda do Governo Federal uma atitude mais veemente tendente à prevenção da enfermidade e à promoção da saúde.

Dados da Sociedade Brasileira de Obesidade (SBO) noticiam também que a Obesidade Grau III é maior no sul e no centro-oeste no Brasil, comprometendo 5% da população, cerca de 2 pontos acima da média nacional, consumindo 44% do orçamento da família com gastos médicos e remédios. E, desse montante, 91% têm problemas de saúde, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), doenças nas articulações e depressão, o que gera um forte impacto negativo no mercado de trabalho (KOTTKE, 2006) (ABESO, 2006).

1.4 COMPLICAÇÕES DO SOBREPESO E DA OBESIDADE

O comprometimento cardiometabólico ocasionado pela obesidade, mais notório quando a relação cintura-quadril é maior que 0,9 no homem, e 0,8 na mulher (MAGALHÃES, 2008), gera diretamente o agravamento de várias patologias, entre elas, a DM tipo 2 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007), HAS, doença coronariana, acidente vascular cerebral (AVC), dislipidemias (EVERSON et al., 1998), doenças hepáticas, osteoartrites, problemas de respiração, apneia do sono, alguns cânceres (GILLIAN, 2007), complicações de doenças de base (litíase biliar, pancreatite etc.), e insuficiência vascular periférica (CDC, 2007) (LOPES, 2008).

Estima-se, inclusive, que 200.000 pessoas morram anualmente em decorrência dessas complicações só na América Latina. A taxa de mortalidade entre os obesos é 12 vezes maior

em adultos, entre 25 e 40 anos, quando comparada a indivíduos de peso normal (Consenso Latino-Americano sobre Obesidade, 1998).

Até mesmo na gestação, a obesidade também acarreta problemas tanto para a mãe (DM, pré-eclampsia, complicações no parto), quanto para o feto, com o desenvolvimento da macrosomia fetal. Aliás, trabalhos relatam que o aumento da medida da cintura além dos parâmetros gestacionais é um fator preditor de complicações (MENGUE et al., 2007).

1.5 ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS

Haja vista que a obesidade já se tornou uma epidemia mundial, cuja influência obviamente transpassa os campos tão-só da estética e da autoestima (CDC, 2007), torna-se imprescindível a mobilização de energias, recursos e meios para a sua erradicação.

Apesar de todos os esforços (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007), o tratamento da obesidade continua produzindo resultados insatisfatórios, em grande parte devido a estratégias equivocadas e mau uso dos recursos terapêuticos disponíveis.

Desse modo, faz-se necessário que, além de se buscarem planos combativos mais eficazes, sejam adotadas medidas de prevenção para conter o surgimento de novos casos e evitar o crescimento da doença.

A respeito, há evidências de que mudanças de estilo de vida influenciam de modo mais exitoso quanto mais precoces forem as intervenções (WING et al., 1998), sendo certo, por isso, que tanto a adoção de uma alimentação saudável, rica em frutas, verduras, legumes e

grãos integrais, e pobre em gorduras saturadas (WILLETT, 1994), como a prática frequente de atividades físicas podem atuar beneficemente na qualidade de vida da população e na diminuição da carga de doenças assistidas pelo sistema de saúde pública.

1.5.1 Estratégias preventivas nacionais

Face aos cenários nacional e mundial do sobrepeso e da obesidade, suas complicações, custos e agravamentos, em 2002, como meta preventiva, o Governo Federal deu início à **ESTRATÉGIA GLOBAL SOBRE DIETA, ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE**, cujos principais objetivos eram: (a) reduzir os fatores de risco para doenças não-transmissíveis; (b) aumentar a conscientização e a compreensão das influências da dieta e da atividade física; (c) encorajar o desenvolvimento, o fortalecimento e a implementação de políticas e planos de ação global, nacional, regional e comunitária; e (d) monitorar informações científicas (MS, 1994).

Não o bastante, em maio de 2004, durante a 57ª Assembleia de Saúde, o Brasil aceitou o convite da OMS, que, endossando a referida Estratégia Global, convidou todos os países-membros a participarem desse plano mundial de combate ao sobrepeso e à obesidade (MS, 1994).

Anteriormente, no ano de 1999, já tinha sido implantada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), homologada pelo Ministério da Saúde (MS), que tinha como diretrizes programáticas: promover, proteger e apoiar práticas alimentares e estilos de vida que levassem a níveis nutricional e de saúde ideais. Tal plano de ação estava calcado no

tripé informação, legislação e desenvolvimento de recursos humanos (MS, 2004), materializando-se da seguinte forma:

No tocante à informação, foi criado, por exemplo, o PROGRAMA SABER SAÚDE, que conta com a coparticipação do Instituto Nacional do Câncer (Inca) e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e cujo objetivo é conscientizar a população da influência da dieta e da atividade física para a saúde.

Em termos de legislação, entre outros, foram promulgadas leis que regulam a rotulagem de alimentos (2002), e outras que restringem a oferta de produtos com alto teor de gordura e açúcares em cantinas escolares.

Em 2006, foi editado “O Guia Alimentar para a População Brasileira”, distribuído entre os agentes comunitários e equipes da ESF em todo o País. O guia traz diretrizes alimentares, incentivando a prática regular de atividade física, e orientações sobre o equilíbrio entre o consumo alimentar e o gasto energético para manutenção do peso saudável, visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças relacionadas à alimentação (MS, 2006). Portanto, consistia num instrumento oficial que definia as diretrizes alimentares para serem utilizadas na orientação de escolhas mais saudáveis de alimentos pela população brasileira. Além disso, incentivava a prática regular de atividade física e orientava sobre o equilíbrio entre o consumo alimentar e o gasto energético para manutenção do peso saudável, com vistas à promoção da saúde e à prevenção de doenças relacionadas à alimentação (BRASIL, 1994).

E, para fins de desenvolvimento de recursos humanos, identificam-se programas isolados, com aplicações diferentes nos serviços de ESF: em São Paulo, por exemplo, é bem aplicado o Programa “Agita Brasil”, difundido pelo MS, que visa ao combate do sedentarismo, com atividades laborativas exercidas em bairros distintos.

1.5.2 O papel da ESF contra o sobrepeso e a obesidade

Diante das estatísticas mundiais e nacionais sobre a obesidade, é importante desenvolver diretrizes preventivas e assistenciais relativas ao sobrepeso, à obesidade e às doenças a eles associadas, principalmente no que diz respeito à atenção primária (BRASIL, 1994).

Com essa finalidade, diretrizes nacionais existem e fazem parte das ações da ESF, cujo propósito é calcado nos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS): universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 1994).

Portanto, trata-se de sistema inovador, visto que não está direcionado para a doença e o hospital, ou seja, refuta, em parte, o modelo “Flexneriano” (difundido por Abraham Flexner, 1910), cuja interação está dirigida para relação tecnologia-médico-doente, sem entusiasmo para os aspectos preventivos e promocionais, por considerar imprópria à educação médica a utilização de outras unidades periféricas ao hospital (NOVAES, 1990).

Ao praticar a atenção primária de saúde, a ESF enfoca o modelo “Dawsoniano” (difundido por Bertrand Dawson, 1920), que consiste em agir com e na própria população como um todo, no sistema de saúde e na alocação de recursos disponíveis, dando mais ênfase às atividades de promoção de saúde e prevenção de doença, orientada para a toda a população (NOVAES, 1990).

Para isso, a ESF mobiliza recursos, utilizando elementos de conhecimentos populares (leigos) e técnico-científicos, priorizando ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua, destacando-se entre os seus papéis

(BRASIL, 1994):

- 1 – trabalhar em equipe multidisciplinar e com planejamento em saúde;
- 2 – identificar os problemas de saúde da comunidade (particularizando grupos mais vulneráveis);
- 3 – estudar a prevalência e a incidência de morbimortalidade e de indicadores de saúde na população;
- 4 – contemplar estratégia de prevenção das principais doenças crônico-degenerativas do adulto;
- 5 – promover o aconselhamento nutricional do paciente plurimetabólico;
- 6 – diagnosticar e conduzir clinicamente os agravos do adulto e do idoso, tais como, as doenças crônicas não-transmissíveis (DM, obesidade, HAS, doenças cardiovasculares e câncer).

E, sendo a obesidade considerada uma das enfermidades componentes das doenças crônicas degenerativas não-transmissíveis, em associação à síndrome plurimetabólica (agrupamento das enfermidades obesidade, HAS, DM e dislipidemia) (MAGALHÃES, 2008), e aliada às diversas complicações clínicas, é evidente que ações que contribuam para a minimização dos problemas, através de sua prevenção, são mais bem aceitas, do que apenas aquelas para administrar as complicações (BRASIL, 1994).

Baseando-se no cenário epidemiológico atual (transições epidemiológica e nutricional), nas evidências científicas, assim como na responsabilidade governamental em promover a saúde e incorporar as sugestões da Estratégia Global da OMS, tem-se a ESF como mais uma aliada do MS. E, ousa-se até dizer que seria ela a principal agente para colocar em

práticas ações e estratégias no combate ao sobrepeso, à obesidade e às complicações a elas associadas.

Portanto, no acolhimento da comunidade, a ESF pode diagnosticar a saúde local, a realidade, os números, as características dos portadores de sobrepeso e obesidade, através da visita domiciliar (processo essencial de vigilância em saúde), assim como organizar o atendimento nas unidades e estimular a participação em grupos para abordar o tema, incorporando o saber popular e buscando a solução dos problemas (BRASIL, 1994).

E, assim, a ESF, uma vez atendendo ao binômio indivíduo-família, poderá ainda identificar a obesidade no âmbito familiar, já que esta tende a se agregar nas famílias, visto que a chance de obesidade nos filhos é de 80% quando ambos os pais são obesos, cerca de 50% quando um dos pais é obeso, e cerca de 10% quando nenhum dos pais é obeso (BRASIL, 2004).

Por sua vez, os resultados das ações dessa equipe poderão ser monitorizados de acordo com as modificações ocorridas nos indicadores de saúde e com a melhoria da qualidade de vida.

Assim, contextualizando os dados epidemiológicos nacionais e mundiais apresentados, bem como a importância da ESF, com o presente trabalho busca-se contemplar a realidade local dos pacientes adultos portadores de sobrepeso e obesidade adscritos na ESF da Lapa do Rio de Janeiro, para, assim, fomentar ações no combate às ditas enfermidades.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil epidemiológico e nutricional da população adulta adscrita na Estratégia Saúde da Família-Lapa-RJ portadora de sobrepeso e obesidade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1 – avaliar o perfil epidemiológico de sobrepeso e obesidade da população adulta dos usuários da Estratégia Saúde de Família-Lapa-RJ, durante o período de janeiro de 2008 a julho de 2010;

2 – descrever as características sociodemográficas e as variáveis de saúde dos usuários com sobrepeso e obesidade da Estratégia Saúde da Família-Lapa-RJ;

3 – avaliar o estado nutricional dos usuários com sobrepeso e obesidade da Estratégia Saúde da Família-Lapa-RJ; e

4 – examinar a co-ocorrência da Hipertensão Arterial Sistêmica nos portadores de sobrepeso e obesidade.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Este foi um estudo epidemiológico do tipo transversal, observacional, buscando a descrição do perfil epidemiológico e nutricional do sobrepeso e da obesidade. A população-alvo do estudo foi composta de adultos de ambos os sexos, na faixa etária de 20 a 59 anos, acompanhados e adscritos na ESF-Lapa-RJ, durante o período de janeiro de 2008 a julho de 2010, cujos parâmetros foram delineados nos critérios de inclusão.

3.2 ÁREA DE ESTUDO

3.2.1 Cenário local – Lapa-RJ

A Lapa é um tradicional bairro do Rio de Janeiro, cuja ocupação se iniciou no século XVIII, tendo seu nome originado da Igreja de Nossa Senhora do Carmo da Lapa do Desterro. Era um local de passagem obrigatória para quem circulava do antigo Engenho D’el Rey – atual região da Lagoa Rodrigues de Freitas –, para o antigo Engenho Velho – atual Tijuca

(CENTRO-LAPA, 2008).

