

Perfil de pacientes obesos atendidos na rede de Atenção Básica à Saúde no município de Chapecó, Santa Catarina

Obese patients profile treated at the Primary Health Care service in the municipality of Chapecó, Santa Catarina

Shawanda Abreu Oliveira, Bianca Gabriéli da Silva,
Marcelo Augusto Kessler Machado, Kathusy dos Santos,
Rosa Pereira Toledo, Viviane Lazari Simomura, Junir Antonio Lutinski

RESUMO

Introdução: A obesidade decorre do balanço energético positivo que favorece o acúmulo de gordura. É considerado um problema de saúde pública, de difícil tratamento por ser de causas multifatoriais. **Objetivo:** descrever o perfil de pacientes obesos atendidos na rede de Atenção Básica do município de Chapecó. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal, com pacientes maiores de 18 anos, com IMC maior ou igual a 30 kg/m², de ambos os sexos. Foram realizadas medidas antropométricas dos pacientes e aplicado questionários sociodemográfico e de frequência alimentar, bem como, questões relacionadas à ansiedade e ao estresse. O banco de dados foi construído no *Software Excel for Windows* e a análise estatística foi realizada por meio do software *Past* (versão 3) através de estatística descritiva (frequência) e comparadas por meio de testes não paramétricos (*Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*). **Resultados:** Ao todo, 50 pacientes participaram do estudo. O IMC variou significativamente ($p < 0,05$) segundo o acesso ao serviço de saúde, ao consumo de frutas e frituras e ao sentimento de culpa. Não foi encontrada relação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) segundo sexo, escolaridade, estado civil, zona de residência, ocupação, horas diárias trabalhadas, renda, meio de transporte, saneamento básico, número de consultas anuais e frequências de consumo de saladas, legumes, verduras, feijão, leite e derivados, hambúrguer e embutidos, biscoitos e salgadinhos, doces e refrigerantes e estresse. **Conclusão:** Os resultados indicam relação da obesidade com fator psicológico, além da frequência e das escolhas alimentares. O atendimento multiprofissional assegura a integralidade da atenção básica e pode ser um fator favorável no controle da obesidade.

PALAVRAS-CHAVE: Estresse; Hábitos alimentares; Humor; Irritação.

ABSTRACT

Introduction: Obesity results from the positive energy balance that favors the accumulation of fat. It is considered a public health problem, difficult to treat because of its multifactorial causes. **Objective:** to describe the profile of obese patients seen in the Primary Care network in the city of Chapecó. **Methodology:** This is a cross-sectional study with patients over 18 years old, with a BMI greater than or equal to 30kg/m², of both sexes. Anthropometric measurements of patients were performed and sociodemographic and food frequency questionnaires were applied, as well as questions related to anxiety and stress. The database was built using Excel for Windows software and statistical analysis was performed using Past software (version 3) using descriptive statistics (frequency) and compared using nonparametric tests (Mann-Whitney and Kruskal-Wallis). **Results:** In total, 50 patients participated in the study. The BMI varied significantly ($p < 0.05$) according to access to health services, consumption of fruits and fried foods and feelings of guilt. No statistically significant relationship was found ($p > 0.05$) according to sex, education, marital status, area of residence, occupation, daily hours worked, income, means of transport, basic sanitation, number of annual consultations and frequency of salad consumption, vegetables, beans, milk and dairy products, hamburgers and sausages, cookies and snacks, sweets and soft drinks and stress. **Conclusion:** The results indicate a relationship between obesity and psychological factors, in addition to frequency and food choices. Multiprofessional care ensures comprehensive primary care and can be a favorable factor in controlling obesity.

KEYWORDS: Stress; Eating habits; Humor; Irritation.

Como citar este artigo:

OLIVEIRA, SHAWANDA A.; SILVA, BIANCA G.; MACHADO, MARCELO A. K.; SANTOS, KATHUSY; TOLEDO, ROSA P.; SIMOURA, VIVIANE L.; LUTINSKI, JUNIR A.

Perfil de pacientes obesos atendidos na rede de Atenção Básica à Saúde no município de Chapecó, Santa Catarina. *Revista Saúde (Sta. Maria)*. 2020; 46 (2).

Autor correspondente:

Nome: Junir Antônio Lutinski
E-mail: junir@unochapeco.edu.br
Formação Profissional: Biólogo,
Dr. em Biodiversidade Animal.
Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

Filiação Institucional: Universidade Comunitária da Região de Chapecó
Endereço para correspondência:
Rua: Beija-Flor
Bairro: Efapi
Cidade: Chapecó
Estado: Santa Catarina
CEP: 89809-760

Data de Submissão:

21/05/2020

Data de aceite:

05/08/2020

Conflito de Interesse: Não há conflito de interesse



INTRODUÇÃO

O padrão alimentar e o balanço energético positivo são os principais determinantes para o excesso de peso e obesidade. Este agravo é considerado um problema de saúde pública, de difícil tratamento por ser de causas multifatoriais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que no ano de 2025 haja mais de 700 milhões de adultos obesos em todo o mundo. No Brasil, a frequência de obesos alcança aproximadamente 19,8% da população em 2018, sendo mais predominante no gênero feminino^{1,2}.

Este fato pode estar associado à transição e o perfil sociodemográfico que contribuíram para o aumento da prevalência da obesidade, especialmente a baixa escolaridade, rápido processo de urbanização, estado civil, uso de tabaco, a mecanização do trabalho, industrialização de alimentos calóricos e aumento do sedentarismo devido à modernização da locomoção³.

A avaliação nutricional é um instrumento para se diagnosticar a obesidade. Caracteriza-se em um método de investigação em nutrição baseado na mediação das variáveis físicas e na composição corporal global, em diferentes idades e graus de nutrição, como eutrofia, sobrepeso, obesidade e etc. Permite que os resultados individuais sejam agrupados de modo a fornecer um diagnóstico de coletividades, e assim, traçar o perfil nutricional de um determinado grupo⁴.

A antropometria é o método indireto mais comumente utilizado e apresenta boa acurácia e precisão. É capaz de prever o risco nutricional e descrever problemas nutricionais. São utilizadas medidas de estatura, peso, espessura de dobras cutâneas, circunferência, áreas e diâmetros. Os procedimentos envolvidos na avaliação antropométrica são simples, rápidos, de baixo custo, não invasivos e utilizam equipamentos de fácil aquisição, tais como fita métrica e balança⁵.

Como consequências da obesidade, podem ocorrer problemas de auto aceitação que levam os indivíduos obesos a apresentar manifestação de sofrimentos psicológicos e dificuldades emocionais. Pela dificuldade em perder peso, tendem a desenvolver sintomas relacionados à depressão e ansiedade. Desse modo, os pacientes obesos buscam a sensação de prazer e bem estar por meio da alimentação com o objetivo de aliviar sentimentos negativos⁶.

Nesse sentido, a obesidade está associada a um maior risco de surgimento de transtornos mentais, como a depressão e a ansiedade. O transtorno mental é caracterizado por danos psíquicos que afetam o comportamento, pensamento e humor e tem sido considerado fator de risco para indivíduos obesos por envolver um conjunto de elementos que os deixam em vulnerabilidade, ameaçando sua qualidade de vida. Assim como a obesidade, os transtornos mentais estão englobados no quadro de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Desse modo, torna-se importante considerar a etiologia em conjunto com suas variáveis cognitivas, emocionais e ambientais⁷.

Nesse sentido, a associação entre obesidade e o surgimento da depressão e ansiedade reafirma a importância de oferecer o cuidado integral, com estratégias visando a interprofissionalidade, uma vez que a integralidade é um

princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde - SUS, e está prevista na lei orgânica da saúde (nº 8.080 de 19 de setembro de 1990). Este princípio visa o atendimento do indivíduo e/ou coletividade como um todo, buscando não apenas o tratamento da doença, mas também descobrir as causas do seu surgimento para adotar medidas que previnam agravos e promovam e protejam a saúde do mesmo⁸. Neste contexto, este estudo teve como objetivos: a) descrever o perfil sociodemográfico de pacientes obesos atendidos na Rede de Atenção Básica do município de Chapecó, SC; b) caracterizar as frequências alimentares desses pacientes e; c) Relacionar sintomas de humor e estresse com o Índice de Massa Corporal (IMC).

MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, mediante parecer número 3.532.704.

Delimitação do estudo

Este é um estudo do tipo transversal, quantitativo e retrospectivo. A pesquisa foi realizada no município de Chapecó, SC, localizado na intersecção das coordenadas: latitude 27° 5' 48 S e longitude 52° 37' 7 O. Possui área territorial de 624, 846 Km². A taxa de escolaridade é de 98,4% na faixa etária entre 6 a 14 anos. O índice de desenvolvimento humano (IDH) do município é de 0,79. Sua população estimada é de 220.367. O salário médio mensal é de 2,8 salários mínimos e o PIB per capita é de R\$ 41.683,33⁹.

Amostra

Limitou-se a população de obesos atendidos pelo Centro de Saúde da família Sul e pelo grupo de combate à obesidade da Secretaria de Saúde do município. A amostra foi obtida por conveniência, o que consiste em uma parcela da população selecionada por ser imediatamente disponível¹⁰. Teve como sujeitos da pesquisa, 50 pacientes obesos cadastrados pela equipe de profissionais da Atenção Básica em Saúde, que recebem atendimento por esta causa nos serviços de saúde mencionados.

Foram incluídos pacientes, maiores de 18 anos, com IMC maior ou igual a 30 Kg/m² de ambos os sexos. Foram excluídos pacientes que, a partir de avaliação antropométrica não foram classificados como obesos. Foram excluídos também gestantes, indivíduos com a idade inferior a 18 anos e aqueles que optaram por não participar da pesquisa mediante recusa na assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Coleta de dados

A coleta foi realizada entre outubro a dezembro de 2019. Foi conduzida em diferentes momentos de acordo com a disponibilidade dos serviços de saúde envolvidos. A abordagem se deu nas Unidades de Saúde mediante agendamento junto aos profissionais do respectivo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (AB Sul) e durante os encontros coletivos do grupo de combate a obesidade na sede da Secretaria de Saúde do município. Toda a coleta de dados foi realizada mediante a participação e acompanhamento dos profissionais de saúde (Nutricionista e Psicóloga). Para pacientes não alfabetizados, o pesquisador fez a leitura e o preenchimento dos questionários conforme as respostas do entrevistado.

A coleta consistiu em três etapas e teve duração de aproximadamente 45 minutos para cada paciente: a primeira etapa consistiu a coleta das variáveis antropométricas; a segunda, na aplicação de questionário sociodemográfico elaborado pelos pesquisadores e o questionário de frequência alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)¹¹; a terceira etapa consistiu na aplicação do Inventário de Depressão e Ansiedade da Mente Vencendo o humor, dos autores Greenberger e Padesky¹².

A aferição das medidas antropométricas foi realizada em espaço reservado e adequado para tal, com acesso controlado de pessoas. Os pacientes foram pesados em balança digital marca Balmak®, com capacidade para 200 kg e com precisão aproximada de 100g. Os pacientes permaneceram descalços e com o mínimo de roupa possível, posicionados de costas para a balança, no centro do equipamento, ereto, com os pés paralelos e os braços estendidos ao longo do corpo⁴. A estatura foi medida com estadiômetro fixo marca Balmak®, numa parede sem rodapé e com piso nivelado, com o agente descalço, com a cabeça livre de adereços. O participante ficou de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo e cabeça erguida¹³. O diagnóstico do IMC foi obtido através da divisão da massa corporal (kg) pelo produto da altura (m²), com ponto de corte proposto segundo a OMS¹⁴.

O questionário de frequência alimentar (QFA) é uma abordagem retrospectiva. Utiliza estudos epidemiológicos que relacionam dieta e doença e assim, possibilitam a classificação de grupos populacionais de acordo com o seu consumo alimentar habitual. Além disso, identifica indivíduos com padrões extremos de consumo e possibilita o monitoramento de tendências dos comportamentos alimentares ao longo do tempo⁴.

No inventário de depressão e ansiedade foram analisadas as primeiras três perguntas do Inventário de depressão, que consiste nos sintomas de humor triste ou deprimido, sentimento de culpa e humor irritado na última semana. No inventário de ansiedade foram utilizadas as primeiras duas perguntas sobre nervosismo e preocupação. O paciente avaliou cada item de acordo com a intensidade dos sintomas apresentados na última semana¹².

Análise dos dados

Os dados coletados foram tabulados e organizados no *Software Excel for Windows* (versão 15.0.5233.1000, 2013). Foi realizada uma análise estatística exploratória baseada nas frequências, ilustradas em tabelas. Para análise da distribuição de normalidade das variáveis estudadas, foi utilizado o teste de *Shapiro-Wilk*. A comparação dos resultados foi realizada pelo teste *Kruskal-Wallis* e pelo teste de *Mann-Whitney* para variáveis não paramétricas. Os dados foram analisados com o auxílio do programa estatístico *Past*¹⁵.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 50 pacientes, sendo majoritariamente do sexo feminino com média de idade de 55 anos. Para o sexo masculino a média de idade foi de 51 anos. Quanto à escolaridade, a maioria informou o Ensino Médio, seguida pelo Ensino Fundamental Incompleto e Ensino Fundamental Completo. Em relação ao estado civil, a maioria se declarou casado. Quanto à zona de residência, a maioria vive na zona urbana. Quanto à ocupação, a maioria relatou ser dona de casa, seguido por auxiliar e aposentado. A média do IMC, segundo o sexo foi de 39,2 kg/m² para homens e 36,8 kg/m² para mulheres. O grau de obesidade medido pelo IMC não variou segundo sexo, escolaridade, estado civil, a zona de residência ou ocupação (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e comparativo de grupos segundo idade e índice de Massa Corporal (IMC) de pacientes obesos atendidos na Rede de Atenção Básica do município de Chapecó, Santa Catarina, 2019.

Perfil da amostra	Contagem (n)	Percentual	Idade (média)	DP (Média)
Sexo				
Masculino	8	16,0	51,8	11,8
Feminino	42	84,0	55,9	13,1
Perfil da amostra e IMC	Contagem (n)	Percentual	IMC (médio)	Significância
Sexo				
Masculino			39,2	U = 106;
Feminino			36,8	p = 0,10
Escolaridade				
Ensino Fundamental incompleto	18	36,0	36,0	
Ensino Fundamental	7	14,0	36,6	Hc = 7,06;
Ensino Médio	19	38,0	41,1	p = 0,13
Ensino Superior	4	8,0	44,4	
Não respondeu	2	4,0	40,2	

Estado civil				
Casado	36	72,0	38,3	
Divorciado	5	10,0	41,6	Hc = 4,47;
Solteiro	5	10,0	42,0	p = 0,35
Viúvo	3	6,0	39,1	
Não respondeu	1	2,0	30,6	
Zona de residência				
Rural	22	44,0	38,1	U = 278,5;
Urbano	28	56,0	39,4	p = 0,57
Ocupação				
Agente Comunitário de Saúde	5	10,0	42,9	
Agricultor	7	14,0	34,6	
Aposentado	9	18,0	37,4	
Autônomo	2	4,0	40,7	Hc = 15,2;
Auxiliar	9	18,0	40,8	p = 0,08
Dona de casa	14	28,0	36,6	
Estudante	1	2,0	45,8	
Frentista	1	2,0	52,6	
Professor	1	2,0	41,4	
Não respondeu	1	2,0	49,8	

A média de horas trabalhadas semanalmente declaradas por homens foi de 7,8h e 5,6h por mulheres, contudo, a diferença entre eles não foi significativa (U = 112; p = 0,23). Quanto à renda mensal dos participantes a média do sexo feminino foi menor do que do sexo masculino. Observou-se que o meio de transporte mais utilizado é o veículo individual, seguido de transporte coletivo e caminhada (Hc = 0,29, p = 0,86). Quanto ao saneamento básico, verificou-se que a maioria tem acesso a água tratada e a maioria não tem acesso ao tratamento de efluentes (Tabela 2).

Sobre o acesso a unidade básica de saúde, verificou-se que a maioria relatou residir próximo a uma unidade básica de saúde e a obesidade foi estatisticamente diferente entre os entrevistados, ou seja, pessoas que moram mais próximo à unidade básica de saúde apresentaram o IMC maior do que aqueles que moram mais longe (U = 180, p = 0,02). Quanto ao acesso ao serviço de saúde, a maioria tem consulta com médico entre cinco ou menos vezes por ano, a maioria não consulta com psicólogo ou com nutricionista (Tabela 2).

Tabela 2 - Perfil econômico e acesso aos serviços públicos e de saúde de pacientes obesos atendidos na Rede de Atenção Básica do município de Chapecó, Santa Catarina, 2019.

Perfil segundo horas de trabalho	Contagem (n)	Percentual	Horas (média)	Significância
Horas diárias de trabalho				
Feminino	38	76.0	5.6	U = 112; p = 0,23
Masculino	8	16.0	7.8	
Não respondeu	4	8.0		
Renda segundo o sexo	Contagem (n)	Percentual	Horas (média)	Significância
Renda mensal (ano 2020)				
Feminino	33	66.0	1285.7	U = 95; p = 0,89
Masculino	6	12.0	1637.2	
Não respondeu	11	22.0		
Meio de transporte	Contagem (n)	Percentual	Horas (média)	Significância
Meio de transporte e IMC				
Caminhada	14	21.2	38.9	Hc = 0,29; p = 0,86
Transporte coletivo	22	33.3	39.5	
Veículo individual	30	45.5	38.3	
Saneamento básico	Contagem (n)	Percentual	Horas (média)	Significância
Acesso à água tratada				
Sim	36	72.0	39.8	U = 181; p = 0,13
Não	14	28.0	36.4	
Tratamento de efluentes				
Sim	20	40.0	39.7	Hc = 1,11; p = 0,57
Não	29	58.0	38.1	
Não soube responder	1	2.0	44.2	
Acesso aos serviços de saúde	Contagem (n)	Percentual	Horas (média)	Significância
Acesso à unidade básica de saúde (proximidade)				
Sim	30	60.0	40.7	U = 180; p = 0,02
Não	20	40.0	36.1	
Número de consultas anuais a Médico				
Nenhuma	2	4.0	36.3	Hc = 0,59; p = 0,90
Cinco ou menos	37	74.0	38.9	
Entre seis e dez	6	12.0	38.8	
Mais de dez	5	10.0	39.4	
Número de consultas anuais a Psicólogo				
Nenhuma	25	50.0	37.5	Hc = 3,01; p = 0,38
Cinco ou menos	16	32.0	39.1	
Entre seis e dez	2	4.0	42.5	
Mais de dez	7	14.0	41.9	
Número de consultas anuais a Nutricionista				
Nenhuma	24	48.0	37.9	Hc = 3,07; p = 0,38
Cinco ou menos	17	34.0	38.5	
Entre seis e dez	1	2.0	41.6	
Mais de dez	8	16.0	42.2	

Sobre a frequência alimentar dos pacientes, verificou-se que a maioria faz o consumo de saladas todos os dias, de legumes verduras entre 1 e 3 vezes por semana, de feijão e leite e iogurtes todos os dias, hambúrguer e embutidos, biscoitos e salgadinhos e doces entre 1 e 3 vezes na semana. Ao todo, 46% dos participantes responderam nunca consumir refrigerantes. Os pacientes que consomem frutas todos os dias apresentaram IMC estatisticamente significativo menor ($H_c = 12,6$, $p = 0,005$) do que os pacientes que consomem frutas menos vezes na semana. Quanto ao consumo de frituras, verificou-se diferença significativamente menor no IMC ($H_c = 9,57$, $p = 0,02$) nos pacientes que não consomem frituras do que aqueles que consomem de 1 a 3 vezes por semana (Tabela 3).

Tabela 3 - Relação da Frequência Alimentar com o Índice de Massa Corporal (IMC) de pacientes obesos atendidos na Rede de Atenção Básica do município de Chapecó, Santa Catarina, 2019.

Grupos alimentares	Contagem (n)	Percentual	Horas (média)	Significância
Salada crua				
Nunca	1	2	31,2	
1 a 3 vezes por semana	8	16	40,2	$H_c = 2,76$; $p = 0,43$
4 a 6 vezes por semana	6	12	41,9	
Todos os dias	35	70	38,3	
Legumes e verduras				
Nunca	7	14	42,8	
1 a 3 vezes por semana	24	48	39,2	$H_c = 5,53$; $p = 0,15$
4 a 6 vezes por semana	7	14	37,9	
Todos os dias	12	24	36,3	
Frutas				
Nunca	2	4	32,3	
1 a 3 vezes por semana	10	20	39,6	$H_c = 12,6$; $p = 0,005$
4 a 6 vezes por semana	7	14	47,0	
Todos os dias	31	62	37,2	
Feijão				
Nunca	3	6	34,8	
1 a 3 vezes por semana	19	38	40,3	$H_c = 2,32$; $p = 0,51$
4 a 6 vezes por semana	8	16	39,4	
Todos os dias	20	40	37,9	
Leite ou logurte				
Nunca	12	24	39,3	
1 a 3 vezes por semana	13	26	41,5	$H_c = 7,44$; $p = 0,06$
4 a 6 vezes por semana	3	6	30,4	
Todos os dias	22	44	38,3	

Frituras				
Nunca	29	58	37,5	
1 a 3 vezes por semana	18	36	42,3	Hc = 9,57;
4 a 6 vezes por semana	2	4	31,5	p = 0,02
Todos os dias	1	2	30,6	
Hambúrguer e embutidos				
Nunca	18	36	38,4	
1 a 3 vezes por semana	23	46	40,4	Hc = 2,81;
4 a 6 vezes por semana	6	12	36,3	p = 0,42
Todos os dias	3	6	34,6	
Biscoitos e salgadinhos				
Nunca	21	42	38,1	
1 a 3 vezes por semana	26	52	40,3	Hc = 5,06;
4 a 6 vezes por semana	2	4	31,7	p = 0,17
Todos os dias	1	2	31,2	
Doces				
Nunca	18	36	37,1	
1 a 3 vezes por semana	28	56	40,3	Hc = 3,24;
4 a 6 vezes por semana	3	6	36,5	p = 0,36
Todos os dias	1	2	35,5	
Refrigerante				
Nunca	23	46	38,1	
1 a 3 vezes por semana	23	46	40,1	Hc = 2,45;
4 a 6 vezes por semana	2	4	38,0	p = 0,65
Todos os dias	1	2	31,2	
Não respondeu	1	2	36,7	

Sobre o perfil de humor baseado nos sintomas de depressão, pode-se notar que, a média de IMC das pessoas que se sentem frequentemente tristes ou deprimidas foi maior do que aqueles que relataram sentir-se às vezes. Quanto ao sentimento de culpa, verificou-se que, quanto maior é este sentimento, maior é o IMC (Hc = 10,04, p = 0,02). Sobre o sentimento de irritação, foi possível notar que a média do IMC das pessoas que se sentem frequentemente irritadas é maior do que aqueles que relataram não se sentirem nenhum pouco irritadas, porém a diferença não foi significativa ($p > 0,05$) (Tabela 4).

Tabela 4 - Relação de sintomas de humor com o Índice de Massa Corporal (IMC) de pacientes obesos atendidos na Rede de Atenção Básica do município de Chapecó, Santa Catarina, 2019.

Depressão	Contagem (n)	Percentual	Horas (média)	Significância
Humor triste ou deprimido na última semana				
Nenhum pouco	9	18	36,2	
Às vezes	25	50	35,3	Hc = 4,35;
Frequentemente	9	18	41,0	p = 0,23
A maior parte do tempo	7	14	41,1	
Sentimento de culpa na última semana				
Nenhum pouco	21	42	34,1	
Às vezes	18	36	36,3	Hc = 10,04;
Frequentemente	10	20	44,9	p = 0,02
A maior parte do tempo	1	2	41,6	
Humor irritado na última semana				
Nenhum pouco	7	14	35,1	
Às vezes	24	48	38,7	Hc = 3,95;
Frequentemente	12	24	39,5	p = 0,27
A maior parte do tempo	7	14	38,9	

Sobre o perfil de humor relacionado aos sintomas de estresse, pode-se perceber que as pessoas que relataram sentir nervosismo a maior parte do tempo possuem a média do IMC maior que aqueles que relataram não sentir nenhum pouco ($p=0,30$). Quanto ao sintoma de preocupação, verificou-se que quanto maior é este sentimento, maior foi a média do IMC verificado. No entanto, não foram verificadas diferenças significativas ($p>0,05$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Relação de sintomas de estresse com o Índice de Massa Corporal (IMC) de pacientes obesos atendidos na Rede de Atenção Básica do município de Chapecó, Santa Catarina, 2019.

Estresse	Contagem (n)	Percentual	Horas (média)	Significância
Nervosismo				
Nenhum pouco	4	18	39,1	
Às vezes	23	46	35,8	Hc = 3,65;
Frequentemente	16	32	37,8	p = 0,30
A maior parte do tempo	7	14	42,5	
Preocupação				
Nenhum pouco	2	4	36,3	
Às vezes	20	40	34,8	Hc = 1,91;
Frequentemente	18	36	38,8	p = 0,59
A maior parte do tempo	10	20	39,9	

DISCUSSÃO

Neste estudo, notou-se predominantemente a participação do sexo feminino. Isso pode ser devido ao fato de ser mais comum a busca de serviços de saúde pelas mulheres, uma vez que os homens tendem a procurar assistência quando já apresentam manifestações clínicas que estejam comprometendo sua condição. Outro fato que pode estar relacionado à maior adesão de mulheres a pesquisa é de que a obesidade tem se mostrado mais crescente entre o sexo feminino¹⁶.

Quanto ao grau de escolaridade, os indivíduos estudados não apresentaram diferença significativa com o grau de obesidade. No entanto, um estudo apontou achado divergente indicando que o IMC e a obesidade, comportam-se de maneira inversa ao grau de escolaridade. Isso mostra que a obesidade tem sido mais frequente em indivíduos que possuem menos tempo de estudo¹⁷.

Sobre o estado civil, não foi observada associação significativa com a obesidade. Entretanto, outra pesquisa mostrou que a maioria dos homens e das mulheres que estavam acima do peso eram casados¹⁸. Os indivíduos que vivem em união podem apresentar um risco de até duas vezes maior de desenvolverem obesidade¹⁹.

Sobre a zona de residência, percebeu-se que a média do IMC de pessoas que residem em área urbana foi maior do que aqueles que residem em área rural. Isso pode decorrer do acesso à mecanização e a automação do trabalho, ou seja, relaciona-se ao esforço no trabalho. Os indivíduos de área rural desempenham atividades geralmente braçais. Já os de área urbana possuem acesso e locomoção facilitada, o que geralmente exige menos esforço físico, favorecendo o sedentarismo e acúmulo de gordura corporal²⁰.

Não foi observada diferença significativa entre horas trabalhadas semanalmente declaradas em relação ao grau de obesidade. Também não foram encontrados estudos que façam relação entre a média de horas e o grau de IMC. Entretanto, pesquisas avaliaram a relação entre a condição de trabalho e o excesso de peso. Um estudo realizado com 17.470 rodoviários em Belo Horizonte mostrou que ficar muito tempo sentado diminui o gasto energético, contribuindo para o aumento de peso²¹. Outro estudo feito com 4.893 participantes identificou haver relação com a jornada de trabalho e o excesso de peso. Os autores relataram a importância de se respeitar o intervalo entre o período de trabalho para promover recuperação física e mental. Caso essas pausas não sejam respeitadas, isso pode acarretar em estresse fisiológico, gerando ansiedade, compulsão alimentar com o objetivo de aliviar tais sintomas²².

Quanto à renda mensal, não houve diferença significativa em relação ao IMC. Resultado semelhante foi encontrado por Rodrigues e Silveira¹⁷. Entretanto, a renda pode ser um dos determinantes que influenciam o comportamento alimentar de indivíduos, como a escolha por alimentos mais baratos ricos em calorias e pobres em nutrientes²³.

Sobre o meio de transporte mais utilizado, o mais citado foi veículo individual. A dependência por automóvel é uma característica de um ambiente obesogênico por contribuir com o sedentarismo e diminuir a prática da atividade física²⁴.

Quanto ao saneamento básico, verificou-se que a maioria tem acesso a água tratada. O acesso à água é fundamental para a existência humana, desse modo, o serviço de saneamento básico é essencial, para que assim seja possível fornecer água livre de agentes tóxicos e seguro ou aceitável para o consumo²⁵. Portanto, ela se faz necessária nas diversas funções fisiológicas do organismo, sendo indispensável para a vida, pois por meio da urina e da transpiração, a água ajuda a eliminar as substâncias nocivas do organismo. Além disso, a água é responsável por fazer a distribuição dos nutrientes para todo o organismo, garantindo assim a homeostasia corporal²⁶.

Quanto ao tratamento de efluentes, esta pesquisa mostrou que a maioria dos entrevistados não possuem acesso. Os efluentes possuem contaminantes, dentre os quais, substâncias chamadas de disruptores endócrinos. Os disruptores endócrinos podem interferir na ação do hipotálamo, que é o responsável por controlar a energia e o apetite, podendo ocasionar alteração no gasto energético e armazenamento de massa adiposa. Além disso, pessoas obesas tendem a acumular mais disruptores endócrinos do que pessoas eutróficas, pois esta substância possui característica lipossolúvel²⁷.

Em relação ao acesso a unidade básica de saúde, esta pesquisa mostrou que pessoas que moram mais próximo à unidade básica de saúde apresentaram o IMC maior do que aqueles que moram mais longe. Notou-se que a maioria dos participantes que residem próximo da UBS também relataram que moram em zona urbana. Os resultados corroboram a perspectiva de que pessoas que moram na zona rural tendem a ter o IMC menor do que aquelas que vivem em meio urbano, explicado pelas atividades associadas ao meio rural²⁰.

Quanto ao número de consultas, a maioria relatou que tem consulta com médico entre cinco ou menos vezes por ano e não faz consulta com psicóloga e nem com nutricionista. Como a obesidade tem causa multifatorial, dentre estes, fatores físicos e psicossociais, o seu tratamento demanda uma atenção multiprofissional. Por isso é relevante que o paciente obeso seja avaliado e acompanhado por vários profissionais, cada qual atuando de forma sinérgica no tratamento²⁸.

Sobre a frequência alimentar dos pacientes, verificou-se que a maioria faz o consumo de saladas todos os dias. Quanto ao consumo de legumes e verduras, verificou-se que quanto maior é o seu consumo, menor é a média do IMC entre os obesos e que as pessoas que consomem frutas todos os dias possui o IMC menor do que o restante dos entrevistados que não possuem este hábito. O consumo deste grupo alimentos é importante por serem considerados alimentos protetores contra doenças crônicas não transmissíveis, como a obesidade. No tratamento desta doença, sua importância refere-se ao seu baixo valor calórico comparado ao seu volume, além do fornecimento de vitaminas e minerais. Isso faz com que o seu consumo auxilie na manutenção de peso^{29,30}.

Quanto ao consumo de feijão, leite e iogurte, a maioria dos participantes faz o consumo diariamente. Uma pesquisa acompanhou os hábitos alimentares de 600 indivíduos em uma cidade de Pernambuco e constatou que o consumo alto destes alimentos é frequente na população³¹. O consumo de leite e derivados com teor integral de gordura ou industrializados também pode ser um fator para o aumento de peso³². Um estudo identificou que a ingestão de leguminosas é essencial para uma alimentação adequada e oferece fontes de vitaminas, proteínas e também minerais³³.

Quanto ao consumo de hambúrgueres, embutidos, biscoitos e salgados quando relacionados a obesidade, não diferiu quanto ao IMC dos pacientes. Isso pode ter se dado porque o consumo desses grupos alimentares não mostrou ser frequente por todos os participantes. No entanto, outros achados apontam que o consumo destes estão ligados à maior desenvolvimento de DCNT, entre elas a obesidades por possuírem alta densidade energética e baixa quantidade de fibras, favorecendo o acúmulo de gordura corporal³⁴.

Sobre o consumo de doces, a maioria relatou consumir de 2 a 3 vezes por semana. O doce é considerado um carboidrato simples, responsável por aumentar o tecido adiposo, estando diretamente ligado aos resultados negativos de IMC e sobrepeso. A média do IMC dos participantes que relataram não fazer o consumo de refrigerantes mostrou ser menor do que aqueles que consomem 1 a 3 vezes por semana. O consumo exagerado desta bebida substitui outras fontes de líquidos importantes, como a água³⁵.

Quanto ao consumo de fritura, observou-se diferença significativa, mostrando que os pacientes que relataram não fazer o consumo deste tiveram IMC menor. Outro estudo constatou em sua pesquisa que os grupos de alimentos com maior percentual de consumo foram salgadinhos fritos e assados. Este grupo de alimentos influencia ainda mais no excesso de peso por serem mais calóricos, acarretando em desenvolvimento de diversos tipos de doenças, sendo elas psicológicas, como a perda de sono, estresse, depressão e transtornos de ansiedade³³.

Neste estudo pode-se notar que a média do IMC das pessoas que se sentem frequentemente tristes ou deprimidas foi maior do que aqueles que relataram sentir-se às vezes. A depressão causa prejuízos à vida da pessoa que a desenvolve, apresentando diversas dificuldades físicas e emocionais, manifestando-se por meio de seus sintomas, entre os quais os mais comuns são a perda de energia e alterações no apetite³⁶.

Sobre o sentimento de culpa, houve uma relação positiva com o IMC, ou seja, que quanto maior é este sentimento, maior foi o IMC encontrado. Os indivíduos se sentem culpados ao comer compulsivamente e se sentem deprimidos em relação a se alimentar excessivamente. Isso tende a levar a manifestações de transtornos, acarretando em dificuldades de interação social, baixa autoestima, isolamento social, depressão, estresse, perda de sono e sentimento de discriminação, gerando um choque emocional negativo³⁷.

Quanto aos sintomas de estresse, esta pesquisa mostrou que o IMC dos participantes que relataram sentir nervosismo e preocupação foi maior. A insatisfação da imagem corporal resulta em situações de extremo estresse e ansiedade em situações simples do ambiente em que vive, podendo acarretar episódios de compulsividade³⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve a participação majoritariamente do sexo feminino. A baixa adesão de homens em busca dos serviços de saúde mostra a necessidade de elaborar estratégias que encoraje a participação destes, visando à prevenção e a promoção da saúde.

A obesidade tem causa multifatorial. Ela pode surgir por meio de aspectos físicos, psicológicos e sociais. Além de esses aspectos poderem ser a causa do seu surgimento, a obesidade pode inclusive, piorá-los. Este estudo mostrou que o grau de obesidade medido pelo IMC teve variação segundo o acesso à unidade básica de saúde, o consumo de frutas, frituras e o sentimento de culpa na última semana. Tais achados comprovam a causa multifatorial da doença e ressalta a importância do cuidado interprofissional com estes pacientes.

O trabalho em equipe assegura a integralidade da atenção por meio da colaboração de diferentes domínios com um objetivo em comum: a recuperação e/ou manutenção do estado de saúde e da qualidade de vida do paciente com obesidade. Entretanto, são necessários mais estudos que avaliem a relação do IMC com variáveis de interesse, como por exemplo, horas de trabalho, saneamento básico, transporte entre outros.

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica – ABESO (BR). Diretrizes brasileiras de obesidade, 4. ed, São Paulo, 2016, p. 188.
2. Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica – ABESO (BR). Mapa da obesidade. São Paulo, 2020.
3. Ponte MAV, Fonseca SCF, Carvalho MIMM, Fonseca JJS. Autoimagem Corporal e Prevalência de Sobrepeso e Obesidade em Estudantes Universitários. Rev Bras Promoc Saúde. 2019; 32:8510.

-
4. Fagioli D, Nasser LA. Educação nutricional na infância e adolescência: planejamento, avaliação, intervenção e dinâmicas. São Paulo: RCN, 2008.
 5. Cuppari L. Nutrição: nas doenças crônicas não-transmissíveis. 1. ed. Barueri, SP: Manole. 2009.
 6. Ferreira JP de C, Cipullo MAT, Caranti DA., et al., Interdisciplinary life style therapy improves binge eating symptoms and body image dissatisfaction in Brazilian obese adults. Trends Psychiatry Psychother. 2012; 34(4):223-233.
 7. Santos MM dos, Nascimento FF do, Cabral S de MR, Oliveira ES de, Santos RM dos, Carvalho L de S. Relação bilateral entre excesso de peso e transtornos mentais. Rev Bra Promoç Saúde. 2019;31(1):1-7.
 8. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set.1990.
 9. Panorama de Chapecó. IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [Internet] 2019 [citado em 21mar. 2020].
 10. Morettin PA, Bussab W de O. Estatística básica. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.
 11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
 12. Greenberger D, Padesky CA. A mente vencendo o humor: mude como você se sente, mudando o modo como você pensa. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017 [citado em 23 mai 2019].
 13. Duarte AC. Avaliação nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais. São Paulo: Atheneu, 2007.
 14. Ministério da Saúde (BR). Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

15. Hammer O, Harper DAT, Rian PD. Past: Palaeontological statistics software package for education and data analysis. Versão1.37, 2001.
16. Rendeiro LC, Ferreira CR, Souza AAR, et al. Consumo alimentar e adequação nutricional de adultos com obesidade. RBNOE [Internet]. 2018;12(76): 996-1008.
17. Rodrigues AP dos S, Silveira EA da. Correlação e associação de renda e escolaridade com condições de saúde e nutrição em obesos graves. Ciên saúde coletiva. 2015;20(1):165-174.
18. Silva EA, Silva RL, Conceição RP et al. O. Excesso de peso em usuários de unidades básicas de saúde. ABCS Health Science. 2016;41(1):385-393.
19. Costa MAP da, Vasconcelos AGG, Fonseca MJM. Prevalência de obesidade, excesso de peso e obesidade abdominal e associação com prática de atividade física em uma universidade federal. Rev Bras epidemiol. 2014;17(2): 421-436.
20. Silva TM, Vaz JS, Mola CL, Assunção MCF, Rodrigues, LT. Prevalências de obesidade em zonas rurais e urbanas no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev Bra Epidemiol. 2019;22:1-16.
21. Souza LPS, Assunção AA, Pimenta AM. Fatores associados à obesidade em rodoviários da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Rev Bra Epidemiol. 2019;22:1-15.
22. Freitas PP de, Assunção AA, Bassi IB, Lopes ACS. Excesso de peso e ambiente de trabalho no setor público municipal. Rev Nut. 2016;29(4):519-527.
23. Mendonça JLS, Santos PB dos, Santos RP dos, et al. RBNOE. 2018;12(70):245-252.
24. Delgado YG, Rodriguez EBV. Salud y cultura alimentaria en México. Rev Digital Universitária. 2019;20(1):1-12.

-
25. Amorim AL, Vaez PHR. O Acesso à Água Potável como Direitos Humanos a serem assegurados a todos. Rev Campo Jurídico. 2019;7(1):110-121.
26. Palmeira CS, Mussi FC, Ramos GA, Jesus NV, Macedo TTS, Dal Sasso GTM. Protocolo de enfermagem para monitoramento remoto de mulheres com excesso de peso. Texto Contexto Enferm. 2019;28:1-12.
27. Pontelli RCN, Nunes AA, Oliveira SVWB de. Impacto na saúde humana de disruptores endócrinos presentes em corpos hídricos: existe associação com a obesidade?. Cien Saúde Coletiva 2016;21(3):753-766.
28. Burlandi L, Teixeira MRM, Castro LMC, et al. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2020;36(3):1-19.
29. Santos LVT da S, Cáceres LA, Pegolo GE. Insegurança Alimentar, consumo de alimentos e estado nutricional de mulheres de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Interações (Campo Grande). 2019;20(3):831-844.
30. Silva LES da, Claro RM. Tendências temporais do consumo de frutas e hortaliças entre adultos nas capitais brasileiras e Distrito Federal, 2008-2016. Cad Saúde Pública. 2019;35(5):1-13.
31. Zanini RV, Muniz LC, Schneider BC, et al. Consumo diário de refrigerantes, doces e frituras em adolescentes do Nordeste brasileiro. Cien Saude Colet. 2013;18(12): 3739-3750.
32. Oliveira ML. Estimativa de custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil. Tese (Doutorado em Nutrição Humana) Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
33. Bezerra IN, Souza AM, Pereira RA, Sichieri R. Consumo de alimentos fora do domicílio no Brasil. Rev Saude Publica. 2013;47(1 Suppl 1):200-11.
34. Ferreira RC, Vasconcelos SML, Santos EA, et al. Consumo de alimentos preditores e protetores de risco cardiovascular por hipertensos do estado de Alagoas, Brasil. Cie saúde coletiva. 2019;24(7):2419-2430.

35. Carvalho CNS, Casavechia FRO, Roder GFC, et al. Consumo de refrigerantes por frequentadores de restaurantes self-service no município de várzea grande e executivo em Cuiabá. *Univag*. 2018; 3:116-125.

36. Organização Pan-Americana De Saúde; Organização Mundial Da Saúde. Com depressão no topo da lista de causas de problemas de saúde, OMS lança a campanha “Vamos conversar”. Brasília: Organização Pan-americana de saúde; 2018.

37. Neta MBS. Cirurgia bariátrica: fatores emocionais e culturais. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. 2019;3(2):108-116.

38. Lima ACR; Oliveira AB. Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental. *Mudança-Psicol Saúde*. 2016; 24(1):1-14.