

Excesso de peso e determinantes sociais de saúde

Overweight and social determinants of health

Sobrepeso y determinantes sociales de salud

*Maria Júlia Sena de Freitas*¹

ORCID: 0009-0002-9408-1974

*Cátia Suely Palmeira*¹

ORCID: 0000-0001-6328-8118

*Maria de Lourdes Lima*¹

ORCID: 0000-0002-2081-4162

*Tassia Teles Santana de Macedo*¹

ORCID: 0000-0003-2423-9844

Resumo

Objetivo: Analisar os determinantes sociais de saúde associados ao excesso de peso e a obesidade em mulheres. **Métodos:** Estudo transversal realizado com mulheres com índice de massa corporal (IMC) ≥ 25 kg/m², acompanhadas em um centro de referência em obesidade em Salvador-BA. Utilizou-se dados secundários de 161 prontuários que foram organizados em camadas segundo o modelo dos Determinantes sociais de Saúde e analisados pela estatística descritiva e Teste Exato de Fisher. **Resultados:** Na camada 1 dos DSS verificou-se predomínio da faixa etária 40-59 (84;52,2%) e raça/cor parda (93;57,8%). Encontrada associação entre IMC e faixa etária ($p=0,015$). Na camada 2, observou-se que não faziam dieta (102; 63,4%), não realizavam atividade física (112; 69,6%) e eram etilistas (63;39,1%), havendo associação significativa entre o IMC e etilismo ($p=0,045$). Na camada 3, coabitavam no domicílio com menos de 3 pessoas (63; 39,1%). Quanto à camada 4, houve predomínio das mulheres com 2º grau (89; 55,3%), renda menor de um salário-mínimo (79;49,1%) com emprego remunerado formal (69; 42,9%), na qual a escolaridade mostrou associação com IMC ($p=0,016$). **Conclusão:** Encontrada associação significativa entre IMC e faixa etária na camada 1, com etilismo na camada 2 e com escolaridade da camada 4 do modelo dos DSS.

Descritores: Obesidade; Sobrepeso; Determinantes Sociais da Saúde; Mulheres.

¹Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil.

Autor correspondente:
Maria Júlia Sena de Freitas
E-mail: juliasenaf@outlook.com

O que se sabe?

Os determinantes sociais de saúde têm sido reconhecidos como causas fundamentais de adoecimento uma população, porém as relações entre fatores sociais e ambientais que contribuem para a obesidade são subestimadas.

O que o estudo adiciona?

Os profissionais de saúde devem considerar o uso de evidências que ligam a obesidade aos determinantes sociais para realizar intervenções mais específicas de prevenção e controle do excesso de peso.



Como citar este artigo: Freitas MJS, Palmeira CS, Lima ML, Macedo TTS. Excesso de peso e determinantes sociais de saúde. Rev. enferm. UFPI. [internet] 2024 [citado em: dia mês abreviado ano];13: 13: e506. DOI: 10.26694/reufpi.v13i1.5064

Abstract

Objective: To analyze the social determinants of health associated with overweight and obesity in women. **Method:** This was a cross-sectional study of women with a body mass index (BMI) ≥ 25 kg/m² who were followed up at an obesity referral center in Salvador, Bahia. Secondary data from 161 medical records were used, which were organized into layers according to the Social Health Determinants model and analyzed using descriptive statistics and Fisher's Exact Test. **Results:** In DSS layer 1, there was a predominance of the 40-59 age group (84;52.2%) and brown race/color (93;57.8%). An association was found between BMI and age group ($p=0.015$). In layer 2, there was no diet (102; 63.4%), no physical activity (112; 69.6%) and alcohol consumption (63; 39.1%), with a significant association between BMI and alcohol consumption ($p=0.045$). In layer 3, less than 3 people lived in the household (63; 39.1%). As for layer 4, there was a predominance of women with a high school degree (89; 55.3%), an income of less than one minimum wage (79; 49.1%) with formal paid employment (69; 42.9%), and education showed an association with BMI ($p=0.016$). **Conclusion:** There was a significant association between BMI and age group in layer 1, with alcohol consumption in layer 2 and with education level in layer 4 of the DSS model.

Descriptors: Obesity; Overweight; Social Determinants of Health; Women.

Resumen

Objetivo: Analizar los determinantes sociales de la salud asociados al sobrepeso y la obesidad en mujeres. **Métodos:** Estudio transversal realizado con mujeres con índice de masa corporal (IMC) ≥ 25 kg/m², seguidas en un centro de referencia en obesidad de Salvador-Ba. Se utilizaron datos secundarios de 161 historias clínicas, organizadas en estratos según el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud y analizadas mediante estadística descriptiva y Prueba Exacta de Fisher. **Resultados:** En el estrato 1 de los DSS predominó el grupo de edad 40-59 años (84;52,2%) y raza/color pardo (93;57,8%). Se encontró asociación entre el IMC y el grupo de edad ($p=0,015$). En el estrato 2 se observó que no hacían dieta (102; 63,4%), no realizaban actividad física (112; 69,6%) y tomaban alcohol (63; 39,1%), con asociación significativa entre el IMC y el alcoholismo ($p=0,045$). En el estrato 3, vivían en el hogar con menos de 3 personas (63; 39,1%). En cuanto al estrato 4, hubo predominio de mujeres con educación secundaria (89; 55,3%), ingresos inferiores a un salario mínimo (79; 49,1%) con empleo formal remunerado (69; 42,9%), advirtiéndose que la educación mostró asociación con el IMC ($p=0,016$). **Conclusión:** Hubo asociación significativa entre el IMC y el grupo de edad en el estrato 1, con el consumo de alcohol en el estrato 2 y con la educación en estrato 4 del modelo de DSS.