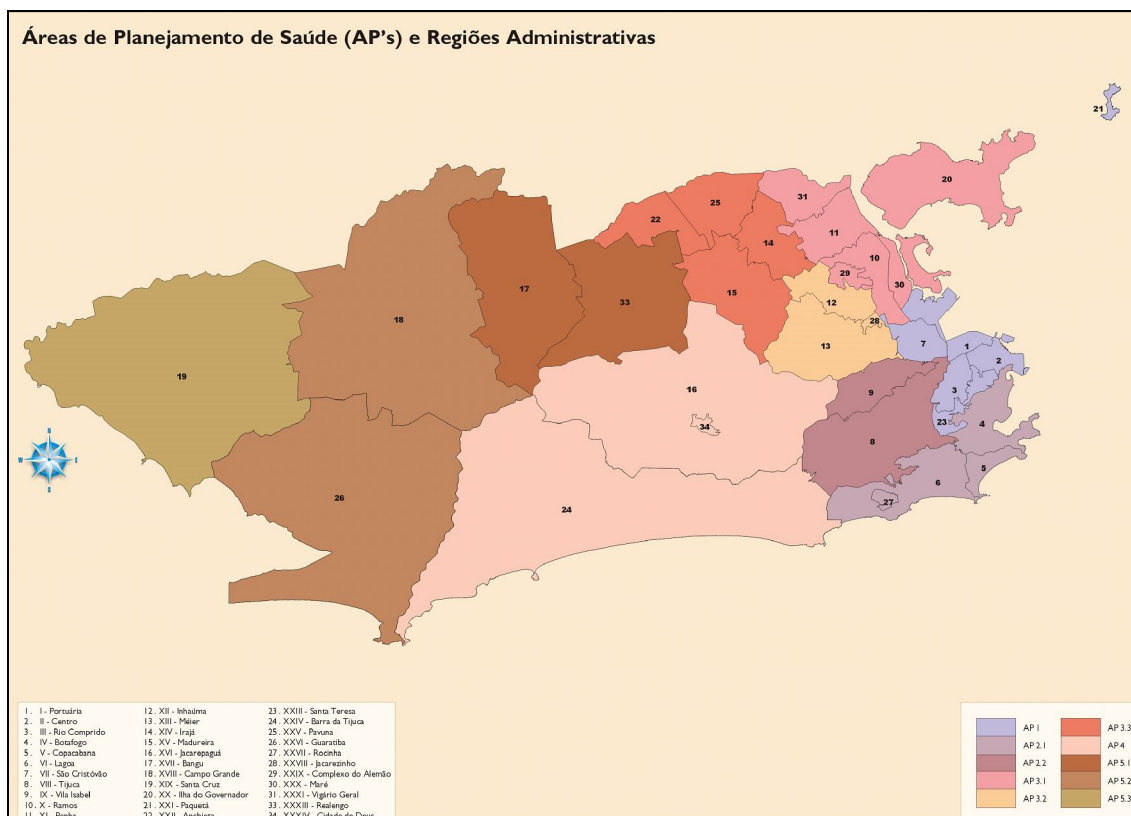
Tem como perfil populacional jovens, adultos e idosos, com ensino fundamental incompleto, renda familiar entre 2 e 5 salários mínimos, em sua maioria trabalhadores informais, prevalecendo o gênero feminino. Possui 100% de saneamento básico e coleta de lixo (ROMANO, 2008).

3.2.2 Estratégia Saúde da Família-Lapa-RJ

Em janeiro de 2001, a Universidade Estácio de Sá adotou a Estratégia Saúde da Família como eixo principal e integrador de seu currículo, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro-RJ (SMS-RJ). A partir daí, criou a Unidade de Saúde da Família, objetivando orientar o entendimento do núcleo familiar como estratégia no cuidado em saúde de indivíduos inseridos no seu contexto social (HISTÓRIAS DAS COMUNIDADES, 2008). A Unidade de Saúde da Família, dentro do enfoque do que, antes, era Programa, e atualmente se denomina ESF, está, desde então, em funcionamento.

A ESF-Lapa-RJ incide sobre a Área Programática I, englobando, pois, Santa Teresa, Rio Comprido, Cidade Nova, São Cristóvão, Benfica, Santo Cristo, Centro, Catumbi, Caju, Mangueira, Paquetá, Estácio, Vasco da Gama, Gamboa e Saúde (SAÚDE-RIO, 2006), da Rede Municipal de Saúde (FIGURA 1). Possui como unidades de referência o Pam de Oswaldo Cruz, as demais unidades da rede própria e conveniada do SUS, e o Hospital da Ordem Terceira do Carmo (HISTÓRIAS DAS COMUNIDADES, 2008).

FIGURA 1 – Áreas de Planejamento de Saúde (APs) e Regiões Administrativas



Fonte: SAÚDE-RIO, 2006

Fisicamente, a ESF-Lapa-RJ encontra-se instalada no centro da cidade do Rio de Janeiro-RJ, na Lapa, na Rua Riachuelo, n. 43, tendo iniciado sua incidência numa área de cobertura de 2.233 pessoas, de 861 famílias no ano de 2002, e, após, no ano de 2005, ampliado para de 3.648 pessoas, de 1.414 famílias (HISTÓRIAS DAS COMUNIDADES, 2008).

O convênio celebrado em 1997 entre a Universidade Estácio de Sá e a ESF-Lapa-RJ permite que os alunos do curso de Medicina, e, mais recentemente, docentes e discentes no final dos cursos de graduação de Psicologia, Odontologia, Enfermagem, Nutrição, Fonoaudiologia e Fisioterapia participem das atividades, compartilhem a análise e a reflexão das questões vivenciadas diariamente na unidade (GUIMARAES, 2008).

A atividade desempenhada pelos alunos destina-se ao acompanhamento de um grupo de famílias, distribuídas por 7 microáreas adscritas (compreendendo partes da Praça João Pessoa e das ruas do Riachuelo, do Lavradio, Mem de Sá, Gomes Freire e do Rezende), cada uma sob a responsabilidade de um médico (GUIMARAES, 2008).

Dessa forma, esses profissionais passaram a ter uma visão ampliada sobre o processo saúde-doença, do trabalho em equipe, e a construir um vínculo para o cuidado da população da região, tendo como foco tanto o indivíduo, quanto a família deste (GUIMARAES, 2008).

A comunidade tem características próprias, como, por exemplo, um baixo número de menores de 1 ano (31), mulheres em idade fértil (803) e uma grande população maior de 60 anos (666) (GUIMARAES, 2008).

Diferentemente do modelo proposto pelo MS, a ESF-Lapa-RJ mantida através de convênio com a Universidade Estácio de Sá é formada por 7 médicos (6 médicos com formação em Saúde da Família, e 1 médico com formação em Pediatria), 1 odontólogo, 2 enfermeiros, 1 fonoaudiólogo, 2 fisioterapeutas e 3 nutricionistas. Todos os profissionais de nível superior acumulam dupla função: docência e assistência (GUIMARAES, 2008).

A ESF-Lapa-RJ faz parte da Policlínica Ronaldo Gazolla, composta de 13 ambulatorios, 1 sala de ginecologia, 1 sala de procedimentos de enfermagem, 1 sala de pré-consulta, 1 recepção e 1 sala de aula e 1 farmácia (que fornece medicamentos gratuitamente à população adscrita).

A unidade conta com o suporte de especialidades clínicas e cirúrgicas, sendo que exames e referências aos especialistas, quando necessários, são absorvidos pelas unidades do Município e pela Policlínica Ronaldo Gazolla, mediante fluxo acordado previamente (MELO, 2007).

Destaca-se a formação de vários grupos de educação em saúde no ESF-Lapa-RJ, tais como: Jovens da 3ª Idade, Coral, Caminhada, Saúde em Movimento, Planejamento Familiar, Adolescentes, Gestantes, Travestis, Saboreando Saúde e Educação Psicomotora. Todos eles contam com equipe multiprofissional, ou seja, há participação de estudantes e professores de diferentes cursos da área da saúde (MELO, 2007).

3.3 POPULAÇÃO-ALVO DO ESTUDO

A população-alvo deste estudo foi composta por adultos, residentes na área de cobertura da ESF-Lapa-RJ, tendo como critérios de inclusão o indivíduo:

- (A) ser cadastrado como usuário do serviço da ESF-Lapa-RJ;
- (B) ter entre 20 e 59 anos de idade;
- (C) ter sido acompanhado em consultas médicas realizadas entre janeiro de 2008 e julho de 2010;
- (D) ter os seus dados devidamente preenchidos no seu prontuário;
- (E) ser identificado como com sobrepeso ou obesidade, sob classificação e utilizando-se os valores fornecidos para o cálculo de IMC;
- (F) concordar em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B); e
- (G) não ser deficiente físico, não estar acamado, nem portar outra deficiência que

impossibilite a mensuração adequada dos seus peso e altura.

Salientam-se como critérios de exclusão do indivíduo:

- (A) o não-preenchimento dos critérios de inclusão; e
- (B) no caso de mulheres, estar em períodos gestacional e puerperal, vez que, durante estes, há alterações nas taxas de hormônio e no peso.

Inicialmente, de acordo com os dados fornecidos ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), de janeiro a junho de 2009, para os 2.423 domicílios cadastrados e distribuídos pelas 7 microáreas de atuação da ESF-Lapa-RJ, tratou-se de, com base nas descrições das datas de nascimento dos indivíduos e nas discriminação dos moradores em cada domicílio acima, selecionar os adultos-usuários com idades variando entre 20 anos e 59 anos. Isso representou a seleção de 3.519 prontuários-usuários.

Na sequência, desse universo selecionado com base no critério da idade, e com base na avaliação individual de cada prontuário, excluíram-se os indivíduos: com prontuários inexistentes (apesar de com moradia cadastrada); que tivessem se mudado para endereços para fora da área de atuação da ESF-Lapa-RJ; com prontuários com erro ou incompletude nos dados imprescindíveis ao objeto desta pesquisa; em período gestacional ou puerperal; e deficientes físicos, acamados ou portadores de outra deficiência que impossibilitava a mensuração adequada dos seus peso e altura. E, assim, chegou-se à contagem de 1.751 prontuários-usuários excluídos.

Então, para os 1.768 prontuários-usuários restantes (distribuídos em 972 domicílios), passou-se à verificação do seu enquadramento ou não como objeto deste estudo, também com base na avaliação individual de cada prontuário, selecionando-se o indivíduo: com IMC igual ou superior a 25; e que tivesse tido a última consulta pela ESF-Lapa-RJ entre janeiro de 2008

e julho de 2010.

De tal verificação, chegou-se ao real número de 270 usuários portadores de sobrepeso, e de 177 usuários portadores de obesidade. Portanto, ao final da primeira fase do levantamento de dados, visto que, não se dispunha, anteriormente, de tais dados para a configuração da população-alvo, totalizou-se uma população-fonte de 447 usuários portadores de sobrepeso ou obesidade, com idade variando entre 20 anos e 59 anos, que, em consulta mais recente, foram atendidos pela ESF-Lapa-RJ entre janeiro de 2008 e julho de 2010.

De maneira pontual, observou-se que, desses usuários com peso acima do normal: 60% eram portadores de sobrepeso, enquanto que 40% eram obesos, distribuídos entre as três espécies de obesidade; 55% eram do sexo feminino, e 45%, do sexo masculino; a maioria foi identificada na faixa etária igual ou superior aos 40 anos, revelando uma menor incidência de sobrepeso ou obesidade entre os indivíduos de idades de 20 anos a 39 anos (TABELA 3).

A identificação da cor dos usuários foi muito precária, porém se apurou que na população branca o sobrepeso e a obesidade foram mais prevalentes (TABELA 4).

Houve também uma significativa dificuldade na apuração da escolaridade e da situação familiar, apesar das distintas variáveis desenhadas no SIAB para essas condições, de modo que se observa que os dados incompletos ou não dentro dos apresentados somam 56% daqueles preenchidos e formais nesse enfoque. Não obstante isso, foi possível verificar que quase 30% tinham formação até o Ensino Médio Completo, e 30%, o Ensino Fundamental Completo. E, 1/3 dos usuários conviviam com familiar(es) sem companheiro, ou viviam com companheira(o) e filho(s) (TABELA 4).

TABELA 3 – Variáveis independentes da população-alvo – distribuição por IMC, sexo e idade

Variável	Porcentagem (%)	Intervalo de Confiança (%)
Distribuição por IMC		
Sobrepeso	60	(50 – 70)
Obesidade Grau I	26	(17 – 35)
Obesidade Grau II	8	(3 – 13)
Obesidade Grau III	5	(1 – 9)
Distribuição por Sexo		
Masculino	45	(35 – 55)
Feminino	55	(45 – 65)
Distribuição por Faixa Etária		
20 a 29 anos	12	(6 – 18)
30 a 39 anos	20	(12 – 28)
40 a 49 anos	30	(21 – 39)
50 a 59 anos	38	(28 – 48)

TABELA 4 – Variáveis independentes da população-alvo – distribuição por cor, situação familiar e escolaridade

Variável	Porcentagem (%)	Intervalo de Confiança (%)
Distribuição por Cor		
Branca	42,41	(33 – 52)
Outras	57,59	(48 – 67)
Distribuição por Situação Familiar		
Vive com companheira(o) e filho(s)	11	(5 – 17)
Convive com familiar(es), sem companheira(o)	21	(13 – 29)
Não informada	35	(26 – 44)
Vive só	6	(1 – 11)
Convive com companheira(o) com filho(s) e/ou outros familiar(es)	7	(2 – 12)
Convive com outras pessoas sem laços consanguíneos e/ou conjugais	8	(3 – 13)
Convive com companheira(o) com laços conjugais e sem filho(s)	9	(3 – 15)
Declarada fora do padrão	3	(0 – 6)
Distribuição por Escolaridade		
Não sabe ler nem escrever	1	(0 – 3)
Alfabetizado	0,96	(0 – 3)
Fundamental Incompleto	25,45	(17 – 34)
Fundamental Completo	5,06	(1 – 9)
Médio Incompleto	10,27	(4 – 16)
Médio Completo	19,20	(11 – 27)
Superior Incompleto	6,47	(2 – 11)
Superior Completo	3,37	(0 – 7)
Especialização/Residência	0,24	(0 – 1)
Mestrado	0	0
Doutorado	0	0
Não informada	28,79	(20 – 38)

3.4 A AMOSTRA

Neste estudo, a amostra, que consistiu em um subconjunto da população-alvo, foi do tipo não-probabilística, também denominada não-aleatória ou conveniência por julgamento (OLIVEIRA, 2001). Constituiu-se de todos os usuários identificados como portadores de sobrepeso ou obesidade, segundo classificação preconizada pela OMS, atendidos em consultas realizadas pela pesquisadora e por 2 acadêmicos de Medicina, devidamente treinados no serviço da ESF-Lapa-RJ, em ambos os turnos, no período de segunda-feira a sexta-feira, de fevereiro a julho de 2010, sob os critérios (de inclusão e exclusão) mencionados e oriundos da população-alvo identificada e discriminada anteriormente.

A escolha desse tipo de amostra deveu-se ao fato de não se buscar generalizá-lo para as populações. Ao contrário, tem por escopo obter a mais certa ideia da variedade de elementos e suas peculiaridades (OLIVEIRA, 2001) existentes na população de adultos jovens (faixa etária dos 20 anos aos 59 anos), portadores de sobrepeso ou obesidade, assistidos sob consulta médica no serviço de ESF-Lapa-RJ no período descrito acima.

Na sequência do trabalho, no que diz respeito à terceira parte, buscando-se compor a amostra, foi confeccionado um questionário a ser respondido pelos 30 usuários-adultos portadores de sobrepeso ou obesidade, retirados da população-alvo e já em seguimento desde janeiro de 2008 na ESF-Lapa-RJ.

Esse questionário, contendo perguntas abertas e fechadas que incrementaram as do SIAB, foi resultado de discussões e chancelado por grupo-piloto composto por 7 pessoas, em forma de roda (ANEXO A).

Para fins de convocação, foram distribuídos, aleatoriamente, contando com o auxílio

das agentes comunitárias, 300 convites ao universo de usuários-adultos portadores de sobrepeso ou obesidade identificados na primeira fase.

Assim, por 2 meses, nos horários das 8h às 17h, às segundas-feiras, quartas-feiras e sextas-feiras, aguardou-se o comparecimento desses usuários convidados, para a coleta de dados.

Durante esse período, dos usuários que compareceram na unidade médica da ESF-Lapa-RJ, tanto em razão do convite, quanto por motivo de consulta médica ordinária (a maioria, ou seja, mais de 90%), foram coletados os dados pertinentes à pesquisa, logrando a formação de uma amostra composta por 30 pessoas, cujas variáveis independentes foram distribuídas com seus respectivos índices de confiabilidade conforme apresentada nos resultados obtidos.

Mister se faz mencionar que, uma vez considerados o erro amostral de 5%, o nível de confiança de 95% e a prevalência de obesidade de 20%, consoante estudos anteriores na população em geral, a amostra necessária da população deveria ser de 159 usuários.

No entanto, só se logrou a formação de uma amostra composta por 30 usuários, o que corresponde a cerca de 20% do valor da amostra necessária estimada.

3.5 INSTRUMENTOS DE MEDIDA E COLETA DOS DADOS

3.5.1 Entrevistas e pesquisadores

As entrevistas e demais coletas de dados foram realizadas pela mestrande e por 2 acadêmicos dos terceiro e quinto anos de Medicina da Universidade Estácio de Sá-Lapa-RJ, submetidos a treinamento específico para aplicação dos instrumentos e da logística do trabalho de campo, tendo este tido a duração de 6 meses completos, de fevereiro de 2010 a julho de 2010, com a participação total, portanto, de 3 pesquisadores.

3.5.2 Variáveis

Este estudo foi composto por 1 variável dependente e por 5 variáveis independentes, a seguir detalhadas.

3.5.2.1 Variável dependente

A variável dependente é a variável-desfecho, a qual delimita o usuário integrante da pesquisa, ou seja, neste trabalho é o IMC igual ou superior a $25\text{mg}/\text{kg}^2$.

Portanto, para o presente estudo, uma vez tendo sido obtido o IMC, sob mensuração em uma única vez dos parâmetros ditados pela OMS, o usuário foi classificado como portador de sobrepeso (quando o IMC computado correspondeu a algo entre 25 e $29,9\text{ mg}/\text{kg}^2$) ou de obesidade (quando o IMC computado correspondeu a algo igual ou superior a $30\text{ mg}/\text{kg}^2$).

3.5.2.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes selecionadas para análise dos usuários foram baseadas no questionário do SIAB, assim detalhadas e subdivididas em:

Variáveis independentes relacionadas às informações gerais

As variáveis independentes relacionadas às informações gerais compreendem as variáveis mínimas e necessárias para estabelecer qualquer perfil epidemiológico de uma população estudada:

- 1) SEXO – classificação dicotômica: masculino e feminino;
- 2) IDADE – fornecida pelo próprio usuário, ou calculada pelos pesquisadores quando fornecida a data do nascimento. Posteriormente, classificada em categorias ordinais em 4

grupos divididos por décadas: 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, e 50 a 59 anos;

3) RENDA FAMILIAR MENSAL – também fornecida pelo próprio usuário em salários mínimos, posteriormente dividida em categorias ordinais em 4 grupos, compreendendo: de 0 a 1 salário mínimo, de mais de 1 até 3 salários mínimos, de mais de 3 até 5 salários mínimos, e acima de 5 salários mínimos;

4) GRAU DE ESCOLARIDADE – dividida em: Não sabe ler/escrever, Alfabetizado, Fundamental Incompleto, Fundamental Completo, Médio Incompleto, Médio Completo Superior Completo, Superior Incompleto, Especialização/Residência, Mestrado e Doutorado;

5) COR – classificada conforme avaliação do examinador em: branca, parda, preta e indígena;

6) SITUAÇÃO FAMILIAR – dividida, de acordo com os parâmetros da tabela do SIAB, em: vive com companheira(o) e filho(s); convive com companheira(o) com laços conjugais e sem filho(s); convive com companheira(o) com filho(s) e/ou outro(s) familiar(es); convive com família(res) sem companheiro(a); convive com família(res) sem companheiro(a); convive com outras pessoas sem laços consanguíneos e/ou conjugais; vive só e vive com companheiro(a);

7) OCUPAÇÃO – estabelecida de acordo com a presença ou não de vínculo empregatício, com a discriminação das profissões.

Variáveis independentes relacionadas às informações da moradia e dos hábitos de vida

As variáveis independentes relacionadas às informações da moradia e dos hábitos de vida são assim identificadas:

1) TIPO DE MORADIA – agrupou-se da seguinte forma: casa, apartamento, barraco,

quarto ou cômodo, e outros. Contabilizaram-se também: o número de cômodos por moradia, de nenhum a número informado pelo entrevistado; se as moradias eram providas ou não de luz elétrica; a forma de descarte do lixo oriundo dos moradores, questionando-se se era coletado, queimado, enterrado, colocado em terreno baldio, colocado em caçambas de lixo ou outros; a fonte de água potável da moradia (torneira de casa, torneira comunitária, poço ou outros); o tipo de água consumida pelos moradores (filtrada, fervida, consumida diretamente da fonte, ou filtrada e fervida).

2) TABAGISMO – classificaram-se os entrevistados em fumantes, ex-fumantes e não-fumantes. Quando positiva a resposta para o tabagismo, perguntou-se sobre a idade do início do consumo, e sobre a quantidade de cigarros (e congêneres) consumidos. O mesmo se deu para os ex-fumantes, com o enfoque para saber quanto tempo sem o hábito e o que levou à interrupção do consumo.

3) ETILISMO – classificaram-se os entrevistados pelo consumo ou não de bebida alcoólica. Quando positiva a resposta para o etilismo, perguntou-se sobre a idade do início do consumo, sobre a quantidade de bebida alcoólica consumida e sobre o tipo de bebida alcoólica consumida (fermentada ou destilada). O mesmo se deu para os indivíduos que pararam de beber bebida alcoólica, com o enfoque para saber quanto tempo sem o hábito e o que levou à interrupção do consumo.

4) ATIVIDADE FÍSICA – classificaram-se os entrevistados pela prática ou não de atividade física. Quando positiva a resposta, perguntou-se sobre qual seria a atividade desempenhada, sobre a periodicidade e sobre o local onde era desempenhada.

Variáveis independentes relacionadas à história patológica pregressa e à história familiar

Nesta parte do questionário, quanto às variáveis independentes relacionadas à história

patológica pregressa e à história familiar, buscou-se identificar as doenças preexistentes, diagnosticadas por médicos, acompanhadas ou não, assim como a informação sobre a existência de seu tratamento (medicamentoso ou não), e tempo de duração deste.

Entre as enfermidades perguntadas diretamente, por comporem a Síndrome Plurimetabólica, destacaram-se: HAS, DM, Dislipidemia e Cardiopatia.

Ao sexo feminino, foi ainda questionado o número de gestações, independentemente da ocorrência de abortos ou natimortos.

No tocante à informação familiar, foi questionada a manifestação das seguintes patologias entre os genitores e familiares dos entrevistados: HAS, DM, Cardiopatia e Câncer.

Variáveis independentes relacionadas ao perfil nutricional

As variáveis independentes relacionadas ao perfil nutricional foram identificadas por ANAMNESE ALIMENTAR, que consistiu em saber quantas refeições diárias cada usuário fazia (divididas de 1 a 6 vezes ao dia), quais (café, colação, almoço, lanche, jantar, ceia ou se beliscava), se já fazia algum tipo de dieta (em caso positivo, qual seria a finalidade), se o consumo se dava diante da televisão, o tipo da mastigação classificada pelo próprio entrevistado (lenta, muito lenta, rápida, muito rápida ou normal), se havia o acompanhamento por nutricionista, qual o tipo de alimento mais consumido, qual a frequência de lanches ao mês, e se havia substituição de refeições por lanches (em caso positivo, qual seria o lanche substituto).

3.5.3 Dados antropométricos

Como mencionado, a coleta de dados deu-se por um único examinador, através da avaliação antropométrica, realizada com os usuários descalços, trajando apenas roupas leves, na posição ortostática, pés juntos, sobre mesma balança.

As medidas relativas ao peso e à altura foram coletadas por balança mecânica da marca Filizola®, com capacidade de 150kg e graduação de 100g, sendo que o peso foi discriminado em quilogramas, apresentado em 1 algarismo decimal, e, a altura discriminada em metros, apresentada em 2 algarismos decimais.

Com os valores do peso e da altura, foi calculado o IMC, sob a fórmula previamente descrita, para, então, classificar-se a condição do usuário como eutrófico (ou normal) ou portador de sobrepeso ou de obesidade (especificando-se, neste caso, o grau da enfermidade), conforme TABELA 5 (WHO, 2008).

TABELA 5 – Índice de Massa Corpórea

IMC (kg/m ²)	CONDIÇÃO DO INDIVÍDUO
de 18 a 24,9	Eutrófico (ou Normal)
de 25 a 29,9	Portador de Sobrepeso
de 30 a 34,9	Portador de Obesidade Grau I
de 35 a 39,9	Portador de Obesidade Grau II
igual ou superior a 40	Portador de Obesidade Grau III

Fonte: WHO, 2008

Ainda em relação aos dados antropométricos, foi medida a circunferência abdominal em centímetros, definida como a menor medida de uma circunferência no nível da cicatriz umbilical, no final do movimento expiratório, e documentada em centímetros, com 2 algarismos decimais.

3.5.4 Pressão arterial

A pressão arterial também foi mensurada, seguindo especificações universais, por um único examinador, de modo não-invasivo, usando aparelho portátil de pressão arterial anaeroide, da marca Tycos – Welch Ally®, devidamente calibrado.

A sua verificação teve como pré-requisito obedecer às normas universais de aferição, ratificadas nas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial do ano de 2006, de modo que (SBC, 2006), para o presente trabalho, foi apurada em membro superior direito, atendendo as seguintes linhas básicas:

- (A) o examinado não poderia ter feito esforço físico até 30 minutos antes de se aferir a pressão;
- (B) o examinado não poderia ter ingerido bebidas ou ter fumado, pelo menos 1 hora antes da aferição da pressão;
- (C) o examinado não poderia estar com a bexiga cheia, tendo que aguardar, após ter urinado, pelo menos 5 minutos antes da aferição da pressão;
- (D) o examinado deveria estar relaxado por 5 minutos a 10 minutos antes da aferição da pressão, e estar com o braço relaxado, em silêncio;
- (E) a braçadeira do manguito deveria corresponder a 40% da circunferência do braço, envolvendo 80% do comprimento deste, e ser colocada de 2cm a 3cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa sobre a artéria braqueal (localizada antes da colocação da braçadeira), cuja margem inferior deveria estar, aproximadamente, 2,5cm da dobra do cotovelo;

(F) serem utilizadas braçadeiras específicas para adultos sadios e adultos com sobrepeso ou obesidade.

Na manobra de aferição da pressão, adotou-se o procedimento a seguir:

(A) o pulso radial foi palpado, que, depois, desapareceu, para estimativa do nível da pressão sistólica, e, em seguida, desinflou-se rapidamente a braçadeira, aguardando-se de 15 segundos a 30 segundos, antes de se inflá-la novamente;

(B) a campânula do estetoscópio foi suavemente posicionada sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, assegurando-se o contato com a pele em todos os pontos, mas, ao mesmo tempo, evitando-se uma compressão excessiva, para não redundar na alteração do resultado da medição;

(C) inflou-se a braçadeira de 10mmHg em 10mmHg, até um nível estimado da pressão arterial, com base em avaliação preliminar à medição;

(D) a braçadeira foi desinflada com uma certa velocidade constante de 2mmHg/s a 4mmHg/s, evitando-se a congestão venosa, e, com isso, desagradável desconforto para o indivíduo examinado;

(E) identificou-se a pressão diastólica (mínima) em mmHg, observando no manômetro o ponto correspondente ao último batimento regular audível, desinflando-se totalmente a braçadeira com a atenção voltada ao completo desaparecimento dos batimentos;

(F) aguardou-se, de 1 minuto a 2 minutos, para liberar o sangue.

No dia da entrevista, independente da sua condição hipertensiva prévia, em tratamento ou não, depois de obtidos os valores pressóricos, os usuários foram classificados conforme a apresentação da TABELA 6:

TABELA 6 – Classificação da Pressão Arterial pela Organização Mundial de Saúde

PAD (mmHg) – Sistólica	PAS (mmHg) – Diastólica	Classificação Universal
< 85	< 130	Normal
Entre 85 e 89	Entre 130 e 139	Normal Limítrofe
Entre 90 e 99	Entre 140 e 159	Hipertensão Estágio I
Entre 100 e 109	Entre 160 e 179	Hipertensão Estágio II
≥ 110	≥ 180	Hipertensão Estágio Grave

Fonte: SBC, 2006

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi feita no programa Epi Info (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos), versão 3.5.1, de forma a permitir a comparação das informações e a correção de possíveis inconsistências.

Para uma melhor qualidade dos gráficos, os dados foram também digitados no programa Microsoft Excel, versão 7.

Inicialmente foram demonstradas a análise descritiva das variáveis, assim como a associação entre sobrepeso ou obesidade e as variáveis socioeconômicas entre os homens e as mulheres acompanhados pela ESF-Lapa-RJ, entre janeiro de 2008 e julho de 2010.

Posteriormente, expôs-se a amostra obtida por entrevistas diretas com os usuários selecionados aleatoriamente em questionário composto por perguntas estruturadas de formas aberta e fechada, contemplando as variáveis apresentadas.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E CONSENTIMENTOS

O estudo foi, primeiramente, submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estácio de Sá, para sua aprovação, atendendo aos preceitos éticos previstos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (Brasil), número 196/96, que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos.

Em seguida, os usuários que desejaram participar voluntariamente da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), a partir da descrição dos objetivos e da metodologia do estudo.

4 RESULTADOS

Os resultados foram obtidos de uma amostra composta por 30 usuários-adultos portadores de sobrepeso ou obesidade, retirados da população-alvo e já em seguimento de janeiro de 2008 a junho de 2010, na ESF-Lapa-RJ, à qual foi aplicado um questionário composto por perguntas abertas e fechadas que incrementaram as do SIAB, sob entrevistas realizadas nos horários das 8h às 17h, às segundas-feiras, quartas-feiras e sextas-feiras.

Portanto, dos 30 entrevistados que compuseram a amostra: 77% eram representados por mulheres (GRÁFICO 1); 53,3% preenchem a faixa etária compreendida entre 50 anos e 59 anos (GRÁFICO 2); 73% foram classificados como brancos (GRÁFICO 3); 54% viviam com companheira(o) ou conviviam com familiar(es) sem companheira(o) (GRÁFICO 4); e seus 43,3% tinham como formação escolar o Ensino Fundamental Incompleto (GRÁFICO 5) (TABELA 7).

GRÁFICO 1 – Distribuição por sexo

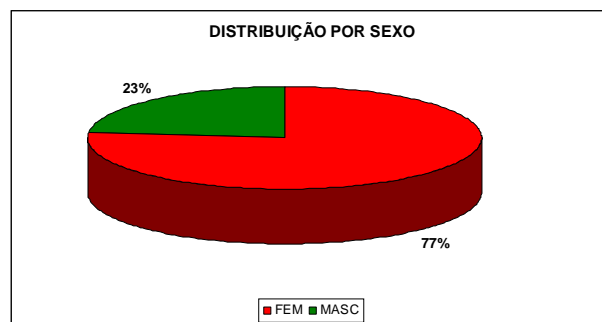


GRÁFICO 2 – Distribuição por faixa etária

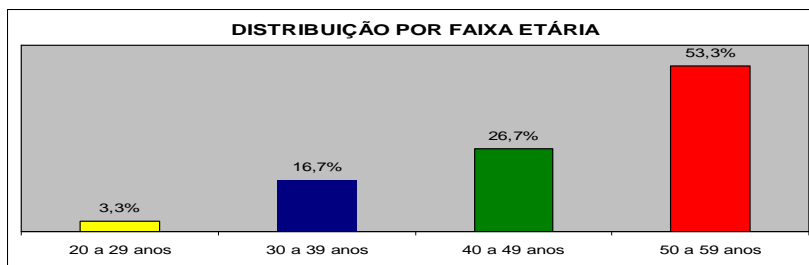


GRÁFICO 3 – Distribuição por cor

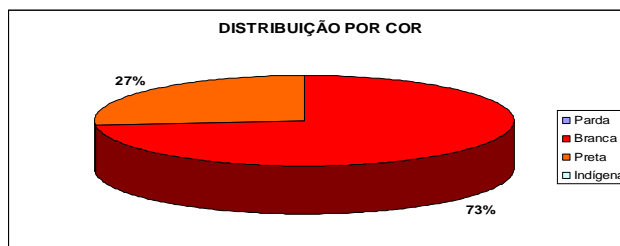


GRÁFICO 4 – Distribuição por situação familiar

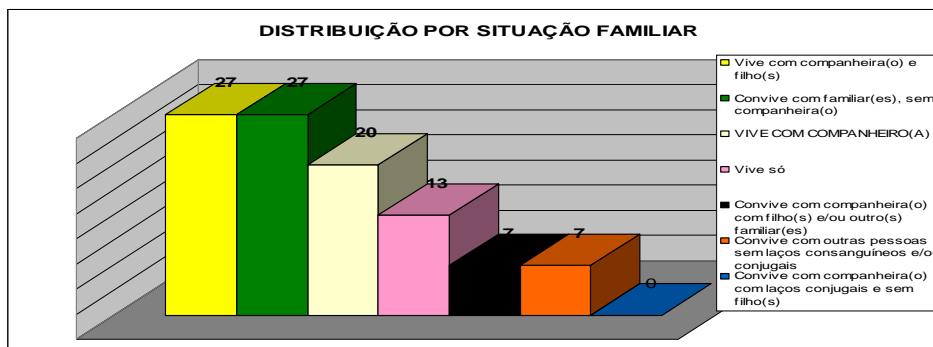


GRÁFICO 5 – Distribuição por escolaridade

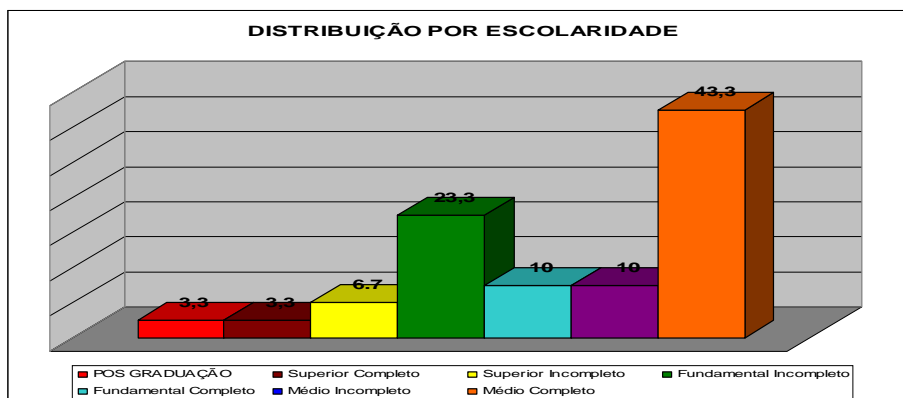


TABELA 7 – Variáveis independentes – distribuição por sexo, faixa etária, cor, situação familiar, escolaridade

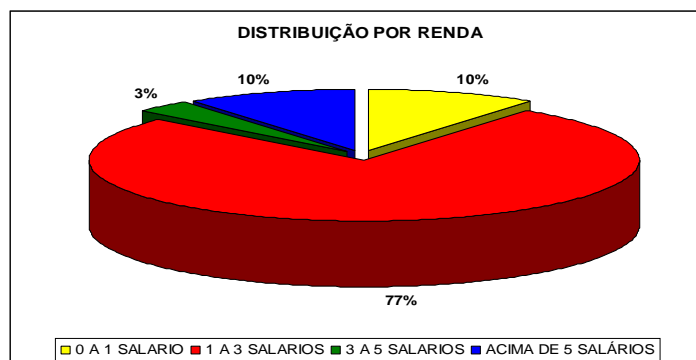
Variável	Porcentagem (%)	Intervalo de Confiança (%)
Distribuição por Sexo		
Masculino	23	(15 – 31)
Feminino	77	(69 – 85)
Distribuição por Faixa Etária		
20 a 29 anos	3,3	(0 – 7)
30 a 39 anos	16,7	(9 – 24)
40 a 49 anos	26,7	(18 – 35)
50 a 59 anos	53,3	(44 – 63)
Variável	Porcentagem (%)	Intervalo de Confiança (%)
Distribuição por Cor		
Branca	73	(64 – 82)
Outras	27	(18 – 36)
Distribuição por Situação Familiar		
Vive com companheira(o) e filho(s)	27	(18 – 36)
Convive com familiar(es), sem companheira(o)	27	(18 – 36)
Vive com companheira(o)	20	(12 – 28)
Vive só	13	(6 – 20)
Convive com companheira(o) com filho(s) e/ou outros familiar(es)	7	(2 – 12)
Convive com outras pessoas sem laços consanguíneos e/ou conjugais	7	(2 – 12)
Convive com companheira(o) com laços conjugais e sem filho(s)	0	0
Distribuição por Escolaridade		
Pós-graduação	3,3	(0 – 7)
Superior Completo	3,3	(0 – 7)
Superior Incompleto	6,7	(2 – 12)
Fundamental Completo	10	(4 – 16)
Fundamental Incompleto	23,3	(15 – 32)
Médio Completo	43,3	(34 – 53)
Médio Incompleto	10	(4 – 16)

Identificou-se que 57% dos entrevistados possuíam vínculo empregatício, sendo que 77% declararam como renda familiar de 2 a 3 salários mínimos (TABELA 8) (GRÁFICO 6).

TABELA 8 – Variáveis independentes – distribuição por vínculo empregatício e renda

Variável	Porcentagem (%)	Intervalo de Confiança (%)
Distribuição por Vínculo Empregatício		
Sim	57	(47 – 67)
Não	43	(33 – 53)
Distribuição por Renda		
0 a 1 Salário	10	(4 – 16)
1 a 3 Salários	77	(69 – 85)
3 a 5 Salários	3	(0 – 6)
Acima de 5 Salários	10	(4 – 16)

GRÁFICO 6 – Distribuição por renda familiar



Em relação à variável moradia, 97% dos entrevistados viviam em apartamento composto por 3 a 4 cômodos, todos abastecidos com água em torneira direta, com 100% de coleta de lixo e luz elétrica (TABELA 9).

TABELA 9 – Variáveis independentes – distribuição por tipo de moradia

Variável	Porcentagem (%)	Intervalo de Confiança (%)
Distribuição por Tipo de Moradia		
Apartamento	97	(94 – 100)
Quarto ou cômodo	3	(0 – 6)

A respeito dos hábitos de vida, verificou que, entre os entrevistados: o etilismo estava presente em 60% (GRÁFICO 7); 87% eram tabagistas (GRÁFICO 8); e que o sedentarismo era prevalente em 73% (GRÁFICO 9) (TABELA 10).

GRÁFICO 7 – Distribuição por etilismo

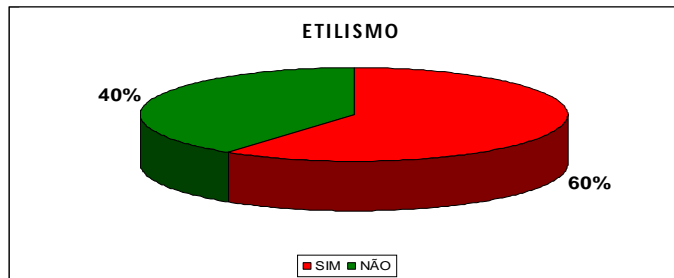


GRÁFICO 8 – Distribuição por tabagismo

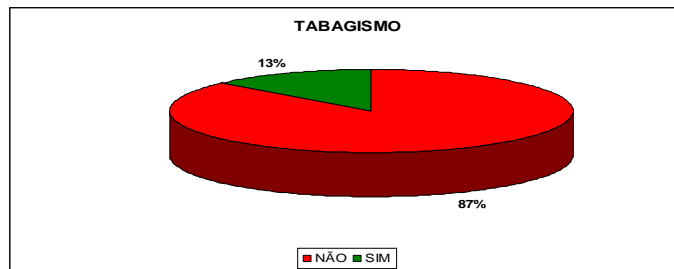
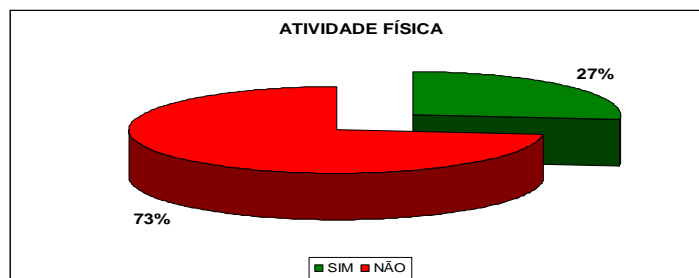


GRÁFICO 9 – Distribuição por atividade física



No que refere ao tabagismo, apurou-se que 87% dos entrevistados eram fumantes, sendo que destes: 50% iniciaram o consumo entre os 10 anos e os 15 anos de idade; e 56% consumiam de 11 a 20 cigarros ao dia. E, com relação ao etilismo, verificou-se que 60% dos entrevistados consumiam bebida alcoólica, sendo que destes: 52% tiveram seu primeiro consumo aos 16 anos de idade; 71% consumiam bebida alcoólica ou eventualmente ou 1 vez por semana; e a maioria era composta por consumidores de bebida do tipo fermentado (TABELA 10).

TABELA 10 – Variáveis independentes – distribuição por hábitos de vida

Variável	Porcentagem (%)	Intervalo de Confiança (%)
Tabagismo		
Sim	13	(6 – 20)
Não	87	(80 – 94)
Etilismo		
Sim	60	(50 – 70)
Não	40	(30 – 50)
Atividade Física		
Sim	27	(18 – 36)
Não	73	(64 – 82)

Ainda com relação aos hábitos de vida, constatou-se que o sedentarismo é presente em 73% de todos os entrevistados, enquanto que 27% praticavam algum tipo de atividade (TABELA 10), sendo que destes últimos: 62% o faziam em academia; e mais que 49% numa periodicidade de, pelo menos, 4 vezes por semana.

Já, quanto à variável relacionada à história familiar de obesidade, apurou-se que, dos entrevistados, 33% tinham apenas o pai obeso, 47% tinham somente a mãe obesa, e 20% tinham ambos genitores obesos, enquanto que 43% conviviam com alguém próximo portador de obesidade (TABELA 11).

TABELA 11 – Variáveis independentes – distribuição por história familiar de obesidade

Variável	Porcentagem (%)	Intervalo de Confiança (%)
Herança Genética Paterna		
Sim	33	(24 – 42)
Não	67	(58 – 76)
Herança Genética Materna		
Sim	47	(37 – 57)
Não	53	(43 – 63)
Herança Genética Materna e Paterna		
Sim	20	(12 – 28)
Não	80	(72 – 88)
Obesidade no Domicílio		
Sim	43	(33 – 53)
Não	57	(47 – 67)

E, em 39% das entrevistadas, foi verificada a multiparidade com 4 gestações durante a fase reprodutiva.

Apurou-se ainda que, seguida da Dislipidemia, a doença mais prevalente foi a Hipertensão Arterial, seja entre os entrevistados (15% dos casos), seja entre os parentes destes.

Foi constatado também que somente 33% dos entrevistados faziam algum tipo de dieta destinada ao tratamento nutricional da obesidade sob a supervisão do serviço de nutrição (GRÁFICO 10). Desse modo, 67% dos portadores de sobrepeso ou de obesidade seguiam sem orientação alimentar adequada, sendo que com um número reduzido de refeições (50% faziam de 3 a 4 refeições, distribuídas entre o café da manhã, o almoço e o jantar) (GRÁFICO 11 e 12), e, apesar de 66,7% não fazerem lanche nas ruas, 47% tinham o hábito de substituir uma refeição por lanche, e 40% assistiam à televisão durante a refeição (GRÁFICO 13). Também foi identificada a prevalência da mastigação rápida ou muito rápida, apesar de 61,4% consumirem legumes, e 67%, frutas (GRÁFICO 14) (TABELA 12).

GRÁFICO 10 – Distribuição por hábitos alimentares – em realização de dieta



GRÁFICO 11 – Distribuição por hábitos alimentares – número de refeições ao dia

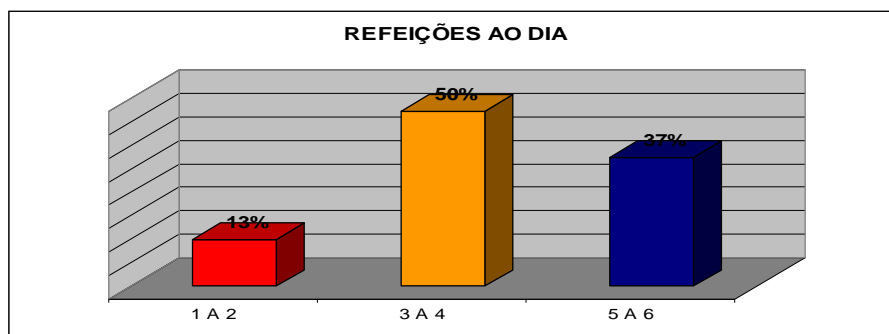


GRÁFICO 12 – Distribuição por hábitos alimentares – tipos de refeições ao dia

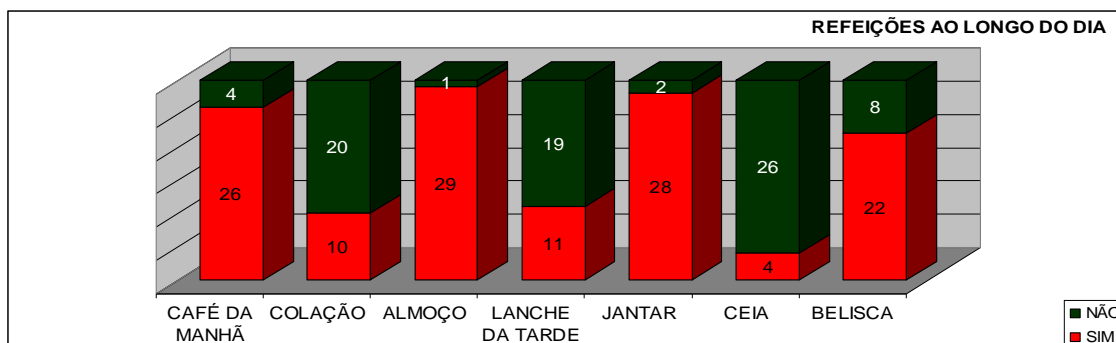


GRÁFICO 13 – Distribuição por hábitos alimentares – hábito de assistir à televisão durante qualquer refeição

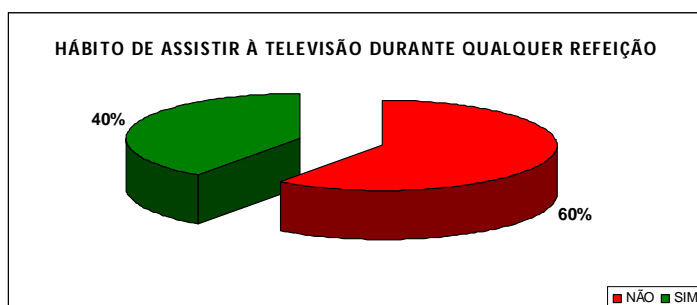


GRÁFICO 14 – Distribuição por hábitos alimentares – tipo de alimento

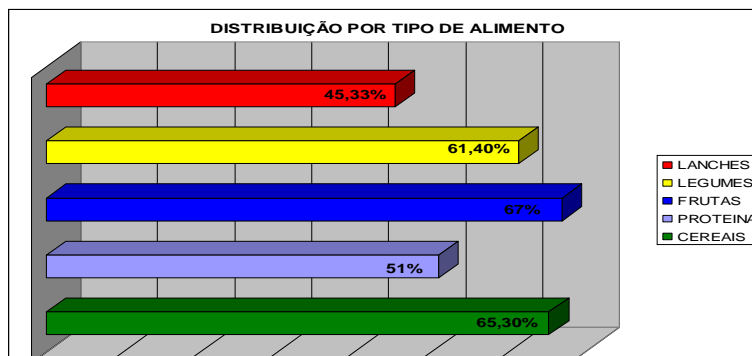


TABELA 12 – Variáveis independentes – distribuição por hábitos alimentares

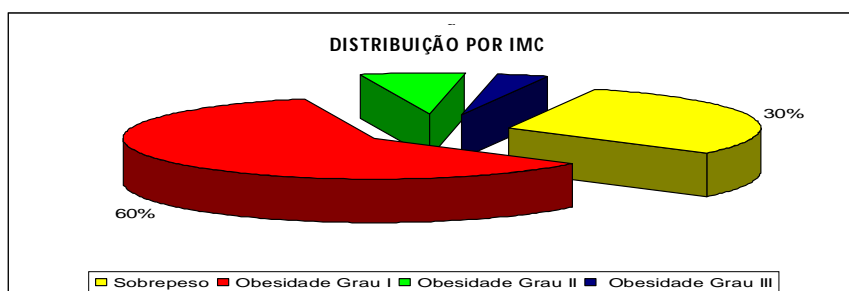
Variável	Porcentagem (%)	Intervalo de Confiança (%)
Refeições ao Dia		
1 a 2	13	(6 – 20)
3 a 4	50	(40 – 60)
5 a 6	37	(28 – 46)
Assiste à Televisão Durante Qualquer Refeição		
Sim	40	(30 – 50)
Não	60	(50 – 70)
Tipo de Mastigação		
Normal	23,33	(15 – 32)
Lenta	13,3	(7 – 20)
Rápida	36,67	(27 – 46)
Muito rápida	23,33	(15 – 32)
Muito lenta	3,33	(0 – 7)
Distribuição por Tipo de Alimento		
Lanches	45,33	(36 – 55)
Legumes	61,40	(52 – 71)
Frutas	67	(58 – 76)
Proteína	51	(41 – 61)
Cereais	65,3	(56 – 75)

Na identificação do IMC, apurou-se que 90% dos entrevistados eram portadores de Obesidade Grau I ou de Sobrepeso (TABELA 13) (GRÁFICO 15).

TABELA 13 – Variáveis independentes – distribuição por IMC

Variável	Porcentagem (%)	Intervalo de Confiança (%)
Distribuição por IMC		
Sobrepeso	30	(21 – 39)
Obesidade Grau I	60	(50 – 70)
Obesidade Grau II	7	(2 – 12)
Obesidade Grau III	3	(0 – 6)

GRÁFICO 15 – Distribuição por IMC

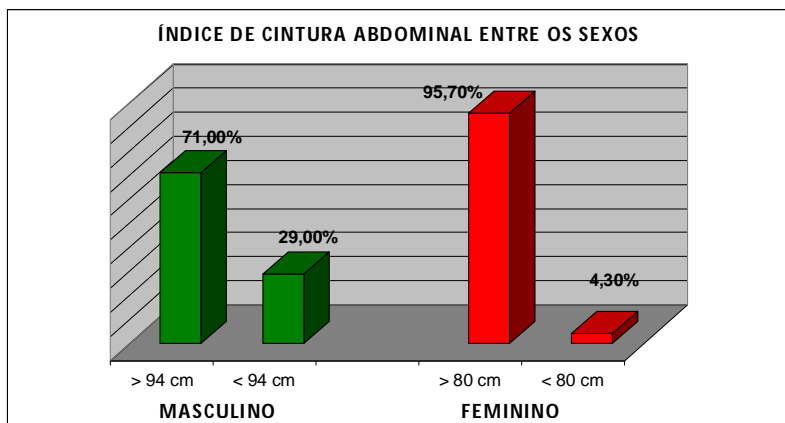


Verificou-se, outrossim, que o risco cardiometabólico foi aumentado: tanto no sexo masculino, já que 71% dos usuários tinham circunferência abdominal maior que 94cm; como no sexo feminino, visto que 95% das usuárias tinham circunferência abdominal maior que 80cm (TABELA 14) (GRÁFICO 16).

TABELA 14 – Variáveis independentes – distribuição por índice de cintura abdominal entre os sexos

Variável	Porcentagem (%)	Intervalo de Confiança (%)
Índice de Cintura Abdominal Entre os Sexos		
Masculino \geq 94cm	71	(62 – 80)
Masculino < 94cm	29	(20 – 38)
Feminino \geq 80cm	95,7	(92 – 100)
Feminino < 80cm	4,3	(0 – 8)

GRÁFICO 16 – Distribuição por índice de cintura abdominal entre os sexos



Quanto à pressão arterial, apurou-se que, no momento da entrevista dos indivíduos: 30% deles estavam com HAS, sendo que 15% já eram sabidamente hipertensos, 40% estavam com pressão arterial alterada, 20% não sabiam que podiam ser classificados como hipertensos no Estágio I da doença. E 26,67% dos indivíduos sabidamente hipertensos e que não faziam tratamento estavam com pressão arterial alterada e além dos níveis de normalidade.

5 DISCUSSÃO

Apesar de ainda existirem fome e desnutrição, observa-se um crescimento do sobrepeso e da obesidade, em especial, nas camadas mais desfavorecidas, o que também expressa má-alimentação e baixo acesso a uma dieta equilibrada (KAC, 2009).

Diante do levantamento bibliográfico, assim como dos números apresentados na pesquisa, fica notório que o sobrepeso e a obesidade caminham para uma epidemia nacional e internacional, conforme apontam dados da OMS (WHO, 2008).

No Brasil, a prevalência de sobrepeso e obesidade teve um crescimento significativo nas décadas de 1970 e 1990 (PINHEIRO, 2004), conforme apontam estudos de base populacional (Endef e a PNSN), substanciando um incremento da prevalência do sobrepeso e da obesidade entre homens e mulheres, sendo um pouco mais significativo neste último grupo (PINHEIRO, 2004).

Não diferente das realidades nacional e mundial, o presente trabalho identificou uma prevalência de 25% de obesidade entre os usuários acompanhados na pesquisa realizada.

Em confluência com o estudo realizado pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico – VIGITEL, do MS, que apurou que 13% dos adultos eram obesos (destes 13,6% mulheres, e 12,4% homens), independente da localização regional brasileira (MS, 2010), no presente trabalho, tanto na primeira fase de levantamento de dados nos prontuários, quanto na fase de coleta da amostra, também se identificou, na distribuição do sobrepeso e da obesidade por sexo, maior comprometimento do público feminino, para ambas enfermidades, totalizando em cada fase, respectivamente, 55% e

77% dos casos. Tudo, portanto, em conformidade com os estudos antropométricos, os quais revelam que o sobrepeso e a obesidade afetam quase que duas vezes mais mulheres do que homens (KAC, 2010).

A faixa etária mais comprometida pelo sobrepeso ou pela obesidade está entre os 50 anos e 59 anos, seja em países como Espanha/Europa, onde 24% sofreram de obesidade nos anos de 1987 a 1997 (GUTIÉRRES-FISAC, 2003), seja no Brasil, que conta com um percentual de 50% de comprometidos em todas as capitais nacionais (KAC, 2009).

Inclusive, essa realidade foi reproduzida na presente pesquisa, em suas duas fases, verificando-se a existência maior de sobrepeso ou obesidade nessa faixa etária, sendo computados: 38% na população-alvo; e 53,3% nos entrevistados. Tais dados estão em consonância, por sinal, com os encontrados na PNSN, na qual se observou que a prevalência de obesidade dobrou nas mulheres a partir dos 40 anos (GIGANTE, 1997).

Apesar de diversos fatores estarem relacionados ao sobrepeso e à obesidade, os mais comumente registrados são os socioeconômicos, e, entre estes, a renda e a escolaridade. Vários estudos apontam que as mulheres apresentaram maior risco de desenvolver sobrepeso ou obesidade, quando comparadas aos homens, percebendo-se que principalmente aquelas de baixas escolaridade e renda têm um maior IMC (VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004).

Não muito diferente, na população estudada, apurou-se também que os indivíduos com menores renda familiar e escolaridade cursaram com maior prevalência de sobrepeso ou obesidade, visto que, apesar de os 57% entrevistados terem vínculos empregatícios, a renda familiar não ultrapassou os 3 salários mínimos (87%).

Em relação aos etilismo e tabagismo, apesar das variações entre as cidades brasileiras quanto ao primeiro, entre 4,6% e 12,4% (KAC, 2009), verificou-se, na composição da amostra do

presente, que 60% dos entrevistados consumiam algum tipo de bebida alcoólica, sendo que aquele segundo hábito é que foi mais precocemente introduzido na população entre 10 anos e 15 anos, ao passo que o início do tabagismo se deu entre 16 anos e 20 anos. Em ambos os casos, os envolvidos parecem ignorar as leis brasileiras, que proíbem a venda de cigarro e bebida alcoólica para menores de 18 anos (cita-se o Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal n.º 8.069/1990).

No tocante especificamente ao etilismo, apesar de a maioria dos estudos sugerir que os consumidores de álcool pesam menos que os não-consumidores com similar consumo de calorias, não se pode estabelecer causalidade entre esse hábito e elevado IMC (KAC, 2009).

Decerto, pesquisas assim como a presente verificaram consumo de bebida alcoólica nos portadores de sobrepeso e obesidade, a despeito da quantidade, da qualidade e do tempo de consumo (GIGANTE, 1997).

Acerca dos dados antropométricos, salienta-se que o risco coronariano aumenta substancialmente quando a circunferência abdominal ultrapassa os 94cm nos homens, e 80cm nas mulheres (GOMES, 2010). Nada obstante, na pesquisa realizada, chegou-se à alarmante constatação de que, dos entrevistados, 95% das mulheres tinham circunferência abdominal maior que 80cm, e 71% dos homens, mais de 94cm.

Mister se faz observar ainda que a gestação funciona como um fator precipitador de ganho ponderal nas mulheres, principalmente após a adolescência. Algumas delas ganham considerável peso durante a gestação, podendo sofrer um acréscimo na ordem de 30kg. Trata-se de um fato, inclusive, que se agrava dependendo da quantidade de gestações (HALPERN, 2009). Em vista disso, à população feminina componente da amostra da presente pesquisa, indagou-se sobre a quantidade de gestações, ao que a resposta foi a de que: 39% tiveram 4 gestações, enquanto 13% foram nulíparas.

Em contrapartida, apesar de a alimentação da gestante influenciar na massa corporal dos conceptos (HALPERN, 2009), somente 20% dos entrevistados na segunda fase da pesquisa relataram ter pai ou mãe portador de sobrepeso ou obesidade, contrariamente a outros estudos que demonstram a notória transmissão familiar da obesidade, sendo em alguns o risco de 1,3 entre os homens, e 1,2 entre as mulheres, chegando-se a um risco duas vezes maior entre os pesquisados quando levados em considerações ambos genitores (GIGANTE, 1997).

No que se refere ao perfil nutricional, estudos epidemiológicos mostram que a perda de peso intencional faz decair a morbimortalidade em mulheres com sobrepeso e doença preexistente (HALPERN, 2009), reduzindo em 20% todas as causas de mortalidade, e, em 30% a mortalidade por câncer (ILIAS, 2010) e diabetes, e 9% por doença cardíaca (HALPERN, 2009).

Portanto, um estilo de vida com sedentarismo e hábitos alimentares inadequados é um fator que pode interferir para a pioria da qualidade de saúde do indivíduo.

Contudo, nesta pesquisa, verificou-se que, no revés das políticas de saúde (MENDONÇA, 2009), o sedentarismo foi presente em 73% dos entrevistados, estando a maior parte deles sem acompanhamento por dieta nutricional (67%) ou com hábito alimentar inadequado (quase 60% mastigam de forma incorreta), apesar de existir um consumo de frutas (67%) e de legumes (61,40%). Sendo assim, conclui-se que a existência de uma lista de passos a serem seguidos não significa adesão da população a um estilo de vida saudável.

Em uma análise crítica e realista dos dados encontrados, na interpretação das variáveis associadas e no estabelecimento de fatores de risco nos adultos adscritos na ESF-Lapa-RJ, em relação à condição de sobrepeso e obesidade, percebe-se que a realidade nacional não foge à mundial, uma vez que se caracterizou a situação epidêmica, não obstante se desconsiderando os números perdidos pelos critérios expostos.

Relevante é destacar que, mesmo se trabalhando com uma subamostra, a qual correspondeu a 1/5 da amostra necessária para a pesquisa em lide, inegável é constatar que a maioria dos usuários da ESF-Lapa RJ é portadora de sobrepeso ou obesidade, o que é uma triste realidade enfrentada por outras populações com características semelhantes.

6 CONCLUSÃO

Pelo que se expôs, é de se concluir que a importância epidemiológica dos dados apresentados na pesquisa realizada não está em intentar apontar um tratamento, uma cura, ou uma solução para o problema do sobrepeso e da obesidade, nem muito menos indicar falhas, mas, sobretudo, de buscar a prevenção de ditas enfermidades, na identificação dos fatores a elas relacionados.

Espera-se, desse modo, que o presente trabalho permita que a ESF-Lapa-RJ utilize os dados obtidos para estabelecer, fomentar e praticar ações de caráter promocional à saúde, preventivas e combativas a todas as condições relacionadas ao sobrepeso e à obesidade, em toda a magnitude.

REFERÊNCIAS

- ABESO – Disponível em <<http://www.abeso.org.br>>. Acesso em novembro de 2008.
- ARAÚJO, Leila Maria Batista. Obesidade In: RABELO, Maria Marcílio. **Manual Prático de Endocrinologia**. São Paulo: Editora Byk, 2003. p355-362.
- BENSEÑOR, Isabella et LOTUFO, Paulo. **Como funcionam a obesidade e a desnutrição no Brasil**. Disponível em <<http://images.google.com.br/imgres?imgurl=http://static.hsw.com.br/gif/obesidade-e-nutricao-3.gif&imgrefurl=http://saude.hsw.uol.com.br/obesidade-e-desnutricao1.htm&h=310&w=400&sz=9&hl=pt-BR&start=13&um=1&tbnid=uEJR7Z1xj6X6eM:&tbnh=96&tbnw=124&prev=/images%3Fq%3Dfotos%2Bde%2Bobesidade%26um%3D1%26hl%3Dpt-BR%26sa%3DX>> Acesso em novembro de 2007
- BLOCH, Katia Verghetti. Fatores de risco cardiovasculares e para o diabetes mellitus. In: LESSA, Ines. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo: HUCITEC, 1998, p. 43-72.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde dentro de casa. **Programa de Saúde da Família**. Fundação Nacional de Saúde: Brasília, 1994.
- BRASIL. IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Ministério da Saúde**. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro. IBGE. 2004
- CDC, CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, **Obesity** in U.S. Disponível em < www.esteio.com.br/.../index.php/all/2008/03/> Acesso em abril de 2008.
- CDC, CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Department of health and human services. **Overweight and obesity**. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/contributing_factors.htm>. Acesso em: novembro 2007
- CENTRO-LAPA. Disponível em < : <http://www.marcillio.com/rio/encelapa.html>> Acesso em outubro de 2008
- CONSENSO LATINO AMERICANO SOBRE OBESIDADE, 1998. Rio de Janeiro.

Brasil, Anais...1998. 93p. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/downloads.htm>>. Acesso em: novembro 2007.

EVERSON, S. A. et al. Weight gain and the risk of developing Insulin Resistance Syndrome. **Diabetes Care**, EUA, 1998, n. 21, p. 1637-1643.

FIELD, A. E. et al. Impact of overweight on the risk of developing common chronic disease during a 10-year period. **Archives of Internal Medicine**, EUA, 2001, n.161, p. 1581-1586.

GELONEZE-NETO, Bruno; PAREJA, José Carlos; Cirurgia Bariátrica Cura a Síndrome Metabólica? **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, 2006, v. 50, Fac. 2, pp.400-407.

GIGANTE, Denise P. et al. Prevalência da obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Revista da Saúde Pública**. São Paulo. 1997. n 31(3). p: 236-46.

GILLIAN, K Reeves et al. Cancer incidence and mortality in relation to body mass index in the Million Women Study: cohort study. **BMJ**.EUA. 2007, n.10.1136, p. 393-367.

GIMENO, S. G. A et al. 7-Yr incidence of glucose intolerance in a population-based study of Japanese-Brazilians: Preliminary data. **Diabetes Research and Clinical Practice**, EUA, 2000, n. 50(Sup. 1) p. 121.

GOMES, Fernando et al. Obesidade e doença arterial coronariana: papel da inflamação vascular. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, 2010. v.94. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2010000200021&script=sci_arttext>. Acesso em 2010.

GUIMARAES, A. PSF-LAPA: **Unidade de Ensino-Serviços ou Serviço-Ensino?**, Disponível em <http://www.sbmfc.org.br/Articles/Documents/2ebc5c6e/rbmfc_suplem_01_2006_07.pdf> Acesso em novembro de 2008>.

GUTIÉRRES-FISAC, Juan Luis et al. La epidemia da obesidad y sus factores relacionados: el caso de España. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 2003. N19 (Sup.1). p 101-110.

HALPERN, Alfredo, MANCINI, Marcio C. Obesidade na mulher. **Revista Brasileira de Medicina**. 2001. Brasil, n. 58 (n.esp):205-213

HISTÓRIAS DAS COMUNIDADES. Disponível em <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/htm/v2/view.htm?infoid=3267&editionsectionid=34>> . Acesso em novembro de 2008.

- ILIAS, Elias Jirjoss et al. Câncer e obesidade: efeito da cirurgia bariátrica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, 2010. v.56 n. 1
- KAC, Gilberto, Hasselmann, Maria Helena, Sichieri, Rosely. Epidemiologia Nutricional. In: MEDRONHO, Roberto a. **EPIDEMIOLOGIA**. São Paulo: Ed. Atheneu 2009. p 587-604
- KANAZAWA, Masao; YOSHIKE, Nobuo; OSAKA, Toshimasa et al. Criteria and classification of obesity in Japan and Asia-Oceania. **Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition**, ASIA, 2002, 11(Suppl), p S732-S737, 2002. Disponível em <<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1046/j.1440-6047.11.s8.19.x?cookieSet=1>>. Acesso em abril de 2008.
- KOTTKE, Thomas E.; LAMBERT, A.W.; HOFFMAN, Rebecca S. Economic and Psychocological implications of the obesity epidemic. **Mayo Clinic Pri**, 2004, v. 78, p 92-94. Disponível em: < http://www.abeso.org.br/reportagens/metade_pop_prob_peso.htm > Acesso em abril 2008.
- Lei Federal Nº 8.069 - **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Disponível em : <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm> Acesso em abril de 2010
- LEITE, M.C.P. **Diabetes Mellitus tipo 2**. Doutor Policlín. Disponível em <<http://www.policlin.com.br/drpoli/094/>> Acesso em agosto de 2008.
- LOPES, Isabela Bussade. Aspectos epidemiológicos e tratamento da obesidade. **Programa de Educação Continuada em Medicina Interna (PEC)**. Rio de Janeiro, 2008, N 326305, p 7-11, 2008.
- MAGALHÃES, Maria Eliane Campos. Implicações da síndrome plurimetabólica no risco cardiovascular e sua abordagem terapêutica. **Programa de Educação Continuada em Medicina Interna (PEC)**. Rio de Janeiro, 2008, n 326305, p 4-6.
- MELO, Luciana Oliveira Rezende. **Estimativa da prevalência de Hepatite C na população adscrita no Programa de Saúde da Família da Lapa – Universidade Estácio de Sá**, Rio de Janeiro, 2007.
- MENDONÇA, Cristina Pinheiro, Anjos, Luiz Antonio. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso /obesidade no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004. n 20(3), p 698-709.
- MENGUE, Sotero Serrate et al. Circunferência da cintura na predição de desfechos adversos da gestação relacionados à obesidade. **Caderno Saúde Pública**, Brasil, 2007, v.23, n. 2, p.391-398. ISSN 0102-311X.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN). **O Guia Alimentar para a População Brasileira**. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/guia_objetivo.php> Acesso em maio de 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – DATASUS - Indicadores e dados básicos – Brasil- 2006- **Indicadores de morbidade e fatores de risco – Taxa de prevalência de excesso de peso**. Disponível em : <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/d24.pdf>> Acesso em: maio de 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição. Brasília: **Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição**; 1989

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição. Brasília: **Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição**; 1989

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica - **Cadernos de Atenção Básica: Obesidade - n.º 12 Série A. Normas e Manuais Técnicos - Brasília – DF 2006**. Disponível em <http://www.telessaudebrasil.org.br/Lidbi/docsonline/5/0/005-CAB_12_Obesidade.pdf>. Acesso em janeiro de 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 13% dos brasileiros adultos são obesos. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/reportagensEspeciais/default.cfm?pg=dspDetalhes&id_area=124&CO_NOTICIA=10078>. Acesso em 2010.

MONTEIRO, C. A. et al. The nutrition transition in Brazil. **European Journal of Clinical Nutrition**, Europa, 1995, n. 49, p. 105-113.

_____. Shifting obesity trends in Brazil. **European Journal of Clinical Nutrition**, Europa, 2000, n. 54, p. 342-346.

NIH - NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH National Clinical Guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults – Obesity Education Initiative - The Evidence Report – **NIH Publication**, EUA, 1998, n. 98, p 4083, 1998. Disponível em: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf>. Acesso em maio de 2008.

Novaes, H.M. Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde – Silos, Análise Conceitual e Apreciação de Programas Seleccionados na América Latina. Programa de estudos Avançados em Administração Hospitalar e da Saúde, PROAHSA e Organização Pan Americana de Saúde, **OPAS**. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1990.

OLIVEIRA, Isabella Vasconcellos. **Cirurgia Bariátrica no âmbito do Sistema Único de Saúde: Tendências, Custos e Complicações** – Universidade de Brasília, Brasília, 2007,

89f.

OLIVEIRA, Tânia Modesto Veludo. Amostragem não Probabilística: Adequação de Situações para uso e Limitações de amostras por Conveniência, Julgamento e Quotas. **Administração On Line Prática - Pesquisa** – Ensino, 2001, ISSN 1517-7912. v 2, N 3. Disponível em <http://www.fecap.br/adm_online/art23/tania2.htm > Acesso em janeiro de 2009.

PINHEIRO, anelise Rizzolo de oliveira et all. Uma abordagem epidemiologica da obesidade. **Revista de Nutrição**. Campinas. 2004. n 17(4). p 523-533.

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. Obesidade. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/36manual_condutas.pdf>. Acesso em: novembro 2007.

RIBEIRO, Geraldo. Japão obriga empresas a controlar obesidade de funcionários. Disponível em < <http://noticias.terra.com.br/ciencia/interna/0,,OI2704239-EI298,00.html> > Acesso em abril de 2008.

Romano, V. F. **As Travestis no Programa de Saúde da Família**. Saude soc.São Paulo, 2008, vol.1, n 2. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/19.pdf> > Acesso em setembro de 2008>

SAÚDE-RIO – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil: **Perfis das Unidades de Saúde** 2006. Disponível em <http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/div_adm_mun.pdf > Acesso em janeiro 2009

SHARMA, A. M. Managing weight issues on lean evidence: the challenges of bariatric medicine. **Canadian Medical Association Journal**, EUA, 2005, v 172, n. 1 p. 30-31.

SICHERI, R. Pereira, R.A., Marins, VRM. Razão cintura/quadril como preditor de hipertensão arterial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, 1999. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200018> Acesso em fevereiro de 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC: **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**, São Paulo, 13 de Fevereiro de 2006. Disponível em <<http://itpack31.itarget.com.br/uploads/sbh/arquivos/14.pdf>> Acesso em agosto de 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **DM 2: Doença do Estoque de Gordura RI e células Beta**. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/apresentacoes/Simposio_Goiania/bruno1.php>. Acesso em:

novembro 2007.

VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, Gustavo et al. Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo transversal de base populacional. **Revista Panamericana Saúde Publica**. Minas Gerais, 2004;16(5). p308–314.

WHO, World Health Organization Regional Office for Europe – Obesity in Europe. Disponível em: <http://www.euro.who.int/obesity/import/20060220_1> Acesso em abril de 2008.

WHO, World Health Organization. Obesity – preventing and managing the global epidemia. 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/obesity/en/>> Acesso em novembro de 2007.

WHO, World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Expert Consultation on Obesity. Geneva, 3-5 June, 1997. Disponível em: <<http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/en/index.html>> Acesso em novembro de 2007.

WHO, World Health Organization. Regional Office for Europe – Obesity in Europe. Disponível em: <http://www.euro.who.int/obesity/import/20060220_1> Acesso em abril de 2008

WILLET, W. C. Diet and health: What should we eat? **Science**, EUA, 1994. n. 264, p. 532-537.

WILLET, W. C. et al. Guidelines for health weight. **New England Journal of Medicine**, EUA, 1999. n. 341, p. 427-434.

WING, R. R. et al. Lifestyle intervention in overweight individual with a family history of diabetes. **Diabetes Care**, EUA, 1998, n. 21, p. 350-359.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO

PROJETO: PERFIL DE SOBREPESO E OBESIDADE NA ESF DADOS – INFORMAÇÕES GERAIS

NOME: _____ DATA: _____

Informado pelo usuário

ENDEREÇO: _____ TEL: _____

Informado pelo usuário

SEXO: M F

Perguntado ao usuário – dado o perfil dos usuários – procurando não causar constrangimentos

COR: BRANCA PRETA PARDA INDIGENA

Preenchida pela pesquisador – de acordo com as opções do SIAB – excluída a opção amarela

DATA DE NASCIMENTO: _____ ANOS COMPLETO: _____

Informado pelo usuário - Constando dia mês e ano – e idade completa

SITUAÇÃO FAMILIAR

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vive com companheira(o) e filho(s) | <input type="checkbox"/> Convive com familiar(es), sem companheira(o) |
| <input type="checkbox"/> Convive com companheira(o) com laços conjugais e sem filho(s) | <input type="checkbox"/> Convive com outras pessoas sem laços consanguíneos e/ou conjugais |
| <input type="checkbox"/> Convive com companheira(o) com filho(s) e/ou outro(s) familiar(es) | <input type="checkbox"/> Vive só |

Informado pelo usuário – de acordo com as opções do SIAB

GRAU DE ESCOLARIDADE

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Não sabe ler/escrever | <input type="checkbox"/> Médio Incompleto | <input type="checkbox"/> Especialização/Residência |
| <input type="checkbox"/> Alfabetizado | <input type="checkbox"/> Médio Completo | <input type="checkbox"/> Mestrado |
| <input type="checkbox"/> Fundamental Incompleto | <input type="checkbox"/> Superior Incompleto | <input type="checkbox"/> Doutorado |
| <input type="checkbox"/> Fundamental Completo | <input type="checkbox"/> Superior Completo | |

Informado pelo usuário – de acordo com as opções do SIAB

OCUPAÇÃO (profissão sem vínculo empregatício):

SIM NÃO

Informado pelo usuário – Constando por extenso a ocupação

QUAL A RENDA FAMILIAR?

0 a 1 salário mínimo 1 a 3 salários 3 a 5 salários acima de 5 salários

Informado pelo usuário – TOTAL DA RENDA DA FAMÍLIA

DADOS – INFORMAÇÕES DA MORADIA E HÁBITOS DE VIDA

TIPO DE MORADIA

casa apartamento barraco quarto ou cômodo outros

Informado pelo usuário

QUANTOS CÔMODOS TEM A MORADIA (INCLUINDO A COZINHA E O BANHEIRO)?

1 2 3 4 sem? ()

Informado pelo usuário

LUZ ELÉTRICA? NÃO SIM

Informado pelo usuário

O LIXO DA SUA CASA É:

coletado queimado enterrado colocado em terreno baldio
 colocado em caçambas de lixo outros

Informado pelo usuário

DE ONDE VEM A ÁGUA DA SUA CASA:

torneira de casa torneira comunitária poço outros

Informado pelo usuário

A ÁGUA QUE VOCÊ BEBE É:

filtrada fervida consumida diretamente fervida e/ou filtrada

Informado pelo usuário

DADOS – INFORMAÇÕES DA HPP E HS

HERANÇA DE OBESIDADE - CONVIVIO			
SOMENTE PAI OBESO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
SOMENTE MÃE OBESO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
AMBOS PAIS OBESOS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
SEM HISTÓRIA DE OBESIDADE	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
OUTROS:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUEM:

Informado pelo usuário, a opção outros segue para informar se tem outro membro que co-habita

NÚMERO DE GESTAÇÕES			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> >3
		G	P
		A	<input type="checkbox"/> não espontâneo <input type="checkbox"/> na espontâneo]

Informar mesmo se nascido morto ou tenha tido abortamento

VOCÊ SABE SE TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE?	
<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
QUAL?	

procurar saber se usa algum medicamento para o tratamento de doença de base. muitos pacientes dizem que não tem has, mas se perguntado se tomam algum medicamento consta o anti -hipertensivo controlando a pressão, conforme a resposta passar para as seguintes

VOCÊ SABE SE TEM HAS?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> FAZ TRATAMENTO MEDICAMENTOSO?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM _____

VOCÊ SABE SE TEM DM?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> FAZ TRATAMENTO MEDICAMENTOSO?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM _____

VOCÊ SABE SE TEM PROBLEMA DE CORAÇÃO?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> FAZ TRATAMENTO MEDICAMENTOSO?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM _____

VOCÊ SABE SE TEM GORDURA NO SANGUE?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> FAZ TRATAMENTO MEDICAMENTOSO?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM _____

VOCÊ SABE SE TEM GORDURA NO FÍGADO?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> JÁ FEZ ALGUMA EXAME PARA SABER SOBRE ISSO? _____		
<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> SANGUE	
<input type="checkbox"/> FAZ TRATAMENTO MEDICAMENTOSO?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM _____

VOCÊ SABE SE TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE NA FAMÍLIA/QUEM		
HAS	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
DM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
CANCER	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
DOENÇA DO CORAÇÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM

DADOS – MENSURADOS NO DIA DA PESQUISA

PESO (KG)

ALTURA (METROS)

CINTURA ABDOMINAL (CM)

IMC

PA BD: (MMHG)

DADOS – INFORMAÇÕES DO PERFIL NUTRICIONAL

VOCÊ ESTÁ FAZENDO ALGUM TIPO DE DIETA (regime)?

sim, dieta para emagrecer não sim, outras Qual?

QUAIS OS ALIMENTOS ABAIXO RELACIONADOS QUE VOCÊ COSTUMA COMER?

Cereais/Leguminosas	Frutas	Legumes/Hortaliças	Lanches
<input type="checkbox"/> arroz	<input type="checkbox"/> banana	<input type="checkbox"/> alface	<input type="checkbox"/> leite com café
<input type="checkbox"/> feijão	<input type="checkbox"/> laranja	<input type="checkbox"/> espinafre	<input type="checkbox"/> leite com chocolate
<input type="checkbox"/> macarrão	<input type="checkbox"/> abacaxi	<input type="checkbox"/> chuchu	<input type="checkbox"/> vitamina
<input type="checkbox"/> angu	<input type="checkbox"/> mamão	<input type="checkbox"/> cenoura	<input type="checkbox"/> suco de frutas
<input type="checkbox"/> farinha	<input type="checkbox"/> maçã	<input type="checkbox"/> abóbora	<input type="checkbox"/> pão com queijo ou requeijão
	<input type="checkbox"/> melancia	<input type="checkbox"/> repolho	<input type="checkbox"/> pão com manteiga
	<input type="checkbox"/> tangerina	<input type="checkbox"/> batata	<input type="checkbox"/> cachorro quente
		<input type="checkbox"/> batata doce	<input type="checkbox"/> biscoito salgado
		<input type="checkbox"/> couve	<input type="checkbox"/> biscoito recheado
Proteína	Doces	<input type="checkbox"/> beterraba	<input type="checkbox"/> pizza
<input type="checkbox"/> queijo	<input type="checkbox"/> doces enlatados	<input type="checkbox"/> vagem	<input type="checkbox"/> batata-frita
<input type="checkbox"/> ovos	<input type="checkbox"/> balas	<input type="checkbox"/> aipim	<input type="checkbox"/> hamburger
<input type="checkbox"/> carne moída	<input type="checkbox"/> chicletes		<input type="checkbox"/> Misto quente
<input type="checkbox"/> dobradinha	<input type="checkbox"/> chocolates		<input type="checkbox"/> bolo
<input type="checkbox"/> fígado de boi			<input type="checkbox"/> margarina ou manteiga
<input type="checkbox"/> peixe	Outros	Outros	
<input type="checkbox"/> frango	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> salsicha	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> lingüiça	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> mortadela	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Carne vermelha			

QUAIS OS ALIMENTOS QUE VOCÊ NÃO GOSTA DE COMER ? (listar 6 – não induzir)

não tem

QUANTAS E QUAIS REFEIÇÕES VOCÊ COSTUMA FAZER?

1 2 3 4 5 6

- café da manhã Colação Almoço Belisca entre as refeições
- Lanche da tarde Jantar Ceia

além de quantificar – marcar quais a que faz, espaço livre para além das mencionadas

O QUE VOCÊ COSTUMA BEBER?

- mate refrigerante
- suco artificial suco de fruta natural

espaço livre para além das mencionadas

COM QUE FREQUÊNCIA FAZ LANCHES NA RUA (LANCHONETE, MAC DONALD,?)

- Nunca 1 a 3 vezes por mês 1 a 3 vezes por semana
- 4 a 6 vezes por semana diariamente

VOCÊ TEM HÁBITO DE FICAR COMENDO QUANDO ASSISTE TELEVISÃO:

NÃO SIM

VOCÊ COSTUMA SUBSTITUIR AS GRANDES REFEIÇÕES POR LANCHES?

NÃO SIM

COMO VOCÊ CONSIDERA SUA MASTIGAÇÃO?

Muito rápida Rápida Normal Lenta Muito lenta

JÁ FEZ CONSULTA COM NUTRIONISTA

sim não porque parou?

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E NUTRICIONAL DE SOBREPESO E OBESIDADE NA POPULAÇÃO ADSCRITA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA LAPA-RJ.** Trata-se de pesquisa vinculada ao curso de Mestrado em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá.

Você foi selecionado aleatoriamente e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo deste estudo é analisar o perfil epidemiológico e nutricional da população adulta adscrita na ESF-Lapa-RJ, portadora de sobrepeso e obesidade. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário estruturado sobre o tema, levantamento dos seus dados antropométricos e da sua pressão arterial.

Não há riscos diretos relacionados com a sua participação. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação.

As informações coletadas servirão como base para a interpretação das variáveis associadas, estabelecimento de fatores de riscos de sobrepeso e obesidade, suscitando imediatamente a necessidade de medidas de tratamento e prevenção para o problema. Os benefícios esperados estão relacionados com a prevenção, através de ações de caráter promocional à saúde.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço dos pesquisadores responsáveis, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

Pesquisador

Kátia Cristina de Oliveira Santos	Zeilma da Cunha
Universidade Estácio de Sá	Universidade Estácio de Sá
Mestrado em Saúde da Família	Mestrado em Saúde da Família
Rua do Riachuelo, no. 27, Centro	Rua do Riachuelo, no. 27, Centro
Rio de Janeiro/ RJ Tel: 3231-6135	Rio de Janeiro/ RJ Tel: 3231-6135
E-mail: katiacos@terra.com.br	E-mail: zeilmadacunha@oi.com.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa, concordo em participar e autorizo o uso das informações coletadas, para fins exclusivamente do previsto neste protocolo.

Nome completo do sujeito

assinatura do sujeito