

Estado Nutricional

Inquérito de Saúde na Cidade de São Paulo

© Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Série “Boletins ISA - Capital 2008”, editada pela Coordenação de Epidemiologia e Informação | CEInfo | SMS | PMSP.
Boletim Nº 2 - Setembro 2010 - Tiragem: 1.000 exemplares.

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra desde que citada a fonte.

PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Gilberto Kassab

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

Januario Montone

SECRETÁRIO ADJUNTO

José Maria da Costa Orlando

CHEFE DE GABINETE

Odeni de Almeida

COORDENAÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO | CEInfo

Margarida M T A Lira

Elaboração

Katia Cristina Bassichetto | CEInfo | SMS

Eliana de Aquino Bonilha | CEInfo | SMS

Neuber Segri | Faculdade de Saúde Pública | USP

Colaboração

Marcos Drumond Junior

Margarida M T de Azevedo Lira

Projeto gráfico, editoração e capa

Josane Cavalheiro

Gráficos

Leny Kimie Yamashiro Oshiro

Rua General Jardim, 36 - 5º andar - Vila Buarque

CEP 01223-010 - São Paulo - SP

e-mail: smsceinfo@prefeitura.sp.gov.br

Versão eletrônica:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/publicacoesceinfo>

FICHA CATALOGRÁFICA

São Paulo (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo.

Boletim ISA - Capital 2008, nº 2, 2010: **Estado nutricional, insatisfação em relação ao peso atual e comportamento relacionado ao desejo de emagrecer na cidade de São Paulo**. São Paulo: CEInfo, 2010, 40 p.

1. Estado Nutricional. 2. Obesidade. 3. Inquérito de Saúde. 4. Epidemiologia. 5. Estado de saúde.

| | |
|---|----|
| Apresentação | 03 |
| Estado nutricional de adultos na cidade de São Paulo | 05 |
| Resultados | 07 |
| Estado nutricional de adultos, segundo variáveis sociodemográficas | 07 |
| Perfil das pessoas com estado nutricional adequado | 09 |
| Características das pessoas com sobrepeso e com obesidade | 10 |
| Magreza - o que foi possível conhecer | 12 |
| Estado nutricional e sua relação com a hipertensão e o diabetes | 12 |
| Considerações Finais | 15 |
| Referências Bibliográficas | 18 |
| Anexo 1 | 19 |
| Anexo 2 | 20 |
| Estado nutricional de idosos na cidade de São Paulo | 21 |
| Resultados | 23 |
| Estado nutricional de idosos, segundo variáveis sociodemográficas | 24 |
| Estado nutricional de idosos e sua relação com a hipertensão e o diabetes | 27 |
| Considerações Finais | 29 |
| Referências Bibliográficas | 31 |
| Anexo 1 | 32 |
| Anexo 2 | 33 |
| Insatisfação em relação ao peso atual na população de 12 anos e mais na cidade de São Paulo | 34 |
| Comportamento em relação ao desejo de emagrecer na população de 12 anos e mais na cidade de São Paulo | 36 |
| Considerações Finais | 37 |
| Referências Bibliográficas | 38 |
| Questionário - Bloco L | 40 |

Equipe de pesquisadores do ISA - Capital 2008

Chester Luiz Galvão César
Faculdade de Saúde Pública | USP

Luana Carandina
Faculdade de Medicina de Botucatu | UNESP

Maria Cecília Goi Porto Alves
Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Marilisa Berti de Azevedo Barros
Faculdade de Ciências Médicas | UNICAMP

Moisés Goldbaum
Faculdade de Medicina | USP

Neuber José Segri ⁽¹⁾
Faculdade de Saúde Pública | USP

Regina Mara Fisberg
Faculdade de Saúde Pública | USP

⁽¹⁾ Apoio: FINEP | Financiadora de Estudos e Projetos | Ministério da Ciência e Tecnologia

Equipe responsável pelo ISA-Capital na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo Coordenação de Epidemiologia e Informação | CEInfo

Katia Cristina Bassichetto
Marcos Drumond Jr
Margarida M T de Azevedo Lira

Apresentação

O segundo boletim disponibilizado pela CEInfo a partir da análise da base de dados do ISA - Capital 2008, traz análises referentes ao **Estado nutricional, insatisfação em relação ao peso atual e comportamento relacionado ao desejo de emagrecer na cidade de São Paulo**, para dois segmentos populacionais distintos: adultos e idosos. Cada um destes segmentos apresenta características próprias relacionadas ao estado nutricional e por isso, exigirão, dos gestores e técnicos da saúde, o delineamento de ações também diferenciadas. Além deste tema, foram analisados a insatisfação em relação ao peso atual e o comportamento relacionado ao desejo de emagrecer.

Recomenda-se que as ações para o enfrentamento dos problemas aqui apresentados, particularmente o excesso de peso e suas consequências para a saúde, possam ser sistematizadas num plano estratégico que considere as iniciativas já implantadas pela SMS, por diversas áreas, e que possam ter interfaces mais promissoras e efetivas.

Margarida M T de Azevedo Lira
CEInfo - Coordenadora

Estado nutricional de adultos na cidade de São Paulo Inquérito de Saúde - 2008

A nutrição é fundamental para a saúde em todas as fases da vida e as deficiências ou excessos alimentares podem ser causa de inúmeros problemas de saúde. Os principais objetivos da avaliação do estado nutricional de uma comunidade, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), são: estimar a magnitude e distribuição dos problemas nutricionais, identificar fatores que possam estar interferindo direta ou indiretamente para a situação observada, além de sugerir medidas capazes de melhorar a saúde desta população.

Desde a década de 70, o Brasil vem passando por um processo de transformação do estado nutricional da população, denominado “transição nutricional”, com diminuição da desnutrição e maiores proporções de obesos, como revelam os dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, realizada em 1989: dos 6,8 milhões de obesos, 70% eram do sexo feminino e com baixa renda, configurando-se como um novo cenário epidemiológico na época (Brasil, 1991). Avalia-se que esta mudança decorreu da melhoria das condições socioeconômicas e mudanças culturais, entre outras (Batista-Filho, 2003).

A obesidade, considerada um problema complexo, não somente individual, mas também populacional, tem origem multi-causal, decorrente de fatores genéticos e ambientais, como padrões dietéticos e de atividade física inadequados, entre muitos outros, que interagem na etiologia da patologia (WHO, 1990). Tem afetado pessoas de qualquer faixa etária ou grupo socioeconômico, em qualquer parte do mundo, sendo considerada uma das principais epidemias do século XXI, com estimativas mundiais de cerca de 400 milhões de obesos, com projeção de 700 milhões em 2025 (WHO, 2000).

A obesidade está sendo considerada uma das principais epidemias do século XXI

Diversos fatores estão relacionados ao tema, como o aumento do acesso ao consumo de alimentos, o processo de urbanização, estimulando o sedentarismo e a inserção da mulher no mercado de trabalho, levando ao maior consumo de alimentos industrializados e congelados, e à diminuição acentuada no consumo de alimentos mais saudáveis, como por exemplo, o feijão (Monteiro, 2004).

A pesquisa mais recente realizada no Brasil sobre hábitos alimentares revela diminuição do consumo de carnes gordas, aumento do consumo dos refrigerantes e apenas 30% da população ingerindo a quantidade ideal de frutas, verduras e legumes. Além disso, tem sido observada elevação dos custos para o tratamento de doenças crônicas associadas à obesidade, como osteoartrites, alguns tipos de cânceres (endometrial, de mama e de intestino), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), o que tem contribuído, por exemplo, para o aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares em nosso país, com impactos para o SUS (Sistema Único de Saúde) (WHO, 2003; Brasil, 2008).

Este contexto reforça a importância do presente estudo, que tem como principal objetivo apresentar as estimativas sobre prevalência das diferentes categorias do *estado nutricional de adultos*, da população na cidade de São Paulo, advindas do Inquérito de Saúde de Base Populacional (ISA - Capital 2008), realizado na cidade de São Paulo, a partir das informações sobre peso e altura auto-referidos¹.

As vantagens do uso deste tipo de coleta de dados são: menor custo, facilidade de

obtenção da informação, simplificação do trabalho de campo e coleta não invasiva, permitindo a obtenção de informações confiáveis, mesmo com a observação de subestimação do peso entre mulheres e superestimação da altura entre homens (Stewart, 1987). Com estes dados, é possível o cálculo simples e rápido do Índice de Massa Corporal (IMC)².

A OMS define padrões de referência para classificação do estado nutricional de adultos, em sete categorias, segundo pontos de corte do IMC (WHO, 1997). Para a presente análise, no entanto, optou-se pela adoção de apenas quatro categorias - *magreza*, *eutrofia*, *sobrepeso* e *obesidade*³, para não subdividir demasiadamente a amostra, o que poderia prejudicar as análises estatísticas.

Nesta publicação, foram destacados os indicadores para os quais foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, correspondendo a um intervalo de

¹ A partir da coleta de peso e altura auto-referidos – *Qual o seu peso? e Qual a sua altura?*

² O IMC é obtido pela divisão do peso (em quilogramas) pela estatura (em metros) ao quadrado (kg/m^2). Foi concebido no século XIX, pelo astrônomo Lambert Adolphe Quételet.

³ *Magreza* (IMC < 18,5) – estado nutricional abaixo do desejável; *Eutrofia* (IMC 18,5-24,9) – estado nutricional adequado; *Sobrepeso* (IMC 25,0-29,9) – pré-obesidade e *Obesidade* (IMC > 30,0) – excesso de gordura corporal acumulada no tecido adiposo, com implicações para a saúde (WHO, 1997).

confiança de 95%, segundo variáveis selecionadas e aplicando-se testes de independência para comparação das prevalências encontradas ($p < 0,05$). Para as análises estatísticas foi utilizado o aplicativo SPSS 17 (SPSS, 2007).

Na comparação das prevalências, foram consideradas *diferenças significativas* quando não houve sobreposição dos respectivos intervalos de confiança. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos, estes últimos apenas para aqueles em que as diferenças observadas foram significativas.

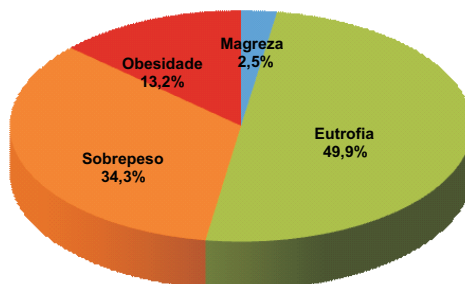
Resultados

A prevalência de adultos com *estado nutricional adequado* foi de aproximadamente 50,0%. O *sobrepeso* e a *obesidade* foram observados em 34,3% e em 13,2% desta população, respectivamente, apontando para a necessidade de intervenções que contribuam para a reversão desta situação, tendo em vista a influência da obesidade como fator de risco para diversos agravos (WHO, 2003). Estes resultados são semelhantes aos encontrados pelo VIGITEL⁴ (2008), em que as prevalências de *excesso de peso* ($IMC = 25 \text{ kg/m}^2$) e de *obesidade* ($= 30 \text{ kg/m}^2$) foram 45,7% e 13,8%,

respectivamente. Foi observada *magreza* em apenas 2,5% da população (**gráfico 1**).

Na cidade de São Paulo a prevalência da *obesidade em adultos, no ano de 2008*, foi 13,2%, o que representa mais de 800 mil pessoas nesta condição.

Gráfico 1 - Prevalência do estado nutricional de adultos (20 a 59 anos), segundo Índice de Massa Corporal. Município de São Paulo, 2008



Estado nutricional de adultos, segundo variáveis sociodemográficas

Os resultados do estado nutricional foram analisados segundo sexo, faixa etária, escolaridade, raça/cor, situação conjugal

⁴ VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - nas Capitais dos 26 Estados Brasileiros e no Distrito Federal (Ministério da Saúde, 2006).

e renda (tabela 1), optando-se por apresentar o que foi relevante em cada uma das categorias do estado nutricional,

desconsiderando as pouco representadas, com número insuficiente de indivíduos participantes.

Tabela 1 - Prevalência de magreza, eutrofia, sobrepeso e obesidade, na faixa etária de 20 a 59 anos, segundo variáveis sociodemográficas. Município de São Paulo, 2008

| Variáveis Sociodemográficas | | Magreza | Eutrofia | Sobrepeso | Obesidade |
|---------------------------------|--------------|---------------|----------------|----------------|----------------|
| | | (n = 30) % | (n = 579) % | (n = 377) % | (n = 154) % |
| Sexo | Masculino | 1,8 | 45,8 | 39,4* | 13,1 |
| | Feminino | 3,2 | 53,7 | 29,7* | 13,3 |
| População Geral | | | | | |
| | 20 a 29 | 3,7 | 66,3* | 22,5* | 7,6* |
| | 30 a 49 | 2,3 | 44,9* | 39,0* | 13,8* |
| | 50 a 59 | 1,4 | 37,0* | 41,0* | 20,7* |
| Homens | | | | | |
| Faixa Etária (anos) | 20 a 29 | 3,6 | 63,3* | 26,2* | 7,0* |
| | 30 a 49 | 3,0 | 39,1* | 44,7* | 15,1* |
| | 50 a 59 | 0,9 | 33,4* | 47,5* | 18,1* |
| Mulheres | | | | | |
| | 20 a 29 | 3,7 | 69,2* | 18,9* | 8,1* |
| | 30 a 49 | 3,5 | 50,5* | 33,4* | 12,6* |
| | 50 a 59 | 1,7 | 39,5* | 36,3* | 22,5* |
| Escolaridade (1) | 8 ou menos | 1,9 | 55,6 | 28,2 | 14,3 |
| | mais de 8 | 2,7 | 48,3 | 36,2 | 12,8 |
| Raça/Cor | Branco | 2,5 | 48,1 | 36,3 | 13,1 |
| | Não Branco | 2,7 | 53,0 | 31,1 | 13,3 |
| Situação Conjugal | Casado | 0,8 | 39,0* | 42,0* | 18,2* |
| | Unido | 3,2 | 51,3* | 37,0 | 8,4* |
| | Solteiro | 4,5 | 64,8* | 22,0* | 8,7* |
| | Separado (2) | 2,4 | 55,5 | 33,4 | 8,7 |
| | Viúvo | 8,3 | 51,8 | 21,6 | 18,3 |
| Renda per capita (em SM) | < 0,5 | 3,0 | 55,4 | 29,6 | 12,1 |
| | 0,5 - 1 | 1,6 | 51,0 | 33,8 | 13,6 |
| | 1 - 2,5 | 2,9 | 48,4 | 35,3 | 13,4 |
| | 2,5 - 4 | 3,0 | 52,1 | 27,8 | 17,1 |
| | 4 e + | 2,0 | 42,3 | 44,8 | 10,9 |

Classificação OMS, 1995 para IMC (kg/m²): *Magreza* < 18,5; *Eutrofia* 18,5-24,9; *Sobrepeso* 25,0-29,9; *Obesidade* >30,0

Fonte: ISA, 2008

(1) Escolaridade (anos de estudo concluídos): perda de informação de uma pessoa com sobrepeso

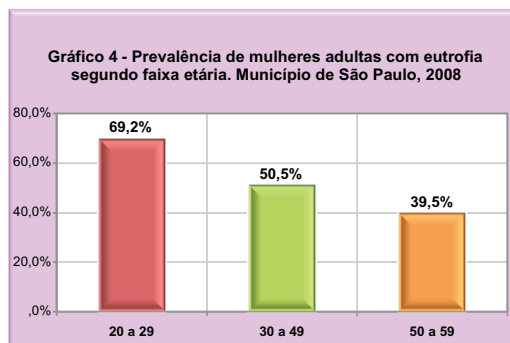
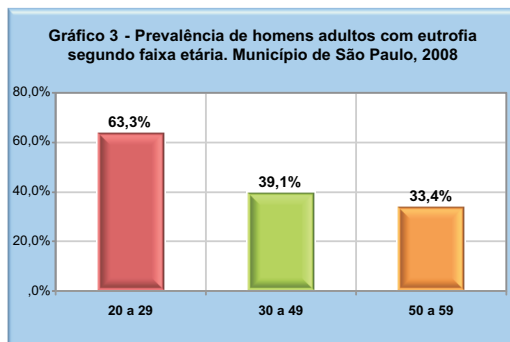
(2) Separado – separado, desquitado, divorciado

*p<0,05 diferença estatisticamente significativa

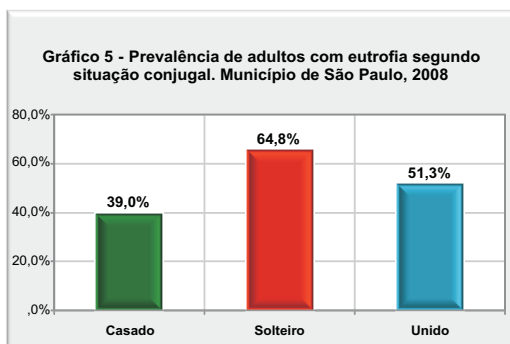
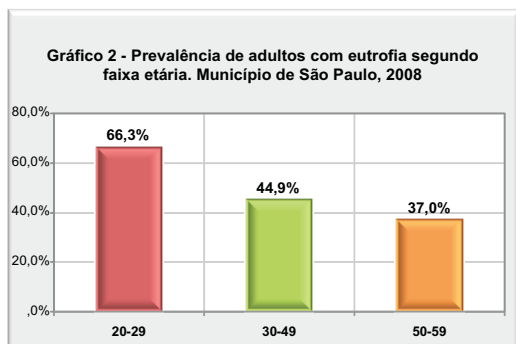
Perfil das pessoas com estado nutricional adequado

Um olhar especial foi dado para os fatores associados ao *estado nutricional adequado*, na busca de perfis diferenciados, o que poderia subsidiar intervenções preventivas mais específicas e efetivas, uma vez que a reversão do quadro de obesidade é considerada particularmente difícil e exige medidas integradas.

Observou-se que a prevalência de *estado nutricional adequado*, apesar de não significativa, sugere ser maior entre as mulheres que entre os homens (53,7% e 45,8% respectivamente) (tabela 1 e anexo 1). Os adultos jovens (20 a 29 anos) apresentaram prevalência significativamente maior de *eutrofia*, quando comparados às demais faixas etárias ($p < 0,05$), tanto para a população em geral (66,3%), quanto para os homens (63,3%) e para as mulheres (69,2%) (tabela 1, anexo 1 e gráficos 2, 3, 4).

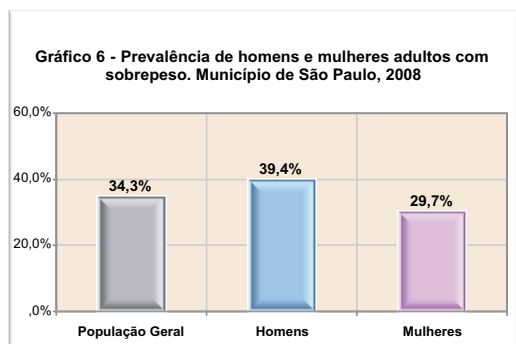


Os solteiros apresentaram, também, prevalência significativamente superior de *eutrofia* (64,8%) se comparados aos casados (39,0%) e aqueles em união estável (51,3%) ($p < 0,05$) (tabela 1, anexo 1 e gráfico 5).



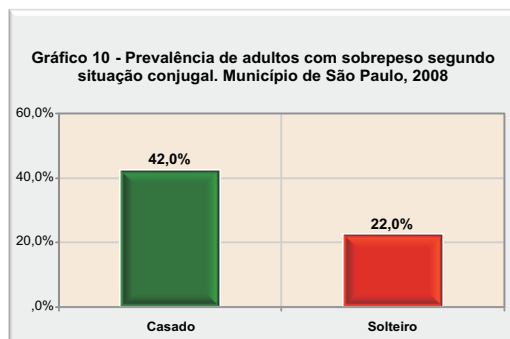
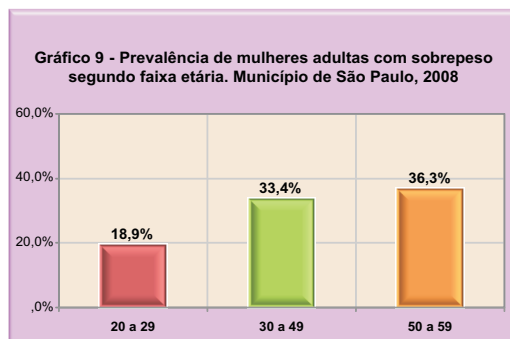
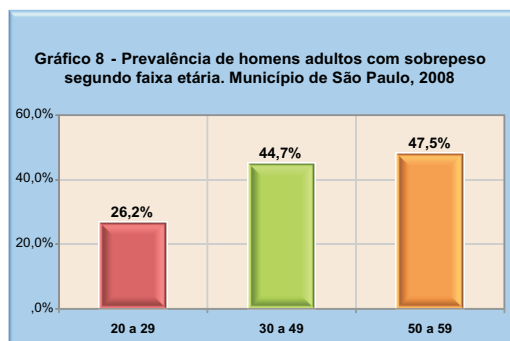
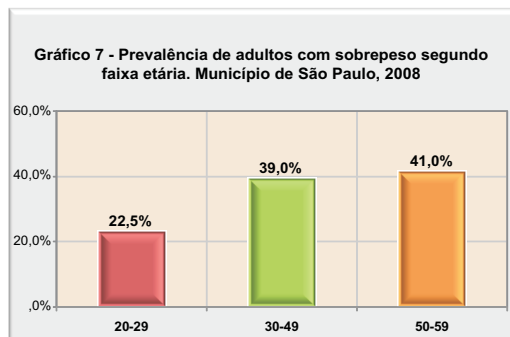
Características das pessoas com sobrepeso e com obesidade

Os homens apresentaram prevalência significativamente maior de *sobrepeso* do que as mulheres (39,4% e 29,7%) ($p < 0,05$) (tabela 1, anexo 1 e gráfico 6).



A prevalência de *sobrepeso* em adultos jovens (20 a 29 anos) foi significativamente menor quando comparados às demais faixas etárias (22,5% x 39,0% x 41,0%). O mesmo ocorreu entre os homens e mulheres mais jovens em relação aos mais velhos (26,2 x 44,7 e 47,5) e (18,9 x 33,4 x 36,3), respectivamente (tabela 1, anexo 1 e gráficos 7, 8, 9).

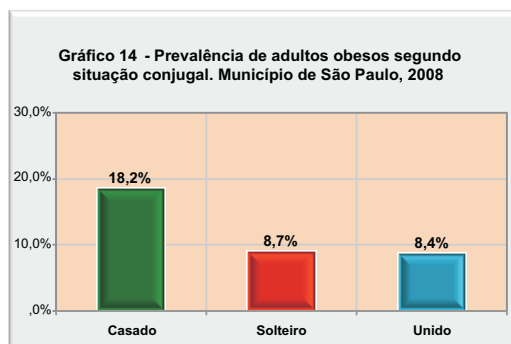
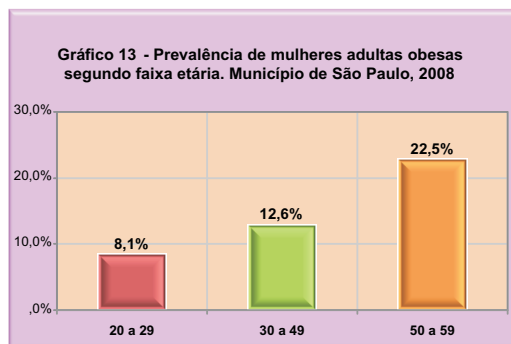
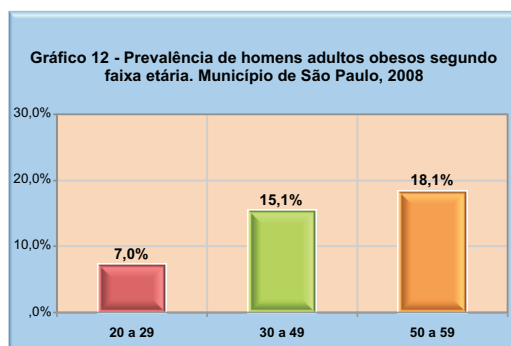
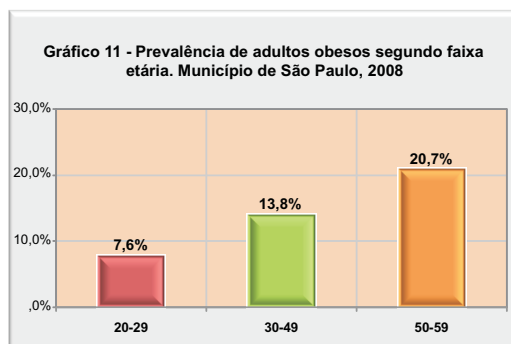
Os solteiros também apresentaram prevalência significativamente menor de sobrepeso do que os casados (22,0% x 42,0%) ($p < 0,05$) (tabela 1, anexo 1 e gráfico 10).



As pessoas menos escolarizadas apresentaram prevalência de *sobrepeso* semelhante às mais escolarizadas (36,2% x 28,2%). Em relação à renda *per capita*, observaram-se prevalências semelhantes de *sobrepeso* (29,6%) entre os que recebem menos de meio salário mínimo (SM) e os que recebem mais do que quatro SM (44,8%). Não foi observada associação entre *obesidade* e renda *per capita* (tabela 1 e anexo 1).

No presente estudo, na análise da *obesidade* não foi observada diferença na prevalência desta condição entre os sexos (13,1% em homens e 13,3% em mulheres). Quanto à faixa etária, os adultos de 50 a 59 anos apresentaram prevalência significativamente maior de *obesidade*, quando comparada às demais faixas, sendo mais do que o dobro dos adultos jovens (20,7% x 7,6%). Ocorreu prevalência significativamente menor de *obesidade* entre os homens (7,0 x 18,1) e entre mulheres adultas jovens (8,1 x 22,5) somente em relação à faixa de 50 a 59 anos ($p < 0,05$) (tabela 1, anexo 1, gráficos 11, 12 e 13).

Quanto à situação conjugal, o mesmo foi observado em relação aos casados, quando comparados às demais categorias (18,2% x 8,7%), independente do sexo ($p < 0,05$) (tabela 1, anexo 1 e gráfico 14).



Magreza - o que foi possível conhecer

Considerou-se esta análise prejudicada em função da baixa prevalência desta condição na população como um todo. Entretanto, os dados sugerem uma menor prevalência de *magreza* entre os adultos jovens quando comparados com os demais (3,7% x 1,4%) (tabela 1 e anexo 1).

Estado nutricional e sua relação com a hipertensão e o diabetes

Tendo em vista a coexistência da hipertensão arterial e diabetes mellitus com a obesidade no mundo todo, tanto em homens quanto em mulheres, representando importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares (Kelly et al, 2008; Must, 1999), foi analisado o estado nutricional de adultos, segundo presença desses agravos.

Verificou-se, na presente análise, prevalência significativamente superior de *estado nutricional adequado* (53,0% x 33,5%) entre os não hipertensos e entre os não diabéticos (51,1% x 21,2%) ($p < 0,05$) (tabela 2 e gráfico 15 e 17). O mesmo foi observado entre as mulheres em relação à

hipertensão (57,7% x 32,7%) e entre os homens em relação ao diabetes (47,1% x 5,1%) ($p < 0,05$) (tabela 2, anexo 2 e gráficos 16 e 18). Os dados sugerem ainda, uma maior prevalência de *eutrofia* (54,7% x 31,5%) entre as mulheres não diabéticas, apesar desta diferença não ter sido significativa (tabela 2 e anexo 2).

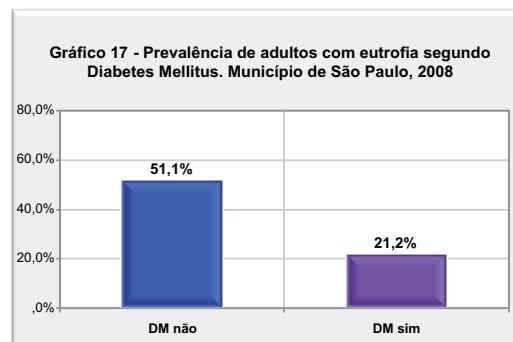
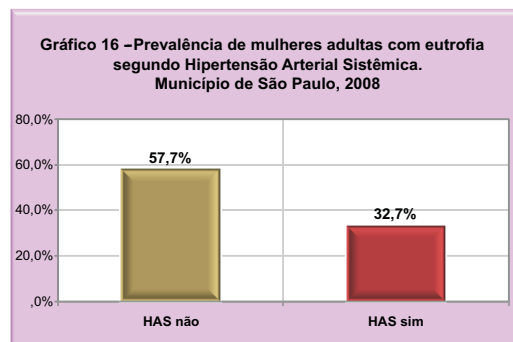
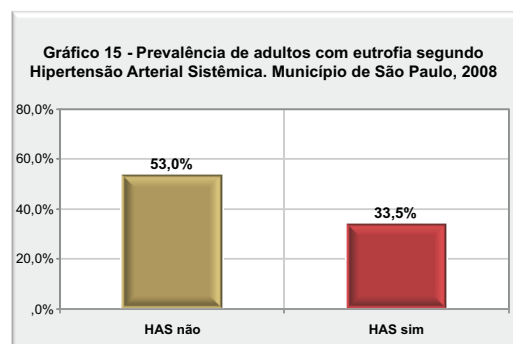


Gráfico 18 - Prevalência de homens adultos com eutrofia segundo Diabetes Mellitus. Município de São Paulo, 2008

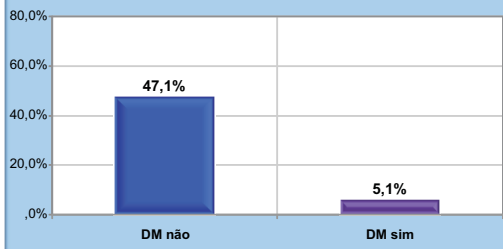
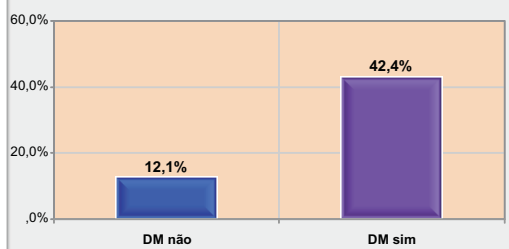


Gráfico 20 - Prevalência de adultos obesos segundo Diabetes Mellitus. Município de São Paulo, 2008



Em relação às pessoas com *obesidade*, observou-se prevalência significativamente maior de hipertensão (29,3% x 10,2%) e de diabetes (42,4% x 12,1%) ($p < 0,05$). O mesmo foi verificado entre os homens (23,6% x 11,1%) e mulheres (34,4% x 9,3%) hipertensos, e também entre os homens diabéticos (51,8% x 11,8%) (tabela 2, anexo 2 e gráficos 19, 20, 21, 22 e 23).

Gráfico 21 - Prevalência de homens adultos obesos segundo Hipertensão Arterial Sistêmica. Município de São Paulo, 2008

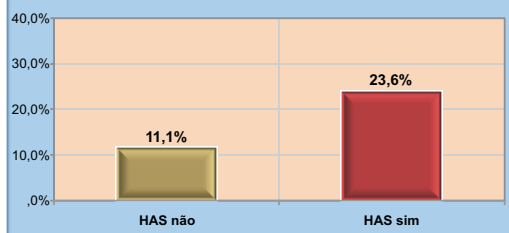


Gráfico 22 - Prevalência de mulheres adultas obesas segundo Hipertensão Arterial Sistêmica. Município de São Paulo, 2008

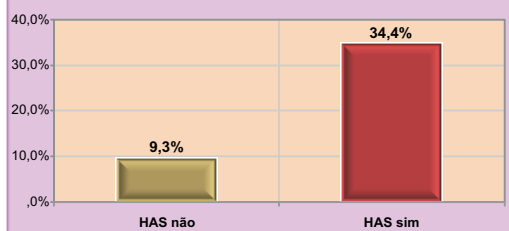


Gráfico 19 - Prevalência de adultos obesos segundo Hipertensão Arterial Sistêmica. Município de São Paulo, 2008

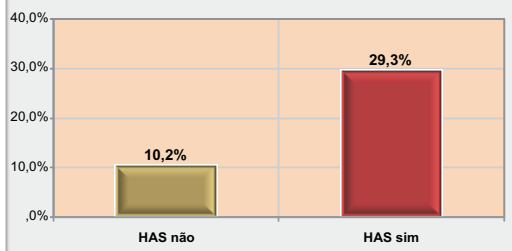
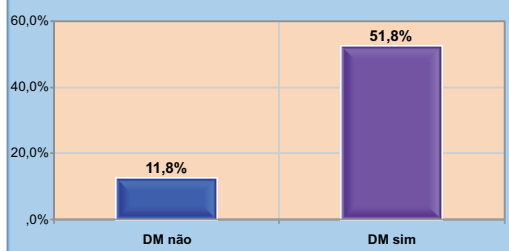


Gráfico 23 - Prevalência de homens adultos obesos segundo Diabetes Mellitus. Município de São Paulo, 2008



**Tabela 2 - Perfil do Estado Nutricional de Adultos, na faixa etária de 20 a 59 anos, segundo presença de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).
Município de São Paulo, 2008**

| Presença de HAS e DM | | Magreza (n = 30) % | Eutrofia (n = 579) % | Sobrepeso (n = 377) % | Obesidade (n = 154) % |
|----------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Hipertensão | População Geral (1) | | | | |
| | Não | 2,9 | 53,0* | 33,9 | 10,2* |
| | Sim | 0,4 | 33,5* | 36,8 | 29,3* |
| | Homens | | | | |
| | Não | 2,1 | 47,8 | 38,9 | 11,1* |
| | Sim | - | 34,4 | 42 | 23,6* |
| | Mulheres | | | | |
| | Não | 3,7 | 57,7* | 29,3 | 9,3* |
| Sim | 0,7 | 32,7* | 32,2 | 34,4* | |
| Diabetes | População Geral | | | | |
| | Não | 2,6 | 51,1* | 34,3 | 12,1* |
| | Sim | 2,0 | 21,2* | 34,4 | 42,4* |
| | Homens | | | | |
| | Não | 1,7 | 47,1* | 39,4 | 11,8* |
| | Sim | 5,2 | 5,1* | 37,9 | 51,8 |
| | Mulheres | | | | |
| | Não | 3,3 | 54,7 | 29,6 | 12,3 |
| Sim | - | 31,5 | 32,1 | 36,4 | |

Classificação OMS, 1995 para IMC (kg/m²): *Magreza* < 18,5; *Eutrofia* 18,5-24,9; *Sobrepeso* 25,0-29,9; *Obesidade* >30,0

Fonte: ISA, 2008

(1) Hipertensão: perda de informação para uma pessoa com obesidade

*p<0,05 diferença estatisticamente significativa

Considerações Finais

Os resultados do presente estudo mostraram que a prevalência de *eutrofia* em adultos foi diferente entre os sexos, ocorrendo com maior frequência entre as mulheres e diminuindo significativamente com o aumento da idade.

Em relação ao *sobrepeso*, no entanto, apesar de também diferir entre os sexos, observou-se prevalência significativamente maior entre os homens e com o aumento da idade. O mesmo ocorreu na comparação entre as pessoas casadas e as solteiras e entre aquelas com maior renda (quatro salários mínimos e mais), em relação às de menor renda (menos de 0,5 salário). Neste estudo, o grupo dos mais escolarizados apresentou maior prevalência de *sobrepeso* do que os menos escolarizados.

Quanto à *obesidade*, não foi observada diferença entre os sexos, no entanto, assim como o *sobrepeso*, ocorreu com maior prevalência com o aumento da idade, tanto em homens quanto em mulheres. Foram verificadas, também, prevalências significativamente maiores de *obesidade* entre a população geral de hipertensos e de diabéticos, tanto em homens como em

mulheres hipertensos e também entre os homens diabéticos.

Recomenda-se fortemente a adoção do monitoramento do estado nutricional, visando à obtenção continuada de informações que subsidiem as políticas voltadas à diminuição do sobrepeso e da obesidade no nosso meio.

Os resultados encontrados neste estudo sobre estado nutricional evidenciam a necessidade de aprofundamento de seus determinantes e condicionantes. Por exemplo, o fenômeno da obesidade vinculado à pobreza precisa ser melhor compreendido, para superação dos quadros conceituais mais restritos e para construção de novas agendas de investigação. Neste sentido, as ações de promoção à saúde, na perspectiva de territorialização das intervenções públicas e a articulação de ações educativas, de geração de renda e de inserção social, podem ter maior impacto no equacionamento da *obesidade* (Ferreira & Magalhães, 2005).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição preconiza a articulação de diversas políticas públicas (programas de

estímulo à prática de esportes; educação alimentar; alimentação mais saudável nas escolas; melhoria de acesso da população a frutas, legumes e verduras, entre outros), com melhor utilização dos recursos, onde a parceria entre o governo e a sociedade civil seria um caminho bastante promissor, incluindo campanhas de combate à HAS e DM (Secretaria de Políticas de Saúde, 2000; Brasil, 2007).

Um programa de prevenção da *obesidade* bem sucedido deve prever a implantação de ações consistentes de saúde pública, que contribuam para a adesão a um estilo de vida mais saudável (Monteiro, 2004).

No âmbito do Município, como já indicado anteriormente, políticas sustentáveis para prevenção e redução da prevalência do *sobrepeso* a *obesidade*, incluindo as comorbidades, precisam ser reconhecidas como prioridade de saúde pública e devem ser especialmente voltadas às populações mais vulneráveis. Articulações intersecretariais e interinstitucionais, que estejam em consonância com as diretrizes dos organismos nacionais e internacionais, precisam ser delineadas como importantes subsídios para a reversão do quadro apresentado neste estudo, que pressupõe o aprofundamento de um diagnóstico sobre

as ações atualmente implantadas pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP) e remete à necessidade potencializar a capacidade de articulação de cada uma das áreas envolvidas, em torno de um objetivo comum.

É preciso considerar a necessidade de desmistificação da idéia que o indivíduo obeso é diretamente responsável pela sua condição, tido como desleixado e descuidado, desconsiderando os fatores genéticos e sociais que contribuem para isso.

Dentre as diversas ações que são desejáveis, recomenda-se fortemente a adoção do monitoramento do estado nutricional, visando à obtenção continuada de informações que subsidiem as políticas voltadas à diminuição do *sobrepeso* e da *obesidade* no nosso meio; a qualificação e disseminação em larga escala, de ações voltadas à prevenção e ao tratamento da obesidade e co-morbidades, o que pressupõe um melhor acesso da população a informações confiáveis sobre os determinantes e as consequências da obesidade; a ampliação da oferta de atendimento nutricional, acompanhada de investimento em capacitação de profissionais de saúde, algumas delas já previstas pelo “*Programa de Alimentação e Nutrição*

Paulistana” e pela *Área Técnica de Saúde do Adulto* da SMS-SP^{5,6}.

Propõe-se, ainda, a instituição do automonitoramento do peso, como estratégia para estimular a diminuição e a manutenção do peso ideal em toda a Rede Municipal de Saúde, com o delineamento de estratégias de intervenção diferenciadas para cada situação (perda de peso inicial e sua manutenção, e ganho de peso após perda), com o envolvimento dos indivíduos e da comunidade, por meio da responsabilização

e do auto-cuidado; o desenvolvimento de estudos junto às instituições acadêmicas e de pesquisa para aprofundar o conhecimento sobre o problema; a participação em fóruns de discussão sobre a questão em diversos níveis do SUS e o apoio à realização de campanhas de massa, entre outros.

⁵ São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Saúde do Adulto – Área Técnica da Atenção Básica: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/saude_do_adulto/index.php?p=5872. Acessado em 05/07/10.

⁶ São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Programa de Alimentação e Nutrição Paulistana, disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/hupes/index.php?p=12777>. Acessado em 02/07/10.

Referências Bibliográficas

- BATISTA FILHO, M; RISSIN, A. **A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2003, vol.19, suppl.1, pp. S181-S191. ISSN 0102-311X.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. **Condições Nutricionais da População Brasileira: Adultos e Idosos.** Brasília: Ministério da Saúde. COITINHO, DC; LEÃO, MN; RECINE, E; SICHIERI, R. 1991, 3º Relatório. p.38.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007. - (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 112 p.: il. - (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
- FERREIRA VA, MAGALHÃES R. **Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil.** *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2005; 21(6): 1792-1800.
- KELLY, T; YANG, W; CHEN, C-S, REYNOLDS, K and HE, J. **Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030.** *International Journal of Obesity* (2008) 32, 1431-1437.
- MONTEIRO CA, MOURA EC, CONDE WL, POPKIN BM. **Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review.** *Bull World Health Org.* 2004; 82(12): 940-6.
- MUST A, SPADANO J, COAKLEY EH, FIELD AER, COLDITZ G, DIETZ WH. **The disease burden associated with overweight and obesity.** *JAMA*, 1999; 282:1523-1529
- SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Setor Saúde.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2000, vol.34, n.1, pp. 104-108. ISSN 0034-8910.
- SPSS, Inc. (2007). **SPSS Statistics Base 17.0. User´s Guide.** Chicago, USA.
- STEWART, AW. **Underestimation of relative weight by use of self-reported height and weight.** In: *American Journal of Epidemiology*, 1987, 125, pp. 122-126.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003. Consulta Mixta OMS/FAO de Expertos en Régimen Alimentario, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas - **Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas: informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO.** (OMS, Série de Informes Técnicos; 916).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity. Preventing and Managing the Global Epidemic.** Report of a WHO Consultation on Obesity, Geneva: World Health Organization; 1997. p. 107-158.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Geneva: WHO; 2000. (WHO Technical Report Series, 894).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status.** *Bulletin World Health. Org.*, 64:929-41, 1986.

Anexo 1

Perfil do Estado Nutricional de Adultos, na faixa etária de 20 a 59 anos, segundo variáveis sociodemográficas. Município de São Paulo, 2008

| Variáveis Sociodemográficas | | Magreza (n = 30) | | | Eutrofia (n = 579) | | | Sobrepeso (n = 377) | | | Obesidade (n = 154) | | |
|--------------------------------|-----------------|---------------------|----------|-------|-----------------------|-------------|-------|------------------------|-----------|-------|------------------------|-----------|-----|
| | | % | IC 95 | n | % | IC 95 | n | % | IC 95 | n | % | IC 95 | n |
| Sexo | Masculino | 1,8 | 0,9-3,4 | 9 | 45,8 | 40,8-50,8 | 233 | 39,4* | 34,7-44,3 | 181 | 13,1 | 10,1-16,7 | 63 |
| | Feminino | 3,2 | 2,1-4,9 | 21 | 53,7 | 49,9-57,5 | 346 | 29,7* | 26,5-33,2 | 196 | 13,3 | 11,1-16,0 | 91 |
| Faixa Etária (anos) | População Geral | | | | | | | | | | | | |
| | 20 a 29 | 3,7 | 1,9-7,1 | 12 | 66,3* | 61,1 - 71,1 | 224 | 22,5* | 18,5-27,0 | 75 | 7,6* | 5,5-10,3 | 28 |
| | 30 a 49 | 2,3 | 1,3-3,9 | 15 | 44,9* | 41,3-48,6 | 270 | 39,0* | 35,1-42,9 | 216 | 13,8* | 11,1-17,1 | 80 |
| | 50 a 59 | 1,4 | 0,4-4,6 | 3 | 37,0* | 30,2-44,3 | 85 | 41,0* | 34,4-47,8 | 86 | 20,7* | 15,7-26,7 | 46 |
| | Homens | | | | | | | | | | | | |
| | 20 a 29 | 3,6 | 1,5-8,4 | 5 | 63,3* | 55,8-70,2 | 94 | 26,2* | 20,4-33,0 | 37 | 7,0* | 4,0-11,8 | 10 |
| | 30 a 49 | 1,0 | 0,3-3,2 | 3 | 39,1* | 33,6-45,0 | 107 | 44,7* | 38,5-51,1 | 108 | 15,1* | 10,7-21,0 | 37 |
| | 50 a 59 | 0,9 | 0,1-6,3 | 1 | 33,4* | 23,1-45,6 | 32 | 47,5* | 34,9-60,5 | 36 | 18,1* | 12,1-26,3 | 16 |
| | Mulheres | | | | | | | | | | | | |
| 20 a 29 | 3,7 | 1,8-7,5 | 7 | 69,2* | 61,7-75,8 | 130 | 18,9* | 13,8-25,4 | 38 | 8,1* | 5,3-12,2 | 18 | |
| 30 a 49 | 3,5 | 1,9-6,3 | 12 | 50,5* | 44,6-56,5 | 163 | 33,4* | 28,4-38,8 | 108 | 12,6* | 9,4-16,7 | 43 | |
| 50 a 59 | 1,7 | 0,4-7,5 | 2 | 39,5* | 31,0-48,6 | 53 | 36,3* | 28,6-44,8 | 50 | 22,5* | 15,8-31,0 | 30 | |
| Escolaridade (1) | 8 ou menos | 1,9 | 0,8-4,4 | 7 | 55,6 | 48,4-62,5 | 183 | 28,2 | 21,8-35,6 | 93 | 14,3 | 10,8-18,6 | 49 |
| | mais de 8 | 2,7 | 1,7-4,2 | 23 | 48,3 | 45,1-51,6 | 396 | 36,2 | 33,2-39,2 | 284 | 12,8 | 10,3-15,9 | 104 |
| Raça/Cor | Branco | 2,5 | 1,5-3,9 | 16 | 48,1 | 44,5-51,7 | 316 | 36,3 | 32,6-40,2 | 232 | 13,1 | 10,4-16,3 | 86 |
| | Não Branco | 2,7 | 1,6-4,3 | 14 | 53,0 | 48,4-57,4 | 263 | 31,1 | 26,9-35,6 | 144 | 13,3 | 11,0-16,0 | 67 |
| Situação Conjugal | Casado | 0,8 | 0,3-2,1 | 4 | 39,0* | 34,8-43,4 | 195 | 42,0* | 37,4-46,7 | 199 | 18,2* | 15,3-21,5 | 93 |
| | Unido | 3,2 | 1,7-6,2 | 7 | 51,3* | 44,2-58,3 | 103 | 37,0 | 29,7-45,1 | 68 | 8,4* | 5,2-13,2 | 17 |
| | Solteiro | 4,5 | 2,7-7,4 | 15 | 64,8* | 58,9-70,3 | 210 | 22,0* | 17,3-27,6 | 69 | 8,7* | 5,9-12,7 | 28 |
| | Separado (2) | 2,4 | 0,6-10,1 | 2 | 55,5 | 46,5-64,1 | 55 | 33,4 | 25,6-42,3 | 34 | 8,7 | 4,5-16,0 | 9 |
| | Viuvo | 8,3 | 1,8-30,5 | 2 | 51,8 | 33,3-69,8 | 16 | 21,6 | 9,5-42,1 | 7 | 18,3 | 8,0-36,5 | 7 |
| Renda per capita (em SM) | <0,5 | 3,0 | 1,5-6,0 | 9 | 55,4 | 48,2-62,3 | 142 | 29,6 | 24,2-35,6 | 74 | 12,1 | 8,0-17,8 | 31 |
| | 0,5 -1 | 1,6 | 0,7-3,5 | 5 | 51,0 | 44,6-57,4 | 132 | 33,8 | 27,7-40,5 | 81 | 13,6 | 9,8-18,6 | 34 |
| | 1 -2,5 | 2,9 | 1,6-5,0 | 11 | 48,4 | 43,8-53,1 | 206 | 35,3 | 31,3-39,5 | 145 | 13,4 | 10,7-16,6 | 61 |
| | 2,5 -4 | 3,0 | 0,9-8,9 | 3 | 52,1 | 41,5-62,5 | 52 | 27,8 | 18,6-39,3 | 29 | 17,1 | 9,2-29,7 | 16 |
| | 4 e+ | 2,0 | 0,6-6,5 | 2 | 42,3 | 32,8-52,4 | 47 | 44,8 | 35,4-54,5 | 48 | 10,9 | 6,3-18,2 | 12 |

Classificação OMS, 1995 para IMC (kg/m²): *Magreza* < 18,5; *Eutrofia* 18,5-24,9; *Sobrepeso* 25,0-29,9; *Obesidade* >30,0
 Fonte: ISA, 2008

(1) Escolaridade (anos de estudo concluídos): perda de informação de uma pessoa com sobrepeso

(2) separado – separado, desquitado, divorciado

*p<0,05 diferença estatisticamente significativa

Anexo 2

Perfil do Estado Nutricional de Adultos, na faixa etária de 20 a 59 anos, segundo presença de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Município de São Paulo, 2008

| Presença de HAS e DM | | Magreza (n = 30) | | | Eutrofia (n = 579) | | | Sobrepeso (n = 377) | | | Obesidade (n = 154) | | |
|----------------------|----------------------------|---------------------|----------|-------|-----------------------|-----------|------|------------------------|-----------|-------|------------------------|-----------|-----|
| | | % | IC 95 | n | % | IC 95 | n | % | IC 95 | n | % | IC 95 | n |
| Hipertensão | População Geral (1) | | | | | | | | | | | | |
| | Não | 2,9 | 2,0-4,2 | 29 | 53,0* | 49,6-56,4 | 511 | 33,9 | 30,7-37,2 | 312 | 10,2* | 8,3-12,4 | 98 |
| | Sim | 0,4 | 0,0-2,5 | 1 | 33,5* | 25,4-42,8 | 68 | 36,8 | 29,5-44,8 | 65 | 29,3* | 22,8-36,8 | 55 |
| | Homens | | | | | | | | | | | | |
| | Não | 2,1 | 1,1-4,1 | 9 | 47,8 | 42,6-53,2 | 202 | 38,9 | 34,2-43,8 | 152 | 11,1* | 8,1-15,1 | 44 |
| | Sim | - | - | - | 34,4 | 24,4-46,0 | 31 | 42,0 | 30,4-54,5 | 29 | 23,6* | 15,6-33,9 | 19 |
| Mulheres | | | | | | | | | | | | | |
| Não | 3,7 | 2,4-5,7 | 20 | 57,7* | 53,5-61,7 | 309 | 29,3 | 25,6-33,4 | 160 | 9,3* | 7,4-11,7 | 54 | |
| Sim | 0,7 | 0,1-4,6 | 1 | 32,7* | 22,3-45,3 | 37 | 32,2 | 23,1-42,8 | 36 | 34,4* | 25,5-44,6 | 36 | |
| Diabetes | População Geral | | | | | | | | | | | | |
| | Não | 2,6 | 1,8-3,7 | 29 | 51,1* | 47,9-54,2 | 571 | 34,3 | 31,4-37,4 | 361 | 12,1* | 10,2-14,3 | 135 |
| | Sim | 2,0 | 0,3-13,6 | 1 | 21,2* | 11,2-36,3 | 8 | 34,4 | 22,8-48,2 | 16 | 42,4* | 27,5-58,9 | 19 |
| | Homens | | | | | | | | | | | | |
| | Não | 1,7 | 0,8-3,4 | 8 | 47,1* | 42,0-52,2 | 232 | 39,4 | 34,6-44,5 | 175 | 11,8* | 9,0-15,3 | 55 |
| | Sim | 5,2 | 0,7-30,3 | 1 | 5,1* | 0,7-29,9 | 1 | 37,9 | 15,5-67,0 | 6 | 51,8 | 25,7-76,9 | 8 |
| Mulheres | | | | | | | | | | | | | |
| Não | 3,3 | 2,2-5,1 | 21 | 54,7 | 51,0-58,4 | 339 | 29,6 | 26,4-33,1 | 186 | 12,3 | 10,1-14,9 | 80 | |
| Sim | - | - | - | 31,5 | 16,3-52,0 | 7 | 32,1 | 19,8-47,5 | 10 | 36,4 | 20,4-56,0 | 11 | |

Classificação OMS, 1995 para IMC (kg/m²): *Magreza* < 18,5; *Eutrofia* 18,5-24,9; *Sobrepeso* 25,0-29,9; *Obesidade* >30,0

Fonte: ISA, 2008

(1) Hipertensão: perda de informação para uma pessoa com obesidade

*p<0,05 diferença estatisticamente significativa

Estado nutricional de idosos na cidade de São Paulo Inquérito de Saúde - 2008

A expectativa média de vida ao nascer no Brasil em 2008, segundo o IBGE, estava em 72,9 anos (69,1 anos para os homens e 76,7 anos para as mulheres), valor que em 1940 era 45,5 anos. Este avanço, aliado ao decréscimo das taxas de natalidade e fecundidade observado desde 1960, indicam que o Brasil se tornará um “país de idosos” em 2050, quando as pessoas acima de 60 anos, representarão cerca de 30% da população. Este cenário repercute em uma crescente demanda por profissionais de saúde aptos a cuidar desta população, que somava 1.266.929 pessoas na cidade de São Paulo em 2009 (Fundação SEADE).

O critério etário, isoladamente, não é suficiente para explicar o grau de envelhecimento. A influência de fatores ambientais, genéticos e comportamentais contribui para explicar a desigualdade do envelhecer, ressaltando a importância da idade biológica em relação à cronológica. Não existem, no entanto, marcadores biofisiológicos eficazes e confiáveis para a mensuração do envelhecimento, o que dificulta a definição da idade biológica (Marques et al, 2007).

Coloca-se como importante desafio, nos grandes centros urbanos, a diminuição da alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes e a criação de condições para que a população envelheça de maneira saudável. O bem-estar na velhice seria o resultado da interação da saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica, minimizando os eventos do cotidiano que podem comprometer a capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas estas dimensões (Ramos, 2003).

O padrão de consumo alimentar está intimamente ligado à saúde, sendo necessário considerar além dos hábitos alimentares desta população, as peculiaridades orgânicas decorrentes do envelhecimento. As mudanças funcionais observadas, mesmo entre os idosos saudáveis, são a redução do metabolismo basal e da mobilidade do intestino, a alteração da digestibilidade, constipação intestinal, dificuldades na mastigação e na deglutição, tendência à desidratação, mudança no paladar e absorção menos eficiente dos

nutrientes, entre outras, podendo influenciar o estado nutricional. Para compensar estas mudanças, o idoso passa a, geralmente, eliminar do cardápio alimentos mais rígidos, colocar nas suas preparações açúcar e sal em excesso, preparar os alimentos de forma pastosa, e também diminuir o consumo de fibras, o que pode levar a um desestímulo ao ato de se alimentar, isto é, a refeição deixa de ser um momento prazeroso (Najas, 1994).

Além disso, alguns agravos psíquicos como depressão, demência e o déficit cognitivo, também podem levar à redução acentuada de massa muscular e ao baixo peso, em função da redução do consumo de calorias em geral. Podem ser observadas situações como recusa e esquecimento do ato de comer ou até de engolir. Em muitos casos, o idoso passa a necessitar da ajuda de outras pessoas para se alimentar, seja para comprar os alimentos, preparar suas refeições e oferecê-las para eles, porém, nem sempre estas pessoas estão capacitadas para esta função.

No entanto, paradoxalmente, o envelhecimento populacional enquanto fenômeno mundial é acompanhado do aumento da prevalência de obesidade nas últimas décadas, em todas as faixas de idade, considerada um problema de saúde

pública, e representando, no caso dos idosos, um risco adicional de importância considerável, por suas complicações, quer de forma isolada ou associada à hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus não-insulino dependente (DM) e doenças cardiovasculares, enfermidades com prevalências já elevadas nesta população, entre outras (WHO, 2007; Alencar et al, 2000).

Alguns hábitos têm sido relacionados à obesidade como, por exemplo, a redução do consumo de frutas, verduras e legumes, pela preferência por alimentos mais fáceis de digerir, com aumento da ingestão de carboidratos e pelo alto consumo de gordura e o sedentarismo.

Em síntese, o envelhecimento representa um marcador para as alterações do estado nutricional, estando relacionado ao aumento da prevalência do baixo peso e também do excesso de peso e comorbidades associadas. Por estes motivos, o monitoramento do estado nutricional do idoso é recomendado, uma vez que pode indicar as intervenções necessárias para correção de deficiências e excessos alimentares (Najas, 1994). Esta ação acompanhada do controle das doenças crônicas, como hipertensão e diabetes; e

com destaque para a qualidade da preservação do estado cognitivo e do grau de dependência no dia-a-dia, entre outras, podem contribuir para a sobrevivência desta população (Ramos, 2003).

Este contexto reforça a importância do presente estudo, que tem como **principal objetivo apresentar as estimativas sobre prevalência das diferentes categorias do estado nutricional de idosos, na cidade de São Paulo e fatores relacionados**, a partir do Inquérito de Saúde de Base Populacional (ISA - Capital), realizado em 2008, considerando peso e altura auto-referidos¹. Com estes dados, é possível o cálculo simples e rápido do Índice de Massa Corporal (IMC)².

Foi utilizado, neste estudo, o padrão de referência para classificação do estado nutricional específico para idosos, desenvolvido por Lipschitz (1994), que considera as modificações na composição corporal próprias do envelhecimento, em três categorias, segundo pontos de corte³ do IMC - *baixo peso ou magreza*, *eutrofia*, *excesso de peso* e que tem sido utilizado em diversos estudos similares (Cervi, 2005; Sampaio, 2004).

Nesta publicação foram destacadas as diferenças significativas, correspondendo a um

intervalo de confiança de 95%, segundo variáveis selecionadas e aplicando-se testes de independência para comparação das prevalências encontradas ($p < 0,05$). Para as análises estatísticas foi utilizado o aplicativo SPSS-17 (SPSS, 2007). Na comparação das prevalências foram consideradas *diferenças significativas* quando não houve sobreposição dos respectivos intervalos de confiança.

Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos, estes últimos apenas para aqueles em que as diferenças observadas foram estatisticamente significativas.

Resultados

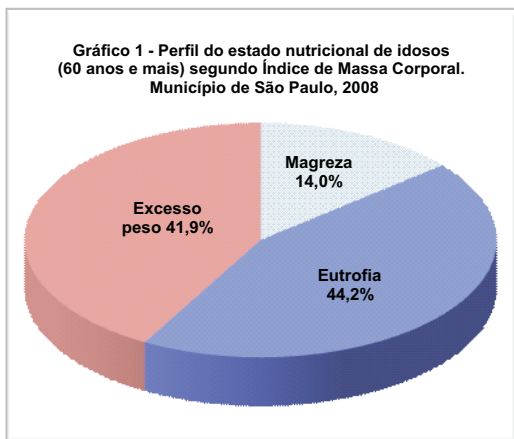
A prevalência de idosos, com *estado nutricional adequado*, na cidade de São Paulo, foi aproximadamente 44,0%. Cerca de **42,0%** apresentaram *excesso de peso* e **14,0%** *magreza* (**gráfico 1**).

¹ Coleta de peso e altura auto-referidos – “Qual o seu peso?” e “Qual a sua altura?”

² O IMC é obtido pela divisão do peso (em quilogramas) pela estatura (em metros) ao quadrado (kg/m^2). Foi concebido no século XIX, pelo astrônomo Lambert Adolphe Quételet.

³ Pontos de corte: *Baixo peso* ou *Magreza* (IMC < 22,0) - estado nutricional abaixo do desejável; *Eutrofia* (IMC 22-27) - estado nutricional adequado; *Excesso de peso* (IMC > 27,0) (Lipschitz, DA, 1994).

Gráfico 1 - Perfil do estado nutricional de idosos (60 anos e mais) segundo Índice de Massa Corporal. Município de São Paulo, 2008



Estado nutricional de idosos, segundo variáveis sociodemográficas

O estado nutricional de idosos foi analisado segundo sexo, faixa etária, escolaridade, situação conjugal, raça/cor e renda (tabela 1), optando-se por apresentar o que foi relevante em cada uma das categorias do estado nutricional, desconsiderando as pouco representadas, com número insuficiente de indivíduos participantes.

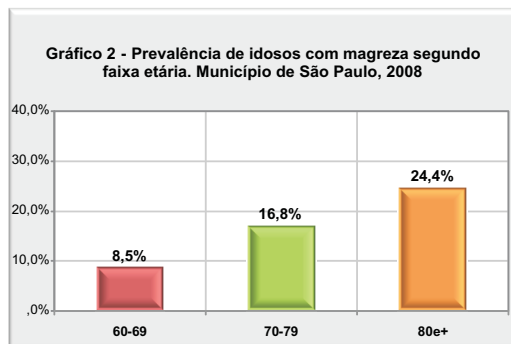
Não foi observada diferença entre nenhuma das categorias do estado nutricional de idosos com sexo, raça/cor, renda per capita e escolaridade (tabela 1 e anexo 1).

Em relação à situação conjugal, os dados sugerem maior prevalência de idosos com *estado nutricional adequado* entre os

solteiros do que entre os casados e também entre os separados (61,0% x 44,3% x 36,6) (tabela 1 e anexo 1).

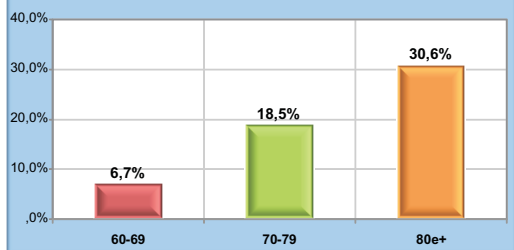
Em relação à faixa etária, observou-se prevalência significativamente menor de *magreza* na faixa de 60 a 69 anos se comparada com as demais (70 a 79 anos e 80 e mais) (8,5% x 16,8% x 24,4%) ($p < 0,05$) (tabela 1, anexo 1 e gráfico 2).

Gráfico 2 - Prevalência de idosos com magreza segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2008



Entre os homens, observou-se tendência de aumento da prevalência de *magreza* com o passar dos anos, sendo significativamente menor na faixa de 60 a 69 anos se comparada com as idades mais elevadas (6,7% x 18,5% x 30,6%) ($p < 0,05$). Em relação às mulheres, os dados sugerem aumento de prevalência desta condição com o passar dos anos (9,8% x 20,6%). A prevalência de *magreza* não diferiu em relação à situação conjugal dos idosos (tabela 1, anexo 1 e gráfico 3).

Gráfico 3 - Prevalência de homens idosos com magreza segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2008



A prevalência de *excesso de peso* foi significativamente maior na faixa de 60 a 69 anos se comparada com os de 80 anos e mais (48,2% x 30,8%) ($p < 0,05$). O mesmo foi observado entre os homens, na comparação destas mesmas faixas (60 a 69 anos) com os maiores de 80 anos (46,7% x 21,1%) ($p < 0,05$). Em relação às mulheres, os dados sugerem pequena redução da prevalência desta condição com o passar dos anos (49,3% x 37,0%) (tabela 1, anexo 1, gráfico 4 e 5).

Quanto à situação conjugal os dados sugerem maior prevalência de idosos, com *excesso de peso* entre os casados do que entre os solteiros (44,2% x 25,0%) (tabela 1 e anexo 1).

Gráfico 4 - Prevalência de idosos com excesso de peso segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2008

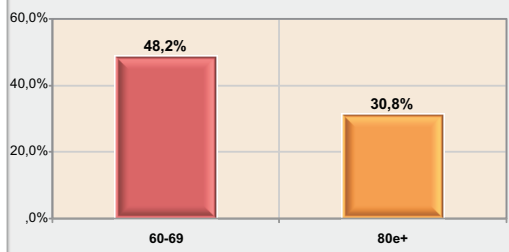


Gráfico 5 - Prevalência de homens idosos com excesso de peso segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2008

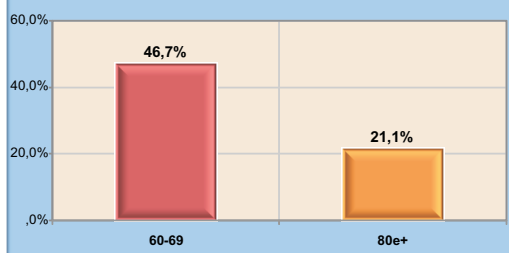


Tabela 1 - Perfil do Estado Nutricional de Idosos (60 anos e mais), segundo variáveis sociodemográficas. Município de São Paulo, 2008

| Variáveis Sociodemográficas | | Magreza (n=128) | Eutrofia (n= 388) | Excesso de Peso (n= 373) |
|--|------------------------|--------------------|----------------------|--------------------------------|
| | | % | % | % |
| Sexo | Masculino | 14,3 | 47,5 | 38,2 |
| | Feminino | 13,8 | 41,8 | 44,4 |
| Faixa Etária (anos) | População Geral | | | |
| | 60 a 69 | 8,5 * | 43,3 | 48,2 * |
| | 70 a 79 | 16,8 * | 45,1 | 38,1 |
| | 80 e mais | 24,4 * | 44,7 | 30,8 * |
| | Homens | | | |
| | 60 a 69 | 6,7 * | 46,6 | 46,7 * |
| | 70 a 79 | 18,5 * | 48,5 | 33,0 |
| | 80 e mais | 30,6* | 48,3 | 21,1 * |
| | Mulheres | | | |
| | 60 a 69 | 9,8 | 40,9 | 49,3 |
| 70 a 79 | 15,7 | 42,8 | 41,5 | |
| 80 e mais | 20,6 | 42,4 | 37,0 | |
| Escolaridade (1) | 8 ou menos | 16,0 | 42,8 | 41,2 |
| | mais de 8 | 10,7 | 46,1 | 43,2 |
| Raça/Cor | Brancos | 14,0 | 42,6 | 43,4 |
| | Não Brancos | 14,2 | 48,3 | 37,6 |
| Situação Conjugal | casado | 11,4 | 44,3 | 44,2 |
| | unido | 18,3 | 47,1 | 34,6 |
| | solteiro | 14,0 | 61,0 | 25,0 |
| | separado (2) | 14,7 | 36,6 | 48,7 |
| | viúvo | 18,0 | 42,8 | 39,2 |
| Renda per capita (em SM) | <0.5 | 17,5 | 45,4 | 37,1 |
| | 0.5 -1 | 14,4 | 43,9 | 41,7 |
| | 1 -2.5 | 14,8 | 41,6 | 43,7 |
| | 2.5 -4 | 10,2 | 53,3 | 36,4 |
| | 4 e+ | 9,5 | 44,5 | 45,9 |

IMC - Índice de Massa Corporal = Peso (kg)/Altura (m) (kg/m²)

Classificação Lipschitz, DA, 1994 - < 22 Magreza; 22-27 Eutrofia; > 27 Excesso de Peso

Fonte: ISA, 2008

(1) Escolaridade (anos de estudo concluídos): perda de informação de uma pessoa com sobrepeso

(2) Separado – separado, desquitado, divorciado

*p<0,05 diferença estatisticamente significativa

Estado nutricional de idosos e sua relação com a hipertensão e o diabetes

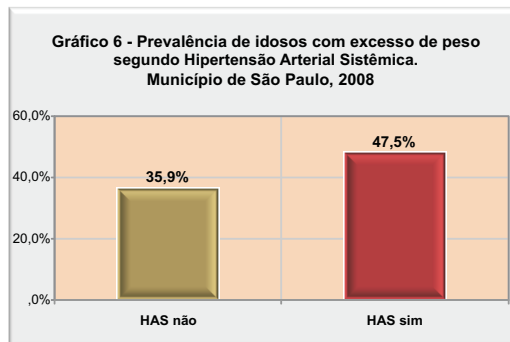
A análise do estado nutricional de idosos segundo hipertensão arterial e diabetes mellitus referidos foi realizada dada a coexistência destes agravos com a obesidade no mundo todo.

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de óbito na população idosa na cidade de São Paulo e a hipertensão arterial situa-se nesse grupo como a causa associada mais prevalente (São Paulo, 2009).

No presente estudo, os idosos com *estado nutricional adequado* não diferiram em relação à HAS.

Em relação ao *excesso de peso*, foi observada prevalência significativamente maior desta condição entre os hipertensos se comparado aos não hipertensos (47,5% x 35,9%) ($p < 0,05$). Em relação às mulheres idosas hipertensas, os dados sugerem aumento desta condição em relação às não hipertensas (50,9% x 36,6%). Não foi verificada associação entre homens idosos e HAS (tabela 2, anexo 2 e gráfico 6).

Em relação aos hipertensos em geral, os dados sugerem que a faixa etária de 70 a 79



anos apresenta prevalência superior de *excesso de peso* (45,9% x 28,3%) (tabela 2 e anexo 2).

A prevalência de *magreza* foi significativamente menor entre os idosos hipertensos em geral (10,2% x 18,0%) e entre as mulheres hipertensas (8,4% x 20,4%) ($p < 0,05$) (tabela 2, anexo 2 e gráficos 7 e 8).

Em relação ao *diabetes mellitus*, as análises do estado nutricional de idosos em geral não apresentaram associação, seja em relação ao sexo ou às diferentes faixas etárias analisadas (tabela 2 e anexo 2).

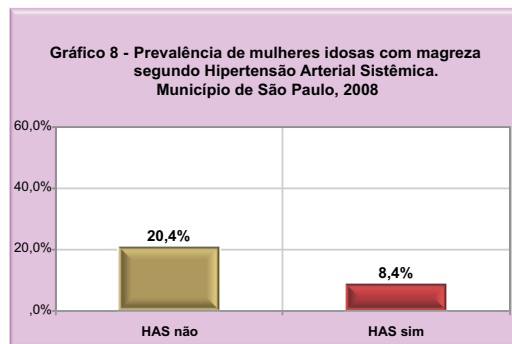
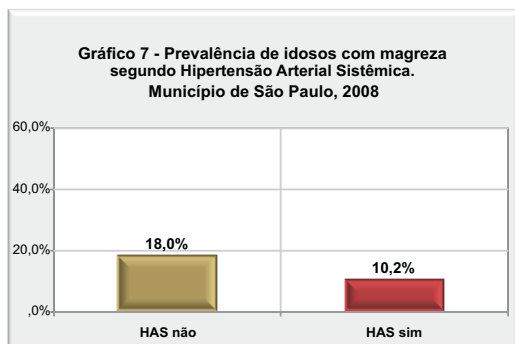


Tabela 2 - Perfil do Estado Nutricional de Idosos (60 anos e mais), segundo presença de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Município de São Paulo, 2008

| Hipertensão | | | | Diabetes | | | |
|------------------------|----------------|----------------|-----------------|------------------------|----------------|----------------|-----------------|
| Presença de HAS e DM | Magreza | Eutrofia | Excesso de Peso | Presença de HAS e DM | Magreza | Eutrofia | Excesso de Peso |
| | (n = 128) % | (n = 388) % | % | | (n = 128) % | (n = 388) % | % |
| População Geral | | | | População Geral | | | |
| Não | 18,0 * | 46,1 | 35,9 * | Não | 14,6 | 44,4 | 41,1 |
| Sim | 10,2 * | 42,3 | 47,5 * | Sim | 11,5 | 43,4 | 45,1 |
| Homens | | | | Homens | | | |
| Não | 15,2 | 49,7 | 35,1 | Não | 15,2 | 47,2 | 37,6 |
| Sim | 13,2 | 44,9 | 41,9 | Sim | 10,7 | 48,5 | 40,8 |
| Mulheres | | | | Mulheres | | | |
| Não | 20,4 * | 43,0 | 36,6 | Não | 14,1 | 42,4 | 43,5 |
| Sim | 8,4 * | 40,7 | 50,9 | Sim | 12,0 | 40,0 | 48,0 |
| 60 a 69 anos | | | | 60 a 69 anos | | | |
| Não | 11,8 | 46,7 | 41,5 | Não | 9,1 | 42,9 | 48,0 |
| Sim | 5,1 | 39,7 | 55,2 | Sim | 5,9 | 45,3 | 48,9 |
| 70 a 79anos | | | | 70 a 79anos | | | |
| Não | 22,9 | 48,8 | 28,3 | Não | 17,0 | 46,2 | 36,7 |
| Sim | 12,0 | 42,1 | 45,9 | Sim | 15,0 | 41,2 | 43,8 |
| 80 anos e mais | | | | 80 anos e mais | | | |
| Não | 28,1 | 39,5 | 32,4 | Não | 25,9 | 45,3 | 28,8 |
| Sim | 20,8 | 50,0 | 29,2 | Sim | 19,1 | 42,6 | 38,3 |

IMC - Índice de Massa Corporal = Peso (kg)/Altura (m) (kg/m²)

Classificação Lipschitz, DA, 1994 - < 22 Magreza; 22-27 Eutrofia; > 27 Excesso de Peso

Fonte: ISA, 2008

*p<0,05 diferença estatisticamente significativa

Considerações Finais

Os resultados deste estudo revelam que 44,2% dos idosos moradores na cidade de São Paulo encontram-se *eutróficos*, 41,9% com *excesso de peso* e 14,0% com *magreza*. Em adultos esta última condição está presente em somente 2,5% da população.

Embora o *baixo peso* seja um problema relacionado com o estado nutricional de idosos, este estudo revelou que a obesidade é muito mais prevalente, apontando para a necessidade de se estabelecer práticas de monitoramento do estado nutricional, direcionar adequadamente intervenções na área de assistência saúde, além de prevenção e controle da *obesidade* em programas voltados para a promoção da saúde e qualidade de vida dos idosos (Silveira, 2009).

Em relação ao *excesso de peso*, os dados sugerem que tanto os hipertensos em geral, quanto as mulheres hipertensas e também aqueles na faixa de 70 a 79 anos apresentam maior prevalência de excesso de peso do que os não hipertensos.

A prevalência de *magreza* foi significativamente menor entre os idosos hipertensos em geral e entre as mulheres hipertensas. Quanto à faixa etária, os dados

sugerem que os hipertensos de 70 a 79 anos apresentaram prevalência inferior desta condição do que os não hipertensos.

O quadro nutricional encontrado incita ao aprofundamento de seus determinantes e condicionantes, considerando, inclusive, os inúmeros fatores associados ao envelhecimento que influenciam o hábito alimentar, e que, por sua vez, está intimamente ligado à sobrevivência.

No âmbito do Município, assim como indicado para a população adulta, seria necessário considerar também os idosos e suas peculiaridades em um plano estratégico a ser implantado na cidade de São Paulo, priorizando não só a prevenção e o enfrentamento do *excesso de peso*, relacionado com co-morbidades, mas também do *baixo peso*. Dentre as diversas articulações intersecretariais e interinstitucionais que seriam desejáveis para a reversão do quadro apresentado neste estudo, destaca-se a urgência na reestruturação de espaços sociais que possam oferecer acolhimento adequado à pessoa idosa, incluindo os serviços de saúde e a formação de profissionais devidamente qualificados para promoção, proteção e

recuperação da saúde, como preconizado pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Portaria GM/MS, nº 710/1999) e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS, nº 2528/2006).

Esta iniciativa deveria considerar as ações atualmente implantadas pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, como por exemplo, a ampliação do Programa “Acompanhante de Idosos”, ligado à Área Técnica de Saúde do Idoso (Atenção Básica), que desenvolve ações de cuidado domiciliar e apoio às atividades diárias da população idosa com dependência funcional.

Dentre as diversas ações que são desejáveis deveria ser priorizado o estabelecimento de indicadores de saúde que permitam a avaliação multidimensional do idoso, visando identificar aqueles mais vulneráveis, de forma a orientar ações de promoção à saúde e manutenção da capacidade funcional, e

contribuir para a manutenção do idoso, o maior tempo possível, na comunidade.

O Estatuto do Idoso (Lei nº. 10.741/2003) recomenda que se coloquem em cena as diversas categorias profissionais necessárias a um sistema de atenção à saúde da pessoa idosa, em todos os níveis (Brasil, 2003). O atendimento a esta população requer, como prioridade, a implementação da atividade multidisciplinar. É preciso priorizar a construção e o provimento de equipes multiprofissionais, capacitadas nas áreas de Geriatria e Gerontologia (Ramos, 2003).

Os fatores envolvidos no processo de envelhecimento estão todos encadeados e em síntese devem fazer parte do cuidado ao idoso como a orientação para uma alimentação adequada às suas necessidades e para realização de atividade física moderada, como prática importante para a manutenção do bom funcionamento do organismo.

Referências Bibliográficas

- ALENCAR YMG, CARCALHO Fo ET, PASCHOAL SMP, CURIATI JAE, PING WC, LITVOC J. *Risk factors for atherosclerosis in an elderly out patient population in the city of São Paulo*. Arq Bras Cardiol 2000; 74:189-96.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 112 p.: il. - (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
- CERVI, Adriane; FRANCESCHINI, SCC and PRIORE, SE. **Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos**. *Rev. Nutr.* [online]. 2005, vol.18, n.6, pp. 765-775. ISSN 1415-5273.
- LIPSCHITZ DA. **Screening for nutritional status in the elderly**. *Prim Care*. 1994; 21(1):55-67.
- MARQUES, APO; ARRUDA, IKG; LEAL, MCC, ESPÍRITO SANTO, ACG. **Envelhecimento, obesidade e consumo alimentar em idosos**. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. v.10 n.2 Rio de Janeiro 2007
- NAJAS MS, Sachs A. **Avaliação nutricional do idoso**. In: Papaléo Netto, M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu; 1996. p.242-7.
- RAMOS, LR. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3):793-798, mai-jun, 2003
- SAMPAIO, LR. **Avaliação nutricional e envelhecimento**. *Rev. Nutr.* [online]. 2004, vol.17, n.4, pp. 507-514. ISSN 1415-5273.
- São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade, 2009. Disponível em www.prefeitura.sp.gov.br/tabnet. Acessado em 05/07/10.
- SPSS, Inc. (2007). **SPSS Statistics Base 17.0. User´s Guide**. Chicago, USA.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prevention of cardiovascular disease : pocket guidelines for assessment and management of cardiovascular risk**. WHO: Geneva, 2007.

Anexo 1

Perfil do Estado Nutricional de Idosos (60 anos e mais), segundo variáveis sociodemográficas. Município de São Paulo, 2008

| Variáveis Sociodemográficas | | Magreza (n = 128) | | | Eutrofia (n = 388) | | | Excesso de Peso (n = 373) | | |
|--|------------------------|----------------------|------------|------|-----------------------|-----------|------|------------------------------|-----------|-----|
| | | % | IC 95 | n | % | IC 95 | n | % | IC 95 | n |
| Sexo | Masculino | 14,3 | 11,5-17,7 | 53 | 47,5 | 42,4-52,6 | 169 | 38,2 | 33,2-43,4 | 129 |
| | Feminino | 13,8 | 10,8-17,4 | 75 | 41,8 | 37,9-45,8 | 219 | 44,4 | 39,2-49,7 | 244 |
| Faixa Etária (anos) | População Geral | | | | | | | | | |
| | 60 a 69 | 8,5 * | 6,2-11,4 | 38 | 43,3 | 38,1-48,7 | 188 | 48,2 * | 42,5-53,9 | 209 |
| | 70 a 79 | 16,8 * | 13,3-21,0 | 52 | 45,1 | 38,6-51,7 | 137 | 38,1 | 32,0-44,6 | 117 |
| | 80 e mais | 24,4 * | 17,8-32,5- | 38 | 44,7 | 37,0-52,7 | 63 | 30,8 * | 24,3-38,2 | 47 |
| | Homens | | | | | | | | | |
| | 60 a 69 | 6,7 * | 4,4-10,2 | 13 | 46,6 | 39,5-53,9 | 89 | 46,7 * | 39,6-53,9 | 82 |
| | 70 a 79 | 18,5 * | 12,6-26,4 | 22 | 48,5 | 37,9-59,3 | 55 | 33,0 | 24,4-42,8 | 33 |
| | 80 e mais | 30,6 * | 20,3-43,1 | 18 | 48,3 | 33,8-63,1 | 25 | 21,1 * | 11,7-35,0 | 14 |
| | Mulheres | | | | | | | | | |
| | 60 a 69 | 9,8 | 6,8-14,0 | 25 | 40,9 | 34,3-47,8 | 99 | 49,3 | 42,3-56,4 | 127 |
| 70 a 79 | 15,7 | 11,3-21,4 | 30 | 42,8 | 35,7-50,2 | 82 | 41,5 | 32,8-50,7 | 84 | |
| 80 e mais | 20,6 | 12,8-31,3 | 20 | 42,4 | 31,3-54,4 | 38 | 37,0 | 27,5-47,6 | 33 | |
| Escolaridade (1) | 8 ou menos | 16,0 | 13,6-18,8 | 99 | 42,8 | 38,9-46,8 | 270 | 41,2 | 36,8-45,7 | 260 |
| | mais de 8 | 10,7 | 7,7-14,7 | 28 | 46,1 | 40,4-51,8 | 117 | 43,2 | 36,8-49,9 | 113 |
| Raça/Cor | Brancos | 14,0 | 11,5-16,9 | 93 | 42,6 | 38,7-46,6 | 264 | 43,4 | 39,4-47,6 | 278 |
| | Não Brancos | 14,2 | 10,2-19,5 | 35 | 48,3 | 43,0-53,5 | 122 | 37,6 | 31,0-44,6 | 95 |
| Situação Conjugal | casado | 11,4 | 8,8-14,8 | 50 | 44,3 | 39,6-49,1 | 189 | 44,2 | 39,2-49,4 | 186 |
| | unido | 18,3 | 5,9-44,4 | 5 | 47,1 | 29,8-65,2 | 12 | 34,6 | 18,6-54,9 | 8 |
| | solteiro | 14,0 | 6,6-27,1 | 8 | 61,0 | 47,6-73,0 | 31 | 25,0 | 14,6-39,4 | 14 |
| | separado (2) | 14,7 | 8,8-23,5 | 12 | 36,6 | 25,5-49,3 | 28 | 48,7 | 35,2-62,5 | 36 |
| | viúvo | 18,0 | 13,8-23,0 | 48 | 42,8 | 36,7-49,2 | 110 | 39,2 | 32,7-46,1 | 108 |
| Renda per capita (em SM) | <0,5 | 17,5 | 12,7-23,6 | 32 | 45,4 | 38,7-52,3 | 82 | 37,1 | 31,1-43,5 | 71 |
| | 0,5 -1 | 14,4 | 10,0-20,3 | 28 | 43,9 | 37,1-50,9 | 81 | 41,7 | 35,3-48,4 | 81 |
| | 1 -2,5 | 14,8 | 10,9-19,8 | 48 | 41,6 | 35,1-48,3 | 131 | 43,7 | 36,9-50,7 | 135 |
| | 2,5 -4 | 10,2 | 4,7-21,0 | 7 | 53,3 | 43,1-63,3 | 39 | 36,4 | 26,2-48,1 | 26 |
| | 4 e+ | 9,5 | 5,4-16,2 | 8 | 44,5 | 33,3-56,3 | 37 | 45,9 | 35,6-56,7 | 39 |

IMC - Índice de Massa Corporal = Peso (kg)/Altura (m) (kg/m²)
Classificação Lipschitz, DA, 1994 - < 22 Magreza; 22-27 Eutrofia; > 27 Excesso de Peso

Fonte: ISA, 2008

(1) Escolaridade (anos de estudo concluídos): perda de informação de uma pessoa com sobrepeso

(2) separado – separado, desquitado, divorciado

*p<0,05 diferença estatisticamente significativa

Anexo 2

Perfil do Estado Nutricional de Idosos (60 anos e mais), segundo presença de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Município de São Paulo, 2008

| Presença de HAS e DM | | Magreza (n = 128) | | | Eutrofia (n = 388) | | | Excesso de Peso (n = 373) | | |
|-----------------------|------------------------|----------------------|-----------|------|-----------------------|-----------|------|------------------------------|-----------|-----|
| | | % | IC 95 | n | % | IC 95 | n | % | IC 95 | n |
| Hipertensão | População Geral | | | | | | | | | |
| | Não | 18,0 * | 14,8-21,8 | 79 | 46,1 | 40,2-52,0 | 184 | 35,9 * | 29,9-42,4 | 140 |
| | Sim | 10,2 * | 7,8-13,3 | 49 | 42,3 | 37,5-47,2 | 203 | 47,5 * | 43,0-52,1 | 233 |
| | Homens | | | | | | | | | |
| | Não | 15,2 | 11,2-20,4 | 30 | 49,7 | 41,2-58,3 | 94 | 35,1 | 27,7-43,2 | 57 |
| | Sim | 13,2 | 8,4-20,1 | 23 | 44,9 | 37,2-52,9 | 75 | 41,9 | 34,8-49,3 | 72 |
| | Mulheres | | | | | | | | | |
| | Não | 20,4 * | 15,6-26,2 | 49 | 43,0 | 35,3-51,1 | 90 | 36,6 | 28,2-45,9 | 83 |
| | Sim | 8,4 * | 5,7-12,3 | 26 | 40,7 | 35,6-46,1 | 128 | 50,9 | 45,1-56,7 | 161 |
| | 60 a 69 anos | | | | | | | | | |
| | Não | 11,8 | 7,9-17,1 | 25 | 46,7 | 38,0-55,7 | 97 | 41,5 | 32,7-51,0 | 83 |
| | Sim | 5,1 | 3,1-8,2 | 13 | 39,7 | 33,4-46,4 | 90 | 55,2 | 48,7-61,5 | 126 |
| | 70 a 79anos | | | | | | | | | |
| | Não | 22,9 | 17,7-29,1 | 31 | 48,8 | 38,5-59,3 | 60 | 28,3 | 20,1-38,2 | 34 |
| Sim | 12,0 | 7,9-17,9 | 21 | 42,1 | 34,1-50,5 | 77 | 45,9 | 37,5-54,6 | 83 | |
| 80 anos e mais | | | | | | | | | | |
| Não | 28,1 | 18,3-40,5 | 23 | 39,5 | 28,6-51,5 | 27 | 32,4 | 20,6-47,1 | 23 | |
| Sim | 20,8 | 12,1-33,4 | 15 | 50,0 | 36,8-63,2 | 36 | 29,2 | 19,4-41,5 | 24 | |
| Diabetes | População Geral | | | | | | | | | |
| | Não | 14,6 | 11,9-17,6 | 107 | 44,4 | 40,6-48,3 | 305 | 41,1 | 36,4-45,9 | 282 |
| | Sim | 11,5 | 7,3-17,5 | 20 | 43,4 | 36,3-50,7 | 82 | 45,1 | 38,0-52,5 | 90 |
| | Homens | | | | | | | | | |
| | Não | 15,2 | 11,8-19,3 | 46 | 47,2 | 40,7-53,9 | 134 | 37,6 | 31,9-43,7 | 97 |
| | Sim | 10,7 | 4,9-22,0 | 7 | 48,5 | 37,5-59,6 | 35 | 40,8 | 30,3-52,1 | 32 |
| | Mulheres | | | | | | | | | |
| | Não | 14,1 | 10,5-18,8 | 61 | 42,4 | 37,6-47,3 | 171 | 43,5 | 37,3-50,0 | 185 |
| | Sim | 12,0 | 6,6-20,7 | 13 | 40,0 | 31,8-48,7 | 47 | 48,0 | 39,1-57,1 | 58 |
| | 60 a 69 anos | | | | | | | | | |
| | Não | 9,1 | 6,4-12,8 | 33 | 42,9 | 36,7-49,3 | 147 | 48,0 | 41,1-55,0 | 162 |
| | Sim | 5,9 | 2,4-13,5 | 5 | 45,3 | 34,8-56,1 | 40 | 48,9 | 38,0-59,8 | 46 |
| | 70 a 79anos | | | | | | | | | |
| | Não | 17,0 | 13,0-22,0 | 42 | 46,2 | 38,7-53,9 | 107 | 36,7 | 30,2-43,8 | 86 |
| Sim | 15,0 | 7,9-26,7 | 9 | 41,2 | 30,0-53,5 | 30 | 43,8 | 31,6-56,7 | 31 | |
| 80 anos e mais | | | | | | | | | | |
| Não | 25,9 | 17,9-35,8 | 32 | 45,3 | 37,2-53,7 | 51 | 28,8 | 21,5-37,4 | 34 | |
| Sim | 19,1 | 8,9-36,4 | 6 | 42,6 | 24,4-63,1 | 12 | 38,3 | 25,7-52,7 | 13 | |

IMC - Índice de Massa Corporal = Peso (kg)/Altura (m) (kg/m²)
Classificação Lipschitz, DA, 1994 - < 22 Magreza; 22-27 Eutrofia; > 27 Excesso de Peso

Fonte: ISA, 2008

*p<0,05 diferença estatisticamente significativa

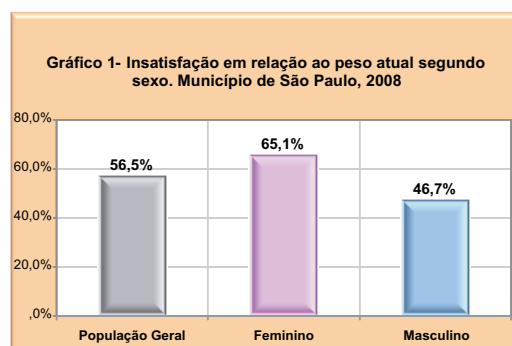
Insatisfação em relação ao peso atual na população de 12 anos e mais na cidade de São Paulo - Inquérito de Saúde 2008

Os padrões de beleza vêm apresentando mudanças ao longo dos tempos. A partir de meados do século XX tem-se observado que o “corpo ideal” equivale à magreza para as mulheres e “corpo musculoso” para os homens, o que leva a uma preocupação com a aparência, destacando-se o aumento do número de pessoas com insatisfação corporal (Alvarenga et al, 2010). No presente estudo foi enfocada a insatisfação em relação ao peso atual, no momento da entrevista do ISA-Capital 2008 e, se esta insatisfação referia-se ao desejo de emagrecer ou engordar, além dos comportamentos adotados para emagrecer¹.

Estas questões são importantes para ampliar o conhecimento sobre este tema, considerado de difícil abordagem, tendo em vista o grau de subjetividade que o envolve. Além disso, o contexto atualmente observado, de elevadas prevalências de sobrepeso e obesidade, colaboram para reforçar estes sentimentos de insatisfação e rejeição pessoal, o que pode vir a representar risco para o desenvolvimento de agravos à saúde associados a hábitos alimentares inadequados ao longo da vida e podem

prevaler até a terceira idade (Tribess et al, 2010).

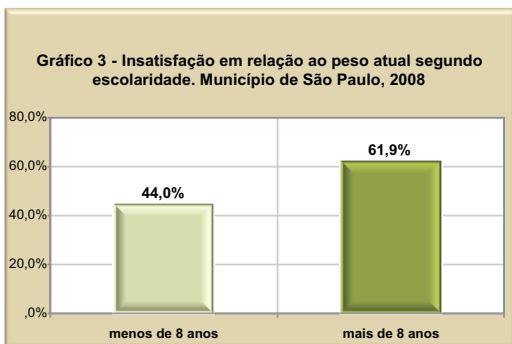
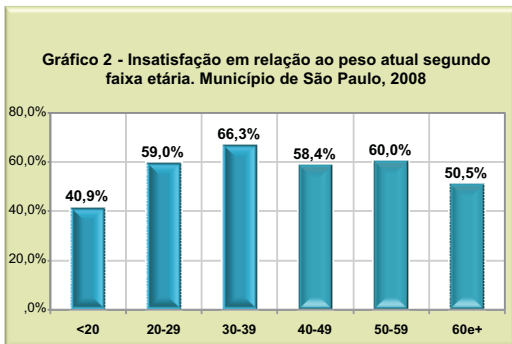
Foi observado que 56,5%, da população de 12 anos ou mais, na cidade de São Paulo em 2008, apresentaram insatisfação com o peso atual, sendo significativamente maior entre as mulheres (65,1% x 46,7%) (Gráfico 1). Entre os insatisfeitos com o peso atual, 99% referiram desejo de emagrecer.



A prevalência de insatisfação em relação ao peso atual foi analisada também segundo faixa etária e escolaridade. Foi observado que esta insatisfação foi menor entre os mais jovens (40,9%) quando comparada com as demais faixas etárias, sendo mais discrepante para a faixa de 30 a 39 anos (66,3%) ($p < 0,05$) (Gráfico 2).

¹ Perguntas: “Gostaria que seu peso fosse diferente do atual?” “Quantos quilos o sr.(a) gostaria de pesar?” e “O(a) sr.(a) faz alguma coisa para emagrecer?”

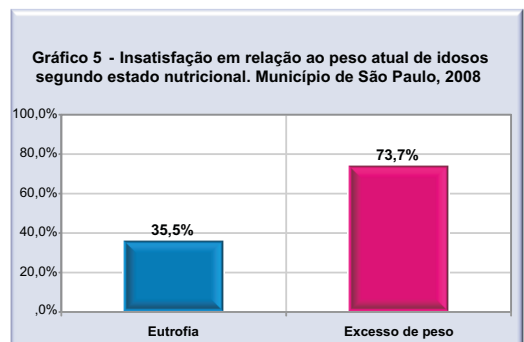
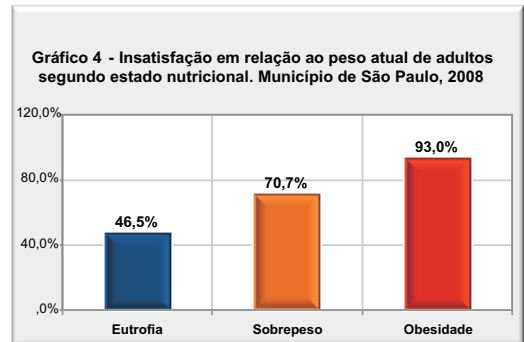
Quanto à escolaridade, observou-se que a prevalência desta insatisfação é significativamente maior entre as pessoas com oito ou mais anos de estudo (61,9% x 44,0%) ($p < 0,05$) (Gráfico 3).



Em relação ao estado nutricional, chama atenção que a insatisfação com o peso atual esteve presente mesmo entre as pessoas eutróficas (46,5%), sendo significativamente maior entre aqueles com sobrepeso e

obesos (70,7% x 93,0%) ($p < 0,05$) (Gráfico 4). Entre os magros, esta insatisfação foi 63,3%.

Em relação aos idosos observou-se que a insatisfação em relação ao peso atual, segundo estado nutricional, foi significativamente menor entre os eutróficos se comparada com aqueles com excesso de peso (35,5 x 73,7) ($p < 0,05$) (Gráfico 5).



Comportamento em relação ao desejo de emagrecer na população de 12 anos e mais na cidade de São Paulo - Inquérito de Saúde 2008

Com respeito ao comportamento em relação ao desejo de emagrecer, o questionário dispunha de várias opções de respostas, que foram analisadas separadamente. Como havia a possibilidade de responder a mais de uma delas ao mesmo tempo (respostas múltiplas), o total de respostas foi superior a 100%.

Observou-se que a opção mais prevalente foi a dos que “não fazem nada para emagrecer”

(51,2%), seguida das opções “pratica exercícios” (24,7%) e “tem cuidado com o que come” (24,0%). Entre os que afirmaram “outras práticas para o emagrecimento” (2%), destacam-se a caminhada, a mais prevalente, seguida por alguma mudança na alimentação (evitar doces e massas, evitar bebida alcoólica, comer menos em geral) e trabalhar muito (Tabela 1).

Tabela 1 - Comportamento em relação ao desejo de emagrecer Município de São Paulo, 2008

| Coisas que faz para emagrecer? | Prevalência % | IC | n |
|---------------------------------|---------------|-----------|-----|
| não faz nada | 51,2 | 46,4-55,9 | 602 |
| tem cuidado com o que vai comer | 24,0 | 20,5-27,9 | 294 |
| segue uma dieta | 9,0 | 6,8-11,8 | 87 |
| pratica exercícios | 24,7 | 21,2-28,5 | 229 |
| pula refeições | 2,1 | 1,4-3,3 | 24 |
| participa de programa de perda | 0,5 | 0,2-1,5 | 5 |
| fuma | 0,5 | 0,1-3,0 | 3 |
| usa medicamento | 2,3 | 1,4-3,7 | 19 |
| outros | 2,0 | 1,2-3,3 | 24 |

Questão aplicada para pessoas acima de 12 anos.

N=1.125 (I03>I05)

Fonte: ISA, 2008

Considerações Finais

A informação sobre insatisfação em relação ao peso e o comportamento adotado para emagrecer podem ser úteis na adoção de medidas de intervenção para redução de excesso de peso e para a promoção do autocuidado. A elevada proporção de pessoas insatisfeitas com o seu peso, evidenciada neste estudo, mesmo entre as eutróficas, pode estar sendo influenciada por este atual padrão de “*ideal de corpo*”, imposto pela sociedade e pela mídia. Tratam-se de pessoas com Índice de Massa Corporal adequado e que desejam diminuir seu peso, o que podem levar ao desenvolvimento de transtornos alimentares, fenômeno este observado com mais frequência na atualidade (Freitas, et al, 2009).

A associação entre insatisfação com a imagem corporal e a existência de práticas não-saudáveis de emagrecimento, pode levar ao desenvolvimento de transtornos alimentares, com ingestões inadequadas de nutrientes, causando importantes danos à saúde (Freitas et al, 2009). Dessa maneira, aponta-se para a necessidade de inserir

esta questão no acompanhamento nutricional de rotina praticado na Rede Municipal de Saúde, de forma a contribuir para prevenir a adoção de métodos inadequados para atender a este objetivo.

É importante considerar que a efetividade das estratégias voltadas para o controle de peso da população em geral, depende também da percepção realista de cada indivíduo sobre si mesmo. A insatisfação em relação ao peso, por parte das pessoas obesas ou com sobrepeso, pode ser um fator de mobilização pessoal, podendo motivar para a busca de assistência à saúde e adesão às estratégias para emagrecimento.

Ressalta-se que as prevalências de sobrepeso (34,3%) e obesidade (13,2%), observadas na população adulta, e de excesso de peso (41,9%) na população idosa da cidade de São Paulo, compõem o complexo cenário estudado e aumentam o desafio para a implementação de programas mais efetivos de controle de peso corporal, já apontados neste boletim.

Referências Bibliográficas

- ALVARENGA, MS; PHILIPPI, ST; LOURENÇO, BH.; SATO, PM; SCAGLIUSI, FB. **Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras.** J Bras Psiquiatr. 2010;59(1):44-51.
- TRIBESS, S; VIRTUOSO JUNIOR, JS; PETROSKI, EL. **Estado nutricional e percepção da imagem corporal de mulheres idosas residentes no nordeste do Brasil.** ABRASCO - Ciência & Saúde Coletiva. Volume 15, nº 1, janeiro 2010.
- FREITAS, AR; NOVELLO, D; GASTALDOB, LT; JUSTINO, PF. **Insatisfação da imagem corporal, práticas alimentares e de emagrecimento em adolescentes do sexo feminino.** Rev Bras Nutr Clin 2009; 24 (3): 166-73

Questionário - Bloco L

ESTILO DE VIDA

(PARA TODAS AS PESSOAS COM 12 ANOS OU MAIS)

BLOCO L

HÁBITO ALIMENTAR

L 02. Qual a sua altura? _____ m. e _____ cm.

NS/NR 999

L 03. Qual o seu peso? _____ Kg. e _____ gr.

NS/NR 999/ 999

L 04. Gostaria que seu peso fosse diