

Sobrepeso, obesidade e fatores associados aos adultos em uma área urbana carente do Nordeste Brasileiro

Overweight and obesity and associated factors in adults in a poor urban area of Northeastern Brazil

Silvia Pereira da Silva de Carvalho Melo¹ , Eduarda Ângela Pessoa Cesse¹ , Pedro Israel Cabral de Lira² , Lisianny Camilla Cocri do Nascimento Ferreira³ , Anete Rissin³ , Malaquias Batista Filho³ 

RESUMO: *Introdução:* As mudanças produzidas no processo saúde/doença, sobretudo no campo da nutrição, corroboram a substituição das carências nutricionais com emergência do excesso de peso (sobrepeso/obesidade). *Objetivo:* Analisar a prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos residentes em uma área urbana carente do Recife, Nordeste do Brasil. *Métodos:* Trata-se de um estudo transversal analítico, com uma amostra de 644 adultos de 20 a 59 anos. Analisaram possíveis associações do excesso de peso aos fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais e morbidades por meio de regressão de Poisson, considerando como estatisticamente significantes aquelas com valor de $p < 0,05$. *Resultados:* A prevalência do excesso de peso foi de 70,3%, sendo menor na faixa de 20–29 anos e maior na faixa etária de 30–39 anos, e estabilizando-se nas demais. No modelo de regressão multivariado, foi observado que a faixa etária, classe econômica, diabetes *mellitus* (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) mostraram-se diretamente associada ao excesso de peso, enquanto a variável consumo semanal de feijão mostrou-se inversamente associada. A alta prevalência do excesso de peso encontrado pressupõe que as comunidades carentes das quais os indivíduos fazem parte já se incluem no processo de transição nutricional que está em curso no país. *Conclusão:* Os resultados significativos de sobrepeso/obesidade detectados na área urbana carente estudada, impõe a necessidade de incluir esse problema como prioridade de saúde pública nessas comunidades.

Palavras-chave: Sobrepeso. Obesidade. Adulto. Pobreza.

¹Departamento de Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães – Recife (PE), Brasil.

²Departamento de Nutrição em Saúde Pública, Universidade Federal de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

³Departamento de Pesquisa em nutrição, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – Recife (PE), Brasil.

Autor correspondente: Silvia Pereira da Silva de Carvalho Melo. Campus da UFPE, Avenida Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, CEP: 50670-420, Recife, PE, Brasil. E-mail: silviaps2008@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Ministério de Ciência e Tecnologia/Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE), APQ-2136-4.06/12.

ABSTRACT: Introduction: The changes that occurred in the health/disease process, especially in the field of nutrition, corroborate the replacement of nutritional deficiencies with the pandemic emergency of overweight (overweight/obesity). **Objective:** To analyze the prevalence and factors associated with overweight in adults living in a poor urban area in Recife, Northeast Brazil. **Methods:** This is a cross-sectional study with a sample of 644 adults aged 20–59 years. Possible associations of overweight with demographic, socioeconomic, behavioral and morbidity factors were analyzed through Poisson Regression, considering as statistically significant those with $p < 0.05$. **Results:** The prevalence of overweight was 70.3%, being lower in the age range of 20–29 years, greater in the range of 30–39 years and stabilizing in the others. In the final multivariate model, it was observed that the age group, economic class, diabetes mellitus and high blood pressure were directly associated with overweight, while bean consumption showed an inverse association. The high prevalence of overweight found indicates that poor communities are already included in the nutritional transition process that is in course in country. **Conclusion:** The significant result of overweight found at this poor urban area imposes the need to include this problem as a public health priority in these communities.

Keywords: Overweight. Obesity. Adult. Poverty.

INTRODUÇÃO

As grandes mudanças ocorridas no processo saúde/doença, a partir da segunda metade do século XX, passaram a apresentar uma configuração muito peculiar no campo da nutrição, tipificada pela superposição das carências nutricionais globais e específicas pela emergência epidêmica ou pandêmica do sobrepeso e obesidade¹.

O sobrepeso e obesidade são caracterizados pelo acúmulo de gordura corporal, excedendo os padrões aceitáveis de normalidade antropométrica em diferentes graus e integram o grupo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)². Atuam como importantes fatores de risco para a morbimortalidade de populações adultas, associando-se a 63% do total global de mortes causadas pela DCNT. Desse valor, 78% da mortalidade ocorre em países de média e baixa renda³.

A prevalência mundial de sobrepeso/obesidade vem apresentando rápido e progressivo aumento nas últimas décadas, de modo que, atualmente, 2,1 bilhões de adultos estão nessa condição, o que representa quase 30% da população mundial. Destaca-se ainda que, de 1980 a 2013, o excesso de peso aumentou 27,5% entre os adultos⁴.

Em nosso país, mais da metade da população adulta, ou seja, 56,9%, encontra-se com excesso de peso⁵. Estudo realizado em adultos residentes em áreas urbanas carentes de Maceió encontrou 41,2% com o problema⁶ e em Pernambuco, de acordo com a III Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (2006), 51,5% dos adultos estavam nessa condição⁷. Trata-se de um processo pandêmico que extrapola fronteiras geopolíticas, blocos econômicos, culturais e estratos sociais, com a observação surpreendente de que atualmente, ao contrário do passado, são as camadas mais pobres dos países ricos ou em desenvolvimento que constituem os segmentos mais expostos à sua ocorrência^{8,9}. O sobrepeso e obesidade têm causas

multifatoriais e resultam de uma complexa interação de fatores alimentares, predisposição genética e comportamento humano^{10,11}. Ao lado da dieta e do sedentarismo, devem ser também avaliadas as condições de trabalho, moradia, redes de abastecimento e outros determinantes que podem estar incluídos nos modelos causais desse problema¹¹.

Os estudos que avaliam como o excesso de peso se comportam em populações sob condições reconhecidamente precárias, sobretudo em áreas urbanas carentes (favelas), ainda são escassos e pontuais no Brasil, particularmente na Região Nordeste⁶. É oportuno considerar, entretanto, que 11 milhões de pessoas moram em áreas faveladas no país, representando cerca de 5% da população^{6,12}.

Caracterizadas como comunidades com ausências de títulos de propriedade, as áreas urbanas carentes possuem usualmente um espaço de trabalho instável, baixa renda individual e familiar, ocupações informais, moradias insalubres, condições precárias de saneamento, falta ou insuficiência de serviços de saúde, de educação, e de segurança pública. Nesta configuração, como seria o estado nutricional da população em um cenário urbano típico de grandes restrições de bens e serviços?

Diante do contexto social, estrutural, ambiental, demográfico e econômico que permeia o contexto epidemiológico do sobrepeso/obesidade e o seu impacto no processo saúde/doença da população, principalmente em áreas urbanas carentes, justifica-se a realização deste estudo, que teve como objetivo analisar a prevalência e os fatores associados ao excesso de peso em adultos de 20–59 anos, residentes numa área urbana carente no Recife, nordeste do Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo e analítico, com base nos dados da pesquisa “Saúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo *baseline*”, desenvolvido pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) em parceria com o Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e Prefeitura do Recife. A coleta de dados foi de base domiciliar e ocorreu entre junho a dezembro de 2014, na área urbana carente conhecida como Comunidade dos Coelho, localizada no bairro da Boa Vista, no município do Recife, capital do Estado de Pernambuco.

Para o cálculo da amostra tomou-se como referência um universo de 3.816 adultos com idade entre 20 e 59 anos, a qual foi estimada pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) do Recife, prevalência de 51,5% de sobrepeso e obesidade dos adultos nessa faixa etária, na Região Metropolitana do Recife de Pernambuco⁷. Assumiu-se erro de estimativa de 4%, intervalo de confiança de 95% e foi acrescentado 10% para compensar possíveis perdas, casos de não resposta ou questionários eventualmente invalidados por inconsistências, obtendo-se assim uma amostra inicial de 570 participantes. Na amostra final, figurou um total de 644 adultos. O número de observações aqui avaliadas constitui um subconjunto da amostra representativa de pessoas com mais de 20 anos, calculada para representar o universo de adultos da comunidade dos Coelho.

A amostragem foi do tipo probabilística e os adultos foram selecionados por sorteio aleatório simples, sem substituição. Foram excluídas as gestantes, os indivíduos com limitação física congênita ou adquirida, que impossibilitasse a aferição das medidas antropométricas, e os casos com edema visível ou transtornos psíquicos que dificultassem a colaboração.

A relação entre o peso e altura foi obtida com base no índice de massa corporal (IMC). De acordo com as recomendações da OMS¹³, os adultos foram classificados como: déficit de peso ($< 18,5 \text{ kg/m}^2$), eutrofia ($\geq 18,5$ e $< 25 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso (≥ 25 e $< 30 \text{ kg/m}^2$), obesidade ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$) e obesidade grave ($\geq 40 \text{ kg/m}^2$). Para este estudo, a variável resposta foi representada pelo excesso de peso (sobrepeso/obesidade), considerando-se os adultos com $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$.

A tomada de peso deu-se em balança digital, da marca Seca[®] 876, com capacidade de até 250 kg e escala de 100 g, com os indivíduos descalços, usando indumentária mínima e sem qualquer objeto nos bolsos, nas mãos ou na cabeça. Para medição da altura, utilizou-se estadiômetro portátil, marca Altorexata LTDA., milimetrado, com precisão de até (1 mm). Os voluntários ficaram em posição ereta, descalços, com membros superiores pendentes ao longo do corpo. Para garantir a acurácia as mensurações, foram aferidas em duplicatas e, quando a diferença entre elas excedia 0,5 cm para altura e 100 g para o peso, repetia-se e anotavam-se as duas medições com valores mais próximos, sendo então utilizada a média dessas medidas.

As variáveis independentes foram apresentadas de forma categórica, sendo consideradas como:

- demográficas: sexo (masculino e feminino) e faixa etária (20–29, 30–39, 40–49 e 50–59);
- socioeconômicas: classe econômica, avaliada com base no critério da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)¹⁴, sendo definida com base em um sistema de pontos que considera a posse de bens e o grau de instrução do chefe de família (B1/B2, C1/C2 e D/E), escolaridade (analfabeto/fundamental 1 incompleto, fundamental 1 completo/fundamental, 2 incompleto, fundamental 2 completo/médio incompleto e médio completo/superior completo/superior incompleto), raça/etnia, informação autorreferida (branca, preta, parda e outras), ocupação (não trabalha, desempregado, trabalho esporádico, benefícios sociais, empregado/autônomo), habitação — parede (tijolo/alvenaria e outros), número de cômodos (> 4 e ≤ 4), saneamento básico — destino do lixo (coleta pública e outros), destino de dejetos e abastecimento de água (rede geral e outros);
- comportamentais: consumo alimentar semanal — feijão, verduras e legumes, frutas, refrigerante ou suco artificial, (1–2 vezes na semana ou nunca, 3–4 vezes e 5–7 vezes), carnes com excesso de gordura (não e sim) e atividade física (suficientemente ativo e insuficientemente ativo);
- DM e HAS (não/sim).

O consumo alimentar foi avaliado por meio do questionário de consumo semanal utilizado pelo Ministério da Saúde¹⁵. Para determinação do nível de atividade física foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), em sua versão curta¹⁶. Esse instrumento mede a frequência e duração das atividades físicas moderadas, vigorosas e caminhadas realizadas na última semana por pelo menos 10 minutos contínuos, incluindo exercícios

padronizados, esportes, atividades físicas ocupacionais e recreacionais realizadas em casa, no tempo livre, como meio de transporte e no lazer.

Os critérios estabelecidos pelo IPAQ se referem à quatro categorias do nível de atividade física: muito ativo, ativo, irregularmente ativo e sedentário. Para fins de análise, foi realizada uma recategorização dessas variáveis em:

- “suficientemente ativas” (muito ativo + ativo), aplicada às pessoas que referiram praticar atividade vigorosa com frequência maior ou igual a três vezes na semana por 20 minutos ou mais, ou que praticavam atividade moderada, ou de caminhada com frequência maior ou igual a cinco vezes na semana por 30 minutos no mínimo, ou ainda qualquer atividade que somada fosse equivalente a uma frequência maior ou igual a cinco vezes na semana e maior ou igual a 150 minutos na semana (caminhada + atividade moderada + atividade vigorosa);
- “insuficientemente ativas” (irregularmente ativas + sedentário), as pessoas não enquadradas no critério supracitado.

Em relação às morbidades, o diagnóstico de DM foi realizado mediante exame bioquímico, sendo considerado “casos” os indivíduos com glicemia sanguínea ≥ 126 mg/dL ou com relato de uso de hipoglicemiante¹⁷. A pressão arterial foi aferida segundo procedimentos padronizados¹⁸. Foram efetuadas duas medidas em momentos distintos (intervalo de 15 minutos), e consideraram-se como casos os adultos com pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg, e/ou com pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg, ou com relato de uso de medicação anti-hipertensiva.

Inicialmente, foram efetuadas análises descritivas, a fim de caracterizar a distribuição de frequência das variáveis em estudo. Posteriormente, foram efetuadas análises bivariadas por meio da regressão de Poisson simples, para evidenciar possíveis associações ao excesso de peso com as variáveis independentes. No modelo ajustado, o critério para inclusão das variáveis foi a associação na análise bruta com o excesso de peso, com valor de $p < 0,20$. Permaneceram no modelo final as variáveis com $p < 0,05$, obtidas por meio da regressão de Poisson multivariada, com ajuste robusto do erro padrão. Os resultados foram expressos por razão de prevalência (RP) e IC95%. As análises estatísticas foram realizadas com auxílio do *software* SPSS, versão 13.0 (SPSS Inc., Chicago) e Stata, versão 13.0 (StataCorp., College Station, Estados Unidos).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP, protocolo nº 4017-14, de acordo com os requisitos da Resolução do CNS nº 466/12. Todos os investigados foram informados quanto à participação voluntária na pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Na amostra final do presente estudo, figurou um total de 644 adultos, havendo, entretanto, diferenças de valores amostrais em algumas variáveis, por causa das perdas de resposta por conta de questionários incompletos e/ou por inconsistência de dados.

O estado nutricional da população estudada é apresentado na Figura 1. As prevalências do sobrepeso e da obesidade foram semelhantes, em torno de 35%, superando a prevalência de eutrofia. Detalha-se, ademais, que 3,4% do total de obesos tinham obesidade grave, o que equivale a praticamente o dobro da frequência dos casos de déficit de peso. A frequência conjunta do sobrepeso/obesidade, configurando o excesso de peso, foi de 70,3%.

As variáveis sexo, faixa etária, classe econômica, raça/etnia, ocupação, número de cômodos, abastecimento de água (Tabela 1), consumo semanal de feijão, consumo de carne com excesso de gordura, HAS e DM (Tabela 2) mostraram associação significativa com o excesso de peso ($p < 0,20$).

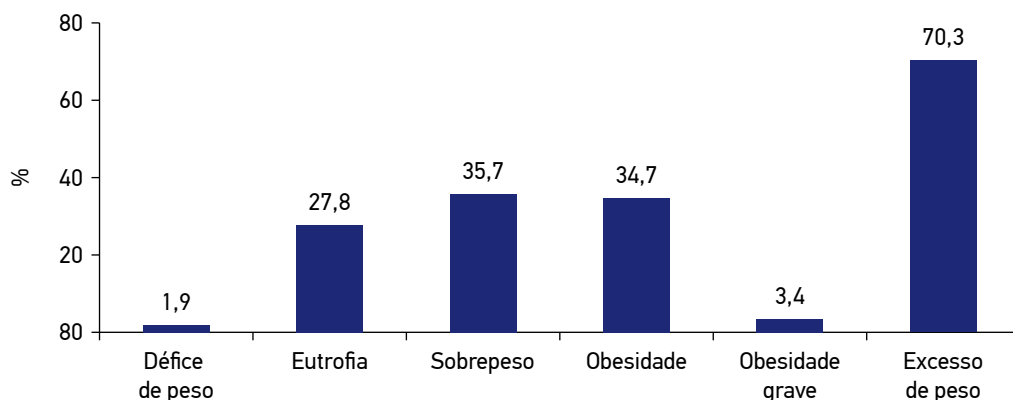


Figura 1. Estado nutricional de adultos (20–59 anos) em uma área urbana de pobreza (Comunidade dos Coelhos). Recife, 2014.

Tabela 1. Prevalência e razão de prevalência (RP) bruta do excesso de peso em adultos (20–59 anos) em uma área urbana de pobreza, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Recife, 2014.

Variáveis	Amostra		Excesso de peso		RP bruta (IC95%)	p
	n = 644	%	n	%		
Demográficas						
Sexo	44					0,120
Masculino	220	34,2	146	66,4	1,0	
Feminino	424	65,8	307	72,4	1,04 (0,99 – 1,08)	
Faixa etária (anos)						
20–29	127	19,7	68	53,5	1,0	< 0,001
30–39	177	27,5	134	75,7	1,14 (1,07 – 1,22)	
40–49	172	26,7	128	74,4	1,14 (1,06 – 1,22)	
50–59	168	26,1	123	73,2	1,13 (1,06 – 1,21)	

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Variáveis	Amostra		Excesso de peso		RP bruta	p
	n = 644	%	n	%	(IC95%)	
Socioeconômicas						
Classe econômica						
D/E (1 SM)	227	35,2	144	63,4	1,0	< 0,001
C1/C2 (1,5–2 SM)	380	59,0	275	72,4	1,06 (1,01 – 1,10)	
B1/ B2 (3,5–7 SM)	37	5,8	34	91,9	1,17 (1,10 – 1,25)	
Escolaridade*						
Analfabeto/Fundamental 1 incompleto	132	20,8	89	67,4	1,0	0,828
Fundamental 1 completo/ fundamental 2 incompleto	139	22,0	101	72,7	1,03 (0,97 – 1,10)	
Fundamental 2 completo/ médio incompleto	133	21,0	93	69,9	1,01 (0,95 – 1,08)	
Médio completo/ superior incompleto/superior completo	229	36,2	161	70,3	1,02 (0,96 – 1,08)	
Raça/etnia*						
Parda e outras	443	69,1	301	67,9	1,0	0,053
Branca	119	18,6	86	72,3	1,03 (0,97 – 1,08)	
Preta	79	12,3	63	79,7	1,07 (1,01 – 1,13)	
Ocupação*						
Trabalho esporádico ^a	115	17,9	76	66,1	1,0	0,192
Não trabalha ^b	83	12,9	66	79,5	1,20 (1,01 – 1,43)	
Desempregado ^c	110	17,1	74	67,3	1,02 (0,85 – 1,22)	
Benefícios Sociais ^d	32	5,0	23	71,9	1,09 (0,84 – 1,40)	
Empregado/Autônomo	302	47,0	212	70,2	1,06 (0,91 – 1,23)	
Habitação						
Parede						
Tijolo/alvenaria	531	82,5	374	70,4	1,0	0,913
Outros	113	17,5	79	69,9	1,00 (0,94 – 1,06)	
Número de cômodos						
> 4	327	50,1	239	73,1	1,0	0,122
≤ 4	317	49,2	214	67,5	0,97 (0,93 – 1,01)	

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Variáveis	Amostra		Excesso de peso		RP bruta	p
	n = 644	%	n	%	(IC95%)	
Saneamento Básico						
Destino do lixo						
Coleta pública	580	90,1	409	70,5	1,0	0,773
Outros	64	9,9	44	68,8	0,99 (0,92 – 1,06)	
Destino dos dejetos						
Rede geral	316	49,1	219	69,3	1,0	0,572
Outros	328	50,9	234	71,3	1,01 (0,97 – 1,06)	
Abastecimento de água*						
Rede geral	601	93,5	427	71,0	1,0	0,152
Outros	42	6,5	25	59,5	0,93(0,85 – 1,03)	

IC95%: intervalo de confiança de 95%; SM: salário mínimo; *trabalho esporádico/biscateiro/ambulante; ^bnunca trabalhou e donas de casa; ^cjá trabalhou, mas estava desempregado há 30 dias ou mais; ^daposentado, pensionista, benefícios provisórios; *as diferenças de valores amostrais em algumas variáveis se devem às perdas de observações: escolaridade (n = 633), raça/etnia (n = 641), ocupação (n = 642), abastecimento de água (n = 643).

Tabela 2. Prevalência e razão de prevalência (RP) bruta do excesso de peso em adultos (20–59 anos) numa área urbana carente, segundo variáveis comportamentais e morbidades. Recife, 2014.

Variáveis	Amostra		Excesso de peso		RP bruta	p
	n = 644	%	n	%	IC95%	
Comportamentais						
Feijão						
5–7 vezes	436	67,7	295	67,7	1,0	0,079
3–4 vezes	106	16,5	81	76,4	1,06 (1,00 – 1,11)	
1–2 vezes ou nunca	102	15,8	77	75,5	1,05 (0,99 – 1,11)	
Verduras e legumes						
5–7 vezes	276	42,9	199	72,1	1,0	0,458
3–4 vezes	119	18,5	86	72,3	1,00 (0,95 – 1,06)	
1–2 vezes ou nunca	249	38,7	168	67,5	0,97 (0,93 – 1,02)	
Frutas						
5–7 vezes	200	31,1	142	71,0	1,0	0,387
3–4 vezes	147	22,8	109	74,1	1,02 (0,96 – 1,08)	
1–2 vezes ou nunca	297	46,1	202	68,0	0,98 (0,94 – 1,03)	

Continua...

Tabela 2. Continuação.

Variáveis	Amostra		Excesso de peso		RP bruta	p
	n = 644	%	n	%	IC95%	
Refrigerante ou suco artificial						
1–2 vezes ou nunca	360	55,9	260	72,2	1,0	0,320
3–4 vezes	82	12,7	52	63,4	0,95 (0,89 – 1,02)	
5–7 vezes	202	31,4	141	69,8	0,99 (0,94 – 1,03)	
Carnes com excesso de gordura						
Não	440	68,3	301	68,4	1,0	0,104
Sim	204	31,7	152	74,5	1,04 (0,99 – 1,08)	
Atividade física						
Suficientemente ativo	506	78,5	355	70,2	1,0	0,844
Insuficientemente ativo	138	21,4	98	71,0	1,01 (0,96 – 1,06)	
Morbidades						
Diabetes <i>mellitus</i> *						
Não	395	79,5	271	68,6	1,0	0,003
Sim	102	20,5	90	88,2	1,10(1,03 – 1,17)	
Hipertensão arterial sistêmica*						
Não	401	62,3	222	62,8	1,0	< 0,001
Sim	230	37,7	193	83,9	1,13(1,09 – 1,17)	

IC95%: intervalo de confiança de 95%; *diabetes n = 497, hipertensão n = 631.

As RP ajustadas por meio da análise de regressão multivariada de Poisson mostraram que as categorias C1/C2 e B1/B2 mostraram associação ao excesso de peso, em relação à categoria de referência (D/E), revelando assim que quanto maior era a classe econômica maior era prevalência de excesso de peso. As faixas etárias de 30–39 anos e de 40–49 anos também mostraram associação ao desfecho, em relação à categoria de referência (20–29 anos), ou seja, à medida que a faixa etária aumenta, a prevalência do problema era maior, em relação à categoria de referência. A frequência semanal de consumo de feijão (≤ 2 vezes/semana e nunca) mostrou associação ao excesso de peso, em relação à categoria de referência (5–7 vezes/semana), quanto menor a frequência semanal de consumo de feijão, maior a prevalência de excesso de peso. As morbidades referidas DM e HAS também se associaram ao desfecho, aqueles que tinham essas morbidades apresentaram maior frequência de excesso quando comparados àqueles que não referiram as morbidades (categoria de referência). Tais variáveis mantiveram-se significativamente associadas ao desfecho $p < 0,05$ (tabela 3).

DISCUSSÃO

A elevada prevalência do excesso de peso encontrada pressupõe que as comunidades carentes ou de baixa renda já se incluem no processo de transição nutricional. Esse resultado seria inusitado em um ambiente urbano de marcante pobreza, visto que há alguns anos a previsão seria de frequências elevadas de défices ponderais⁹.

O estudo mais atual que pode ser tomado como referência foi realizado em 2009, em uma amostra de 3.214 adultos de áreas urbanas carentes de Maceió (AL)⁶. Nessa pesquisa, revelou-se que 41,2% dos adultos tinham sobrepeso/obesidade, enquanto no presente estudo foi encontrada prevalência de 70,3%, bem acima do valor encontrado no Brasil em 2013 (56,9%)⁵. Em nível internacional, foram encontradas prevalências praticamente idênticas da Comunidade dos Coelhos (em torno de 73%) em estudos com populações pobres dos Estados Unidos¹⁹ e do Afeganistão²⁰.

Tabela 3. Análise ajustada do excesso de peso em adultos (20–59 anos) em uma área urbana carente. Recife, 2014.

Variáveis	RP ajustada	IC95%	p
Faixa etária (anos)			
20–29	1,0	1,0	0,018
30–39	1,27	1,04 – 1,52	
40–49	1,23	1,01 – 1,49	
50–59	1,07	0,87 – 1,31	
Classe econômica			
D/E (1 SM)	1,0	1,0	< 0,001
C1/C2 (1,5–2 SM)	1,17	1,04 – 1,33	
B1/B2 (3,5–7 SM)	1,40	1,20 – 1,64	
Consumo semanal de feijão			
5–7 vezes	1,0	1,0	0,001
3–4 vezes	1,13	0,98 – 1,30	
1–2 vezes ou nunca	1,23	1,10 – 1,38	
Diabetes mellitus			
Não	1,0	1,0	< 0,001
Sim	1,20	1,09 – 1,32	
Hipertensão arterial sistêmica			
Não	1,0	1,0	< 0,001
Sim	1,25	1,12 – 1,39	

RP: razão de prevalência; IC95%; intervalo de Confiança de 95%; SM: salário mínimo.

A prevalência bem mais elevada obtida nessa avaliação poderia resultar em três possíveis interpretações. Como o excesso de peso representa uma epidemia rapidamente progressiva no Brasil, é admissível que uma diferença marcante em cinco anos possa resultar no próprio ritmo acelerado no aumento do problema. A segunda versão aceitaria que a situação dos adultos da área analisada possa ser bem distinta da encontrada em Maceió, em uma amostra maior e distribuída em diversas áreas faveladas. Uma terceira conjectura seria que as populações faveladas passam a reproduzir e até mesmo exceder um padrão generalizado para todo o país, como parte da homogeneização epidemiológica expressa como o cenário mais atualizado do estado nutricional da população brasileira. Esta pode representar a interpretação mais consistente, embora sem o apoio de dados sequenciais, atualizados e representativos sobre populações residentes nas urbanas carentes.

Na comunidade dos Coelhos, observou-se associação estatisticamente significativa entre o sobrepeso/obesidade e a faixa etária, ressaltando uma maior prevalência entre os adultos de 30 a 39 anos, estabilizando-se então. No Brasil⁴, estudo sobre o estado nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família²¹ e em mulheres de baixa renda no Rio de Janeiro²² também encontraram associação entre o problema e a faixa etária, evidenciando maior prevalência do excesso de peso entre os adultos com idade igual ou acima de 40 anos e a faixa de 50–59 anos, respectivamente. Esse achado pode estar relacionado à diminuição do nível atividade física²³, bem como do metabolismo basal e das alterações hormonais que acontecem com o processo de envelhecimento, que levam o corpo a estocar mais gordura²⁴. Em nível internacional, pesquisa realizada no distrito de Kalutara, na Ásia, encontrou uma maior prevalência de sobrepeso em adultos de baixa renda, a partir dos 40 anos, com redução no 50 anos de idade²⁵. É provável que as diferenças de ecossistemas de vida próprios para cada população de baixa renda possam justificar esses desencontros nos resultados.

Não foi observada associação entre o excesso de peso e escolaridade. De acordo com o VIGITEL²⁶, a frequência de excesso de peso tende a diminuir com o aumento da escolaridade, contudo não observamos isso neste estudo, já que a prevalência do excesso de peso foi similar nas diferentes faixas etárias, independente do grau de instrução, provavelmente porque a baixa condição socioeconômica e o contexto social ao qual a população em estudo está inserida acaba favorecendo a aquisição de alimentos mais baratos e calóricos.

Nas classes mais elevadas da amostra foram identificadas as maiores prevalências do excesso de peso (B1/B2). Entretanto, esta representava apenas 5,8% da amostra. O tamanho amostral do estudo pode ter influenciado nesse resultado, pois o que se esperava era encontrar maior prevalência do problema nas classes mais pobres. Contudo, deve-se considerar que a população estudada é uma comunidade carente e dessa forma, uma população homogênea, assim com uma amostra maior talvez fosse possível identificar o que esperávamos, como o caso do estudo realizado em Maceió⁶ e no Ceará²⁷, nos quais foi observada maior prevalência do excesso de peso entre os adultos com menor renda.

Foi encontrada maior frequência do problema entre a raça/etnia preta e entre os adultos sem ocupação, embora não tenha sido observada associação significativa. É importante ressaltar que o excesso de peso vem deslocando sua focalização de risco para as etnias

socialmente mais desfavorecidas, como negros e pardos ou outros agrupamentos aproximados pela condição de pobreza, como famílias do meio rural e estratos de renda mais baixa^{28,29}.

No presente estudo, aproximadamente 70% da população consome feijão cinco ou mais vezes na semana. De acordo com a Pesquisa de Orçamento Familiar, nos anos 2008 e 2009, o feijão ainda figura entre os alimentos mais consumidos pela população brasileira ($\cong 70\%$)³⁰. Já o baixo consumo semanal de feijão (≤ 2 vezes) se mostrou associado ao excesso de peso neste trabalho, corroborando o estudo realizado em Belém (PA) sobre o consumo de feijão em adultos³¹, o que pode indicar maior consumo de alimentos ultraprocessados, em detrimento aos alimentos saudáveis, como o feijão. Ademais, não foram observadas associações com outras variáveis de consumo alimentar.

Não se evidenciou associação entre o nível de atividade física e a prevalência de excesso de peso. A coexistência de 70,2% de indivíduos suficientemente ativos e de aproximadamente 70% de sobrepeso/obesidade são resultados aparentemente conflitivos; achados semelhantes também foram observados, em Pernambuco⁷. A elevada prevalência de adultos ativos pode ser justificada pelo fato de a mensuração da atividade física ter sido realizada por um instrumento que considera as atividades desenvolvidas no lazer, deslocamento, em atividades domésticas e ocupacionais, bem como pela condição socioeconômica da população, que faz com que o deslocamento ativo, as tarefas ocupacionais e atividades domésticas sejam o tipo de atividade física predominante, em detrimento da atividade física realizada no tempo de lazer, que é mais comum em países desenvolvidos^{32,33}.

Como esperado, de acordo com o que é demonstrado em outros estudos, a HAS e a DM se apresentaram associados ao sobrepeso/obesidade³⁴⁻³⁶. Trata-se de uma trílogia de comorbidades (HAS, diabetes tipo II e sobrepeso/obesidade) que muito comumente, estão em conjunto.

Ressalta-se como limitação do estudo o delineamento transversal, por constituir uma limitação nas análises de associação entre as variáveis associadas e o desfecho, pela impossibilidade de inferir relação de causalidade, desconsiderando a relação antes/depois que, por lógica formal, deve condicionar a relação.

O fato de o estudo ter sido desenvolvido em uma comunidade carente é considerado um ponto positivo, tendo em vista que ainda são realizados poucos estudos nessas comunidades e o conhecimento da situação de saúde das populações carentes é importante para o planejamento de intervenções.

CONCLUSÃO

A prevalência de 70% de sobrepeso/obesidade numa área carente do Recife está bem acima dos resultados identificados em outras populações urbanas de características semelhantes e até bem superiores em amostras representativas do Brasil. A elevada prevalência do problema, situando-se em cerca de 30% acima das frequências encontradas em estudos publicados no país após o ano de 2003, pressupõe que a população analisada se inclui no rápido processo de transição nutricional que o país experimenta nos últimos 40 anos.

Sob o ponto de vista analítico, dos 22 grupos de variáveis investigadas, faixa etária, classe econômica, consumo semanal de feijão, DM e HAS, foram as variáveis que compuseram o modelo final ajustado para definir os riscos associados ao excesso de peso.

Conclusivamente, a elevada prevalência de sobrepeso/obesidade detectados na área urbana carente estudada, impõe a necessidade de incluir esse problema como prioridade de saúde pública nessas comunidades. Mais ainda, impõe a recomendação de expandir estudos semelhantes e também de abordagem qualitativa para outras comunidades afins que se espalham no território nacional, de modo a retratar uma situação ainda pouco conhecida e sinalizar intervenções prioritárias nelas.

REFERÊNCIAS

- Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet* 2011; 377(9781): 1949-161. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)
- Oliveira LPM, Assis AMO, Silva MCM, Santana MLP, Santos NS, Pinheiro SMC, et al. Fatores associados a excesso de peso e concentração de gordura abdominal em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(3): 570-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000300012>
- Goulart FAA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014; 384(9945): 766-81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8)
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
- Barbosa JM, Cabral PC, Lira PIC, Florêncio TMMT. Fatores socioeconômicos associados ao excesso de peso em população de baixa renda do nordeste brasileiro. *Arch Latino Americanos Nutrición* 2009; 59(1): 22-9.
- Pinho CPB, Diniz AS, Arruda IKG, Lira PIC, Sequeira LAS, Gonçalves FCLSP, et al. Excesso de peso em adultos do Estado de Pernambuco, Brasil: magnitude e fatores associados. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(12): 2340-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001200006>
- World Health Organization (WHO). Global nutrition policy review: What does it take to scale up nutrition action? Geneva: WHO; 2013.
- Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(Supl. 1): S181-91. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000700019>
- Sá NNB, Moura EC. Excesso de peso: determinantes sociodemográficos e comportamentais em adultos, Brasil, 2008. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(7): 1380-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000700013>
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: MS; 2014.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Aglomerados subnormais. Censo Demográfico. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; 1995.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2013: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: MS; 2014.
- Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Atividade Física e Saúde* 2001; 6(2): 5-18. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.6n2p5-18>
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care* 2013; 36(Supl. 1): S11-66. <https://doi.org/10.2337/dc13-S011>
- Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107 (3 Supl. 3): 1-83. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160153>

19. Smith TM, Colón-Ramos U, Pinard CA, Yaroch AL. Household food insecurity as a determinant of overweight and obesity among low-income Hispanic subgroups: Data from the 2011-2012 California Health Interview Survey. *Appetite* 2016; 97: 37-42. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2015.11.009>
20. Kahan D. Prevalence and correlates of adult overweight in the Muslim world: analysis of 46 countries. *Clin Obes* 2015; 5(2): 87-98. <http://doi.org/10.1111/cob.12089>
21. Lima FEL, Rabito EI, Dias MRMG. Estado nutricional de população adulta beneficiária do Programa Bolsa Família no município de Curitiba, PR. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(2): 198-206. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000200002>
22. Lins APM, Sichieri R, Coutinho WF, Ramos EG, Peixoto MVM, Fonseca VM. Alimentação saudável, escolaridade e excesso de peso entre mulheres de baixa renda. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18(2): 357-66. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000200007>
23. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet* 2012; 380(9838): 247-57. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60646-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60646-1)
24. Flegal KM, Carroll MD, Bryan KK, Ogden CL. Prevalence of obesity and trends in the distribution of body mass index among US adults, 1999-2010. *Jama* 2012; 307(5): 491-7. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2012.39>
25. Silva AP, Silva SHP, Haniffa R, Liyanage IK, Jayasinghe KSA, Katulanda P, et al. A cross sectional survey on social, cultural and economic determinants of obesity in a low middle income setting. *Int J Equity Health* 2015; 14: 6. <https://dx.doi.org/10.1186/s12939-015-0140-8>
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigilância em Saúde 2013: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*. Brasília: MS; 2017.
27. Vasconcelos HCA, Marinho NBP, Araújo MFM, Freitas RWJF, Almeida PC, Damasceno MMC. Avaliação do excesso de peso entre adultos da Estratégia Saúde da Família. *Rev Enferm* 2012; 20(5): 573-8.
28. Costa EC, Lira PIC, Oliveira JF, Menezes RCE, Tavares FCLP, Batista Filho M. Evolução do excesso de peso e fatores associados em mulheres de 10 a 49 anos em Pernambuco, Nordeste, Brasil. *Rev Nutr* 2014; 27(5): 513-24. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-52732014000500001>
29. Linhares RS, Horta BL, Gigante DP, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA. Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(3): 438-47. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300004>
30. Jaime PC, Stopa SR, Oliveira TP, Vieira ML, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalência e distribuição sociodemográfica de marcadores de alimentação saudável, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil 2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24(2): 267-76. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200009>
31. Silva SA, Santos PNS, Moura EC. Associação entre excesso de peso e consumo de feijão em adultos. *Rev Nutr* 2010; 23(2): 239-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000200007>
32. Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, Wells JC, Loos RJ, Martin BW. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet* 2012; 380(9838): 258-71. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60735-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60735-1)
33. Macniven R, Bauman A, Abouzeid M. A review of population-based prevalence studies of physical activity in adults in the Asia-Pacific region. *BMC Public Health* 2012; 12: 41. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-41>
34. Gigante DP, Moura EC, Sardinha LM. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(Supl. 2): 83-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000900011>
35. Cristóvão MF, Sato AP, Fujimori E. Excesso de peso e obesidade abdominal em mulheres atendidas em Unidade da Estratégia Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(N. Esp. 2): 1667-72. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800005>
36. Flor LS, Campos MR, Oliveira AF, Schramm JMA. Carga de diabetes no Brasil: fração atribuível ao sobrepeso, obesidade e excesso de peso. *Rev Saúde Pública* 2015; 49: 1-11. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005571>

Recebido em: 15/08/2018

Revisado em: 19/03/2019

Aceito em: 20/03/2019

Contribuição dos autores: Melo SPSC, Cesse EAP, Lira PIC, Rissin A e Batista Filho M contribuíram na concepção, delineamento do estudo, análise, interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do conteúdo do estudo. Ferreira LCCN, participou da redação e revisão crítica do estudo. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e declararam serem responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