Descriptoros: Obesidad; Sobrepeso; Determinantes Sociales de la Salud; Mujeres.

INTRODUÇÃO

A obesidade, definida como o excesso de gordura corporal com prejuízos à saúde, é considerada uma epidemia mundial devido ao seu crescente aumento nos últimos tempos.⁽¹⁾ Segundo Atlas da obesidade no ano de 2022 foi estimado o número de 1 bilhão de pessoas com o excesso de peso no mundo.⁽²⁾ Quando se trata do cenário nacional, no ano de 2021, a prevalência de excesso de peso era 61,42%, sendo que 24,35% já tinha obesidade.⁽³⁾

O excesso de peso acarreta prejuízos econômicos e para saúde pública, devido a sua relação com a predisposição a outras condições patológicas (doenças cardiovasculares, osteomusculares, diabetes e mortalidade em geral) e aos seus gastos clínicos. Vale ressaltar que por representarem doenças que necessitam de um tratamento e acompanhamento prolongado em unidades básicas de saúde e em centros de acompanhamento especializado, há uma sobrecarga destes serviços e aumento dos custos do tratamento das mesmas para a população e sociedade em geral.⁽⁴⁾

O aumento da prevalência do excesso de gordura corporal está associado com a modernização da sociedade e as mudanças no estilo de vida.⁽⁵⁾ Nos últimos anos, cada vez mais vem sendo construído ambientes favoráveis para o aumento da obesidade.⁽⁶⁾ O padrão de vida vem sendo afetado por estímulos inadequados, pelo rápido acesso a alimentos ricos em sódio e hipercalóricos, além do sedentarismo crescente. Este último, geralmente justificado por diversos fatores, tais como, bairros sem estrutura e sem segurança que estimulem o interesse e a participação da comunidade em realizar exercícios físicos e a complexa rotina diária, as quais indisponibilizam ou prejudica o tempo para realizar o autocuidado.⁽⁷⁾

Ainda no que concerne a etiologia do excesso de peso, deve-se salientar que é uma doença multifatorial causada por uma combinação de determinantes biológicos, genéticos, sociais, ambientais e comportamentais.^(6,8) Durante algum tempo a obesidade foi atribuída a causas individuais dentro do controle da pessoa, como escolhas alimentares, quantidade de exercícios ou força de vontade, ocorrendo uma subestimação dos fatores sociais e ambientais que contribuem para a obesidade. Atualmente tem havido o reconhecimento da vulnerabilidade social para a doença.⁽⁹⁾ Para esses autores, a prevalência da obesidade está significativamente associada ao sexo, identidade étnica racial e status socioeconômico, e as relações complexas entre cada uma dessas características.

Embora o tratamento do excesso de peso consista essencialmente na mudança dos hábitos de padrão alimentar saudável e prática regular de atividade física,⁽⁴⁾ sabe-se que o acesso aos alimentos saudáveis e a disponibilidade de tempo e locais para a prática da atividade física apresenta diferenças entre

as áreas geográficas e o nível socioeconômico da população. Portanto, pode-se afirmar que os recursos terapêuticos também se estendem às condições de vida da pessoa e suas relações interpessoais, igualmente a sua participação na etiologia do excesso de peso.⁽⁹⁻¹⁰⁾

Estes fatores que participam da etiologia do processo saúde doença são constituídos pelo contexto social na qual o indivíduo está inserido e são denominados Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Estes são definidos como uma rede complexa de condições econômicas, sociais, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, tais como educação, renda, ocupação, moradia, bairros, status socioeconômico individual etc..⁽¹¹⁾

Os DSS têm sido cada vez mais reconhecidos como causas fundamentais dos quadros de saúde de uma população, sendo que seus efeitos se estendem as doenças crônicas, como a obesidade. Estudo aponta a presença de desigualdades na prevalência de sobrepeso e obesidade, com uma maior frequência na população de baixo nível socioeconômico.⁽¹²⁾

Dentro desse cenário, quando se fala do excesso de peso e suas medidas de intervenções, é necessário analisar quais são os determinantes sociais de saúde mais frequentes à realidade da população do estudo, visando fornecer a equipe de profissionais de saúde subsídios para uma reflexão sobre o seu papel, e conseqüentemente a busca de um plano de cuidado voltado para realidade descrita, possibilitando um acesso efetivo da população ao enfrentamento do excesso de peso.

Em vista dessas considerações, definiu-se como objetivo deste estudo analisar os determinantes sociais de saúde associados ao excesso de peso e a obesidade em mulheres.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo transversal descritivo realizado em um centro de referência em obesidade. Este centro ambulatorial pertence a uma Instituição de Ensino Superior Privada, localizado na cidade de Salvador – BA criada em 2009. Atualmente o referido ambulatório conta com 480 pacientes cadastrados, os quais são acompanhados por equipe multidisciplinar, com enfermeira, nutricionista, endocrinologista e psicóloga.

A população do estudo foi composta por mulheres com índice de massa corporal (IMC) igual ou superior a 25 kg/m² e maiores de 18 anos de idade que são acompanhadas ambulatoriamente no referido centro. Foram excluídas as mulheres com dados incompletos no prontuário e com dificuldades físicas que impediram a mensuração do peso e da altura. Os homens não foram considerados para o estudo em função de representarem somente 9% dos pacientes em acompanhamento, o que pode interferir nas análises.

Foram utilizados dados secundários do banco de dados do projeto Matriz “Efeito do acompanhamento multiprofissional no controle do excesso de peso e comorbidades em mulheres obesas: uma coorte retrospectiva”, a partir da coleta de informações disponíveis em consultas iniciais presentes nas bases de dados do Ambulatório de Obesidade. A seleção da amostra foi considerada de conveniência tendo em vista que usou apenas os dados de uma parcela da população cadastrada no projeto, em função do período limitado para a coleta de dados e ausência de informações consideradas importantes para o presente estudo.

As variáveis que foram consideradas para análise do presente estudo foram: dados sociodemográficos (idade, escolaridade, renda, raça/cor, ocupação e coabitação); dados de estilo de vida (dieta, etilismo, tabagismo); dados clínicos e de tratamento (comorbidades, peso em kg e altura em cm para o cálculo do índice de massa corporal (IMC), início do excesso de peso, tratamentos e tempo de acompanhamento para perda de peso). As comorbidades hipertensão arterial (HA), diabetes mellitus (DM) e dislipidemias foram coletadas por meio dos prontuários dos pacientes diretamente nas respostas à pergunta se já tinham o diagnóstico das doenças citadas.

Posteriormente estes dados foram alocados para organização, análise e apresentação em diferentes camadas do Modelo de Dahlgren e Whitehead dos DSS criada em 1991⁽¹¹⁾: Camada 1 (idade, raça/cor, HA, classificação da pressão arterial, DM, dislipidemia, IMC). O IMC foi categorizado em sobrepeso (25≥29 kg/m²), obesidade grau I (30≥34,9 kg/m²), obesidade grau II (35≥39,9 kg/m²) e obesidade grau III (≥40 kg/m²); Camada 2 estilo de vida e comportamentos em relação ao seguimento do tratamento (dieta, prática de atividade física, tabagismo, etilismo, tratamentos anteriores); Camada 3 (coabitação com familiares); e Camada 4 (escolaridade, renda e ocupação). A renda foi coletada em valores em R\$ e categorizada em com base no salário-mínimo antes do reajuste do ano de 2023 (R\$1212,00). A ocupação foi categorizada em: sem remuneração (do lar, desempregado e estudante), remunerado formal (emprego formal) e remuneração informal (autônomos, vendedores e prestadores de serviços). A camada 5 referentes aos determinantes

distais, não foi considerada para o estudo, considerando que pertencem aos macrodeterminantes sociais, tais como questões políticas e ambientais, as quais não constavam nos prontuários analisados.

Inicialmente foi realizada análise estatística descritiva exploratória das variáveis selecionadas pelo modelo DSS (frequência absoluta e relativa). Para análise bi-variada foi utilizado o Teste exato de Fisher, considerando uma significância estatística quando $p < 0,05$. Os dados foram analisados utilizando o programa IBM SPSS Statistics 27.

No que se refere aos aspectos éticos, o projeto matriz tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública com número de parecer 4.430.105. CAAE 3974220.0.0000.5544. Ressaltando que a coleta de dados do projeto matriz respeitou os princípios éticos de acordo com as Resoluções nº 466/2012 e só foi realizada após explicação dos objetivos da pesquisa para as participantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A amostra do estudo consistiu em 161 mulheres com excesso de peso, com média de idade de 51,6 (dp \pm 11,9) anos e de IMC de 38,6 kg/m² (dp \pm 7,5), valor mínimo de 25,4 kg/m² e máximo de 68,6 kg/m².

A tabela 1 descreve as características das mulheres com excesso de peso de acordo com a camada 1 (determinantes individuais) e camada 2 (determinantes proximais) do modelo de DSS, e a associação destes determinantes com o IMC. Houve predomínio da faixa etária de 40-59 (84; 52,2%) e raça/cor parda (93; 57,8%). No que se refere ao estilo de vida a maioria das mulheres não fazia dieta (102; 63,4%), não praticava atividade física (112; 69,6%), eram etilistas (63; 39,1%) e não fumavam (154; 95,7%). Quanto às comorbidades, maior frequência das participantes já tinha o diagnóstico de HA (82; 50,9%), DM (31; 19,3%) e de dislipidemia (54; 33,5%). No momento da admissão ao programa apresentaram a pressão alterada (76; 46,%).

Houve associação significativa entre os IMC com faixa etária da camada 1 ($p=0,015$) e IMC com etilismo da camada 2 ($p=0,045$). Não foi encontrada significância estatística entre IMC com as demais variáveis da camada um e dois do modelo do DSS (Tabela 1).

Tabela 1. Associação entre as camadas 1 e 2 do Modelo de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e o índice de massa corporal (IMC) em mulheres com excesso de peso. Salvador, BA, Brasil, 2023. (N=161)

Varáveis	Total N(%)	Sobrepeso N(%)	Obesidade Grau I, N(%)	Obesidade Grau II, N(%)	Obesidade Grau III, N(%)	P valor*
Camada 1 - Determinantes individuais						
Faixa etária						0,015
<40 anos	29 (18,0)	3 (21,4)	4 (8,9)	8 (19,5)	14 (23,0)	
40 - 59 anos	84 (52,2)	3 (21,4)	24 (53,3)	27 (65,9%)	30 (49,2)	
≥ 60 anos	48 (29,8)	8 (57,1)	17 (37,8)	6 (14,6%)	17 (27,9)	
Raça/Cor						0,733
Parda	93 (57,8)	8 (57,1)	23 (51,1)	24 (58,5)	38 (62,3)	
Preta	56 (34,8)	5 (35,7)	19 (42,2)	12 (29,3)	20 (32,8)	
Branca	12 (7,5)	1 (7,1)	3 (6,7)	5 (12,2)	3 (4,9)	
Hipertensão arterial						0,050
Não	79 (49,1)	9 (64,3)	23 (51,1)	25 (61,0)	39 (63,9)	
Sim	82 (50,9)	5 (35,7)	22 (48,9)	16 (39,0)	82 (50,1)	
Classificação da pressão arterial (PA)						0,133
PA normal	86 (53,4)	10 (71,4)	23 (51,1)	26 (63,4)	27(44,3)	
PA alterada	75 (46,6)	4(28,6)	22 (48,9)	15 (36,6)	34 (55,7)	
Diabetes mellitus						0,315
Não	130 (80,7)	10 (71,4)	39 (86,7)	35 (85,4)	46 (75,4)	
Sim	31 (19,3)	4 (28,6)	6 (13,3)	6 (14,6)	15 (24,6)	
Dislipidemia						0,466
Não	107 (66,5)	9 (64,3)	27 (60,0)	26 (63,4)	45 (73,8)	
Sim	54 (33,5)	5 (35,7)	18 (40,0)	15 (36,6)	16 (26,2)	
Início da obesidade						0,511
Infância	33 (20,5)	3 (21,4)	8 (17,8)	7 (17,1)	15 (24,6)	
Adolescência	19 (11,8)	1 (7,1)	4 (8,9)	3 (7,3)	11 (18,0)	
Adulto	109 (67,7)	10 (71,4)	33 (73,3)	31 (75,6)	35 (57,4)	

Camada 2 - Determinantes proximais						
Dieta						0,461
Não	102 (63,4)	11 (78,6)	25 (55,6)	27 (65,9)	39 (63,4)	
Sim	59 (36,6)	3 (21,4)	20 (44,4)	14 (34,1)	22 (36,6)	
Prática de atividade física						0,257
Não	112 (69,6)	11 (78,6)	29 (64,4)	25 (61,0)	47 (77,0)	
Sim	49 (30,4)	3 (21,4)	16 (35,6)	16 (39,0)	14 (23,0)	
Tabagismo						0,404
Não	154 (95,7)	13 (92,9)	43 (95,6)	38 (92,7)	60 (98,4)	
Sim	7 (4,3)	1 (7,1)	2 (4,4)	3 (7,3)	1 (1,6)	
Etilismo						0,044
Não	98 (60,9)	10 (71,4)	25 (55,6)	19 (46,3)	44(72,1)	
Sim	63 (39,1)	4 (28,6)	20 (44,4)	22 (53,7)	17(27,9)	
Tratamento anterior à base de dieta						0,265
Não	102 (63,4)	10(71,4%)	23 (51,1)	28 (68,3)	41(67,2)	
Sim	59 (36,6)	4(28,6%)	22 (48,9%)	13 (31,7%)	20 (32,8)	
Tratamento anterior à base de atividade física						0,556
Não	156 (96,9)	13 (92,9)	43 (95,6)	40 (97,6)	60 (98,4)	
Sim	75 (3,1)	1 (7,1)	2 (4,4)	1 (2,4)	1 (1,6)	
Tratamento anterior com medicação						0,096
Não	119 (73,9)	13 (92,9)	37 (82,2%)	27 (65,9)	42 (68,9)	
Sim	42 (26,1)	1 (7,1)	8 (17,8%)	14 (34,1%)	19 (31,1)	
Tratamento anterior com acompanhamento						0,783
Não	120 (74,5)	11 (78,65)	34 (75,6)	28(68,3)	47 (77,0)	
Sim	41 (25,5)	3 (21,4)	11 (24,4)	13(31,7)	14 (23,0)	

*Teste Exato de Fisher

Fonte: elaboração própria.

Na tabela 2 estão descritas as características das mulheres com excesso de peso de acordo com a camada 3, representada pela influência das redes sociais e comunitária e a camada 4 composta pelos determinantes intermediários do modelo DSS, bem como a análise de associação com IMC. No que se refere à influência das redes sociais e comunitárias, coabitavam no domicílio com menos de 3 pessoas (63; 39,1%). Quanto aos determinantes intermediários, houve predomínio das mulheres com até o ensino médio (89; 55,3%), renda menor do que um salário-mínimo (79; 49,1%) com emprego remunerado formal (69; 42,9%). Apenas a escolaridade mostrou associação com IMC ($p=0,016$).

Tabela 2. Associação entre as camadas 3 e 4 do Modelo de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e o índice de massa corporal (IMC) em mulheres com excesso de peso. Salvador, BA, Brasil, 2023 (N=161)

Varáveis	Total N (%)	Sobrepeso N (%)	Obesidade Grau I, N (%)	Obesidade Grau II, N(%)	Obesidade Grau III, N(%)	P valor*
Camada 3 – Influência das redes sociais e comunitárias						
Coabitação com familiares						
<3 pessoas	63 (39,1)	5 (35,7)	17 (37,8)	14 (34,1)	27 (44,3)	0,667
= 3 pessoas	44 (27,3)	2 (14,3)	15 (33,3)	11 (26,8)	16 (26,2)	
> 3 pessoas	54 (33,5)	7 (50,0)	13 (28,9)	16 (39,0)	18 (29,5)	
Camada 4 – Determinantes Intermediários						
Escolaridade						0,016
Até Ensino Fundamental	46 (28,6)	4 (28,6)	12 (26,7%)	9 (22,0)	21 (34,4)	
Até Ensino Médio	89 (55,3)	7 (50,0)	21 (46,7)	23 (56,1)	38 (62,3)	
Até Ensino Superior	26 (16,1)	3 (21,4)	12 (26,7%)	9 (22,0)	2 (3,3)	
Renda (salário-mínimo)						0,084
< 1	79 (49,1)	7 (50,0)	22 (48,9)	24 (58,5)	40 (65,6)	
1 a < 2	64 (39,8)	6 (42,9)	16 (35,6)	9 (22,0)	19 (31,1)	
> 2	18 (11,2)	1 (7,1)	7 (15,6)	8 (19,5)	2 (3,3)	
Ocupação						0,303
Sem remuneração	42 (26,1)	2 (14,3)	9 (20,0)	12 (29,3)	19 (31,1)	
Remunerado formal	69 (42,9)	7 (50,0)	21 (46,7)	21 (51,2)	20 (32,8)	
Remuneração informal	50 (31,1)	5(35,7)	15 (33,3)	8 (19,5)	22 (36,1)	

*Teste Exato de Fisher

Fonte: elaboração própria.

DISCUSSÃO

A literatura já menciona que muitos fatores predisponentes ao excesso de peso variam dependendo da geografia, condições sociais, fatores políticos e econômicos e genética humana, e que em agregados, os fatores mais comuns são os sociodemográficos, comportamentais, genéticos e viver em ambiente obesogênico.⁽¹³⁾

A presente investigação mostrou que as mulheres que são acompanhadas no centro de referência concentram-se na faixa etária de 40-59 anos. Este achado pode ser justificado pela associação dos fatores predisponentes do excesso de peso, como o climatério e menopausa nessa idade, já evidenciado pela literatura.⁽¹⁴⁾ Dados do Vigitel de 2023 mostraram que o excesso de peso na população feminina adulta brasileira predominou em pessoas de 45 a 64 anos (66,7%).⁽³⁾

Na análise bivariada verificou-se associação significativa entre faixa etária e IMC. Estudo aponta que excesso de peso e a obesidade se tornam mais prevalentes com o aumento da faixa etária em ambos os sexos, porém, em geral, tende a diminuir a partir dos 60 anos de idade.⁽⁴⁾

Embora o processo fisiológico do desenvolvimento humano seja individual, consiste em uma condição indissociável do modo de viver e que está intimamente ligado aos fatores socioeconômicos, culturais e ambientais, estes fatores levam o indivíduo a ter um estilo de vida que o torna vulnerável ao ganho de peso com o passar dos anos.⁽¹⁵⁾

Embora a variável raça/cor não tenha apresentado associação significativa com o IMC, destaca-se maior proporção de mulheres da raça/cor negra (pretos + pardos) que chegam a somar 92,6% das participantes. Este dado está de acordo com estatística do IBGE, que aponta que Salvador tem o posto de capital negra do país, pois os negros representavam em 2018, 82,1% das 2,954 milhões de pessoas.⁽¹⁶⁾

Vale ressaltar que pessoas pretas e pardas continuam no Brasil com piores condições de vida, com menor acesso a emprego, educação, segurança e saneamento, condições estas que se correlacionam com acesso a alimentos saudáveis, espaço adequado e tempo para realização de atividade física e acesso a serviços de saúde, assim com mais suscetibilidade ao acúmulo de peso.⁽¹⁷⁾ Sabe-se que apesar dos fatores individuais se referirem a estilos de vida e escolhas, estes sofrem influências de macrodeterminantes sociais, políticos, econômicos e culturais, isto é, situações produzidas socialmente, denotando maior ou menor suscetibilidade das pessoas.⁽⁹⁾

Quanto às comorbidades, o grande percentual da população com diagnóstico prévio de HA é relevante considerando ser o excesso de peso um dos fatores de riscos mais importantes para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.⁽¹⁸⁾

A despeito de não ter sido encontrada associação entre HA e IMC neste estudo, pesquisa afirma que o aumento no IMC é significativamente associado ao aumento da pressão arterial sistólica e diastólica.⁽⁴⁾ Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a HA é a doença crônica mais prevalente em todo o mundo, e o aumento do peso corporal, da adiposidade, do IMC ou da circunferência abdominal, estão fortemente associados a elevação da pressão arterial, bem como o desenvolvimento de HA.⁽²⁰⁾

Outro aspecto não menos relevante é o fato de 46,6% das mulheres terem apresentado a pressão alterada durante a consulta de admissão ao programa, indicando assim a existência de um descontrole da mesma e que a abordagem assistencial dos profissionais de saúde tem que ir além do controle do peso, mas focar também no controle dos níveis pressóricos e nos fatores da vida de cada um que estão interferindo neste processo.

Além disso, embora apenas 19,3% das mulheres com excesso de peso ter informado o diagnóstico de DM neste estudo, esse número merece destaque considerando que estas duas condições de saúde compartilham mecanismos fisiopatológicos comuns, levando a uma estreita relação entre elas.⁽²¹⁾ A obesidade aumenta a patogênese do DM2 através da estimulação da resistência à insulina,⁽²²⁾ o que torna imprescindível o rastreamento e conhecimento do acúmulo de peso, a fim de traçar um plano terapêutico em pessoas acompanhadas ambulatoriamente para melhor controle do diabetes e suas complicações.

Considerando que cerca de 30% das mulheres tinham histórico de dislipidemia, tal achado é importante, pois a obesidade também está estreitamente ligada a distúrbios de lipídio.⁽²³⁾ Os autores acima citados mencionam que a dislipidemia aterogênica comumente encontrada nas pessoas com obesidade está fortemente associada com a doença cardiovascular e que o seu tratamento é fundamental para reduzir os riscos de DM, de doença aterosclerótica cardiovascular e mortalidade por todas as causas.

No que se refere ao estilo de vida, que pertence a camada 2 dos DSS, só foi encontrada associação significativa com etilismo. Achados na literatura mencionam o consumo de álcool como variável de significância em relação ao aumento de peso em seus resultados.⁽²⁴⁾ Também é sabido que o consumo

excessivo de álcool pode ser fonte de aporte calórico, acarretando diversos problemas de saúde, bem como obesidade e doenças cardiovasculares.⁽²⁵⁾

Entretanto um ponto que cabe ser destacado é o elevado percentual de mulheres que não faziam dieta e realizam atividade física, considerando que estas práticas são os pilares do tratamento para o controle de peso. As evidências sobre a associação inversa entre atividade física e ganho de peso a longo prazo já estão bem estabelecidas na literatura.⁽²⁶⁾ Dessa maneira, os profissionais de saúde devem estar atentos às barreiras que impedem as pessoas de praticarem atividade física no lazer, e juntos encontrarem formas de contornar este problema.

A continuidade da prática de atividade física proporciona diversos benefícios à saúde, principalmente ao sistema cardiovascular/metabólico e imunológico. Porém durante a pandemia da Covid-19, com isolamento social e o fechamento dos locais de prática de atividades físicas, recomendando para evitar a disseminação da doença, muitas pessoas permaneceram em casa. As restrições da pandemia afetaram a rotina de atividades físicas da população, e contribuiu no aumento da inatividade física entre os brasileiros em diferentes faixas etárias.⁽²⁷⁾ Ao mesmo tempo, pesquisas afirmam que essas situações vivenciadas durante a pandemia, mudaram o estilo de vida da população e favoreceram ao crescimento do número de indivíduos com obesidade e excesso de peso.⁽²⁸⁻²⁹⁾

Em relação aos tratamentos realizados anteriores à admissão no programa, observou-se uma baixa procura pelas participantes em realizar medidas preventivas ou terapêuticas para o controle do excesso de peso, fundamentadas na alteração dos hábitos de vida. Em razão dessa realidade, vale citar que as taxas de desistência do tratamento não farmacológico são elevadas e que as mesmas podem ser explicadas por fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo.⁽³⁰⁾ Portanto é imprescindível o conhecimento das dificuldades que as pessoas têm em seguir as orientações que os levariam a controlar o peso. Deve-se evitar atitudes de culpabilização do indivíduo, e sim focar num processo de normatização, pois as modificações do padrão envolvem também significados ligados ao ato de comer, ao corpo e ao viver.

Prevalência mais elevada de excesso de peso, principalmente na população mais pobre pode estar relacionada com o seu consumo alimentar. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2016), a população brasileira, vem apresentando mudanças no padrão alimentar nas últimas décadas que tem contribuído para o excesso de peso. Estas mudanças se referem principalmente ao aumento da ingestão alimentar, aumento do consumo de alimentos com alta densidade calórica, baixo poder sacietógeno e de fácil absorção e digestão, diminuição do número de refeições realizadas em casa e aumento do consumo de fast food.⁽²⁵⁾

Outro problema relacionado aos hábitos alimentares dos brasileiros tem sido o consumo reduzido de frutas, legumes e verduras, que segundo o Vigitel (2020) vem sendo abaixo do recomendado necessário para prevenção do desenvolvimento das DCNT, pois somente 21,4% vêm consumindo frutas, hortaliças cruas (na forma de saladas) ou cozidas no almoço e ou no jantar diariamente. Ainda no que concerne aos hábitos alimentares, somente 30,1% consomem alimentos não ou minimamente processados protetores para doenças crônicas somente.⁽³⁾

Ainda no que se diz respeito aos hábitos de vida, os baixos níveis de atividade física, estão ligados ao acúmulo de gordura corporal. O atual estilo de vida da população é um fator contribuinte para redução do gasto calórico. Estudo qualitativo aponta que a população de idosos justifica a inatividade física, pela falta acessibilidade, clima, conforto de casa/quarto com televisão, impedimentos algícos, além da solidão.⁽³¹⁾ Todos esses fatores devem ser identificados durante atividades assistências de forma que a orientação do profissional de saúde seja individualizada e com maior chance de êxito.

No que tange à camada 3 referentes aos fatores de influência social e comunitário, a maioria das participantes refere um menor número de habitantes em sua residência, e assim conseqüentemente uma menor influência nos aspectos de vida diários. Geralmente casa com muitos moradores, apresentam problemas relacionados, não só a maior gasto com alimentação e, portanto, menor acesso a alimentos mais saudáveis e ainda a dificuldade de fazer alimentos separados e individualizados. Ainda no que concerne a coabitação com familiares, é preciso considerar também que os hábitos familiares influenciam nas escolhas dos alimentos.⁽³²⁾

As escolhas alimentares são imprescindíveis para a manutenção da boa saúde e promoção da qualidade de vida. Pesquisas revelam que diversos são os fatores que influenciam na escolha dos alimentos, como a falta de tempo, influência da publicidade, o apelo sensorial, o preço, a preocupação com a saúde, mudanças demográficas e sociais.⁽¹⁹⁻³³⁾ Com isso evidencia-se uma mudança nos padrões alimentares, com o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados em detrimento dos alimentos saudáveis. Por

consequência, vale ressaltar que, as escolhas alimentares têm influência significativa na saúde e escolhas alimentares inadequadas contribuem para o desenvolvimento do excesso de peso e obesidade.

Na camada 4 do modelo DSS observou-se associação significativa entre IMC e escolaridade. Estudo sobre a prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira identificou nas análises bi e multivariada, que quanto menor a escolaridade das mulheres, maior é a chance de obesidade.⁽⁴⁾ Na literatura maior nível de escolaridade é vista como fator de proteção, reduzindo a probabilidade de excesso de peso em 35% entre as mulheres com 12 ou mais anos de estudo. Um dos aspectos que poder levar as mulheres com mais escolaridade ao controle do peso é alta cobrança estética do gênero além de mais acessibilidade em abordagens terapêutica.⁽³⁴⁾

Embora não tenha sido encontrada significância estatística na associação entre renda e IMC, sabe-se que esta é um importante indicador de acesso a alimentos mais saudáveis, a prática de atividade física e cuidados com a saúde.

Tendo consciência da complexidade que envolve o controle do excesso de peso, um aspecto fundamental é que a abordagem da pessoa com esse problema deva ser preferencialmente multiprofissional e individualizada. Portanto, que não inclua apenas a redução do peso isolado, mas considere uma melhora metabólica, melhora da adesão à terapêutica, melhora dos sofrimentos psicológicos implicados, considerando todo o contexto individual, familiar e socioeconômico do indivíduo. Tais considerações reforçam o significado que os DSS têm no processo de saúde doença das populações e que sempre os mesmos tem que ser considerados no processo assistencial.

A limitação do estudo se deu, a priori, pela obtenção dos dados secundários em prontuários com registros das consultas iniciais, os quais não abrangiam informações completas para avaliação de algumas variáveis dos DSS. Outra limitação foi o tamanho reduzido da amostra em decorrência de alguns prontuários apresentarem registros com dados incompletos, e que foram excluídos para análise. Por se tratar de um estudo transversal, não é possível inferir causalidade, assim os resultados devem ser considerados apenas em relação às associações entre as variáveis relacionadas aos fatores determinantes e o IMC. Destaca-se que os resultados deste estudo ampliam e fortalecem o conhecimento sobre a participação de DSS no excesso de peso, o qual pode contribuir para a reflexão e implementação de novas formas de cuidar em saúde para essa população específica.

CONCLUSÃO

Conclui-se que houve associação estatística significativa entre excesso de peso (IMC) com a faixa etária na camada 1, com etilismo na camada 2 e com escolaridade da camada 3 do modelo de Dahlgren e Whitehead dos DSS. Observou-se frequência importante de mulheres com mais idade, que não faziam tratamento com dieta e prática da atividade física para o controle do peso, e ainda que tinham o diagnóstico de outras comorbidades como a HA, DM e dislipidemia.

Os dados encontrados apontam a necessidade de rever estratégias de atendimento ambulatorial a fim melhorar a adesão e efetividade do plano terapêutico, sendo que os cuidados devem ser reforçados considerando principalmente o perfil ao das participantes que foi marcado em sua maioria por condições de maior vulnerabilidade social em função da baixa escolaridade e renda, e dificuldade em controle do peso principalmente em relação aos fatores determinantes da camada 2 (estilo de vida).

Os resultados deste estudo não podem ser generalizados para todos os as mulheres que têm excesso de peso, sendo necessária a realização de estudos posteriores que englobem um número maior de participantes e de cenários diferentes.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Concepção ou desenho do estudo: Freitas MJS, Palmeira CS. Coleta dos dados: Freitas MJS, Palmeira CS. Análise e interpretação dos dados: Freitas MJS, Palmeira CS. Redação do artigo ou revisão crítica: Freitas MJS, Palmeira CS, Lima ML, Macedo TTS. Aprovação final da versão a ser publicada: Freitas MJS, Palmeira CS, Lima ML, Macedo TTS.

AGRADECIMENTOS

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) por meio do programa de bolsas de Iniciação Científica, financiar e incentivar o desenvolvimento do projeto.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight. Fact sheets, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
2. World Health Organization (WHO). World Obesity Atlas 2023. Disponível em: <https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2023>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023 – Brasília: Ministério da Saúde, 2023.* Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf.
4. Ferreira AP de S, Szwarcwald CL, Damacena GN, Souza Júnior PRB de. Increasing trends in obesity prevalence from 2013 to 2019 and associated factors in Brazil. *Rev bras epidemiol.* 2021; 24:e210009. DOI: 10.1590/1980-549720210009.supl.2.
5. Porto TNR dos S, Cardoso CL da R, Balduino LS, Martins V de S, Alcântara SML, Carvalho DP. Prevalência do excesso de peso e fatores de risco para obesidade em adultos. *REAS.* 2019;22:e308. DOI: 10.25248/reas.e308.2019.
6. Drewnowski A, Buszkiewicz J, Aggarwal A, Rose C, Gupta S, Bradshaw A. Obesity and the built environment: A re-appraisal. *Obesity.* 2020; 28(1):22–30, 2020. DOI:10.1002/oby.22672.
7. Augusto NA, Loch MR, Dias DF, Silva AMR. Incidência de aumento e redução do Índice de Massa Corporal na meia-idade: seguimento de quatro anos. *Ciênc saúde coletiva.* 2022; 27(4):1455–68. DOI: 10.1590/1413-81232022274.03612021.
8. Cintra FF, Pissinati JT, Gasques LS, Arrieira RL. Influência da nutrição na expressão de genes relacionados à obesidade. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR.* 2020; 24(02):81-85. DOI: 10.25110/arqsaude.v24i2.2020.7279.
9. Lee A, Cardel M, Donahoo WT. Social and Environmental Factors Influencing Obesity [Internet]. Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, Chrousos G, de Herder WW, Dungan K, *et al.*, editors. PubMed. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25905211/>.
10. Thomas-Lange J. Determinantes Sociales de la Salud", "Habitus" y "Embodiment" detrás de un IMC elevado. Un análisis social del actual escenario epidemiológico. *Arch Latinoam Nutr.* 2022; 72 (02):125-138. DOI: 10.37527/2022.72.2.006.
11. Buss MP, Pellegrini AF. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.* 2007;17 (01):77-93. DOI: 10.1590/S0103-73312007000100006.
12. Montero-López M, *et al.* Determinantes sociales de la salud y prevalencia de sobrepesoobesidad en mujeres urbanas, según nivel socioeconómico. *Hacia la Promoción de la Salud.* 2021; 26(02):192-207. DOI:<https://doi.org/10.17151/hpsal.2021.26.2.14>.
13. Endalifer ML, Diress G. Epidemiology, Predisposing Factors, Biomarkers, and Prevention Mechanism of Obesity: A Systematic Review. *Journal of Obesity.* 2020;2020:1–8. DOI: 10.1155/2020/6134362.
14. Opoku AA, Abushama M, Konje JC. Obesity and menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020;88:102348. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2023.102348.

15. Freitas ICM de, Moraes SA de. Social vulnerability effect over obesity anthropometric indexes: results from population-based epidemiological study. *Rev bras epidemiol.* 2016;19(2):433–50. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600020018>.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Características étnico-raciais da população: classificações e identidades. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101681>> Acesso em: 22 abr. 2023.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101681>> Acesso em: 22 abr. 2023.
18. Burgos PFM, Costa C, Bombig MTN, Bianco HT. A obesidade como fator de risco para a hipertensão. *Rev Bras Hipertens.* 2014; 21, (2):68-74. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-881409>.
19. Silva BL dos S, Rocha M da S, Oliveira AC, Ripardo SRP, dos Santos GM, Nunes IF de OC, Melo MTSM, de Carvalho CMRG. Percepção da identidade alimentar: uma análise sob a ótica do consumidor em um mercado público de Teresina, PI. *Brazilian Journal of Development.* 2021; 7(4): 37234–37243. DOI: 10.34117/bjdv7n4-269
20. Cunha CLPD. Obesity-Induced Hypertension. *Arq Bras Cardiol.* 2023;120(7):e20230391. DOI: 10.36660/abc.20230391.
21. Boutari C, DeMarsilis A, Mantzoros CS. Obesity and diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2023;202:110773. DOI: 10.1016/j.diabres.2023.110773.
22. Ruze R, Liu T, Zou X, Song J, Chen Y, Xu R, *et al.* Obesity and type 2 diabetes mellitus: connections in epidemiology, pathogenesis, and treatments. *Frontiers in Endocrinology [Internet].* 2023;14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10161731/>
23. Lima MG, Santiago ERC, Lemos EC. Excesso de peso e fatores associados em usuários do programa academia da cidade em Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento [Internet].* 2021;15(98):1208-1220. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1488/1199>
24. Kachani AT, Brasiliano S, Hochgraf PB. O impacto do consumo alcoólico no ganho de peso. *Rev. Psiq. Clín.* 2008 35, (1): 21-24. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/b3QBrtnzVZwhkVSPHBdSssf/?format=pdf&lang=pt>
25. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO, São Paulo, 4^o edição, 2016. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>.
26. Oppert JM, Bellicha A, Ciangura C. Physical activity in management of persons with obesity. *Eur J Intern Med.* 2021;93:8-12. doi: 10.1016/j.ejim.2021.04.028.
27. Mollerer N, Gomes Junior SC, Marano D, Zin A. Survey of the Adequacy of Brazilian Children and Adolescents to the 24-Hour Movement Guidelines before and during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2023; 20(9):5737. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20095737>
28. Clemmensen C, Petersen MB, Sørensen TIA. Will the COVID-19 pandemic worsen the obesity epidemic? *Nat Rev Endocrinol.* 2020;16(9):469-470. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41574-020-0387-z>

29. Balanzá-Martínez V, *et al.* The assessment of lifestyle changes during the COVID-19 pandemic using a multidimensional scale. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2020;1(14):16-26. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.07.003>.
30. Alves JA, Andrade KA, Pachu CO. A influência da atividade física para pessoas com obesidade: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development [Internet].*2022; 11(1).DOI: 10.33448/rsd-v11i1.25036.
31. Ramalho A, Lima S, Petrica J, Serrano J, Paulo R, Duarte-Mendes P. Determinantes do comportamento sedentário de idosos que residem em Portugal: análise temática qualitativa a partir da SOS-framework. *Cuadernos de Psicología del Deporte.* 2023; 23(3): 288-305. Disponível em: <https://revistas.um.es/cpd/article/view/519621/346601>.
32. Vieira AC, Sichieri R. Associação do status socioeconômico com obesidade. *Physis.* 2008;18(3):415–26. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000300003>.
33. Moura ACC, Melo MTSM, Silva BLS, Paz SMRS, Paiva AA, Carvalho CMRG. An approach on food choice determinants: a study in the restaurants of a public market in Northeastern Brazil. *Rev Nutr.* 2020; 33:e190126. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-9865202033e190126>.
34. Fiocruz, 2016. Estudo investiga determinantes sociais da obesidade. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-investiga-determinantes-sociais-da-obesidade>.

Conflitos de interesse: Não
Submissão: 2023/28/11
Revisão: 2024/23/03
Aceite: 2024/19/08
Publicação: 2024/28/11

Editor Chefe ou Científico: Raylane da Silva Machado
Editor Associado: Ana Roberta Vilarouca da Silva

Autores mantêm os direitos autorais e concedem à Revista de Enfermagem da UFPI o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution BY 4.0 que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.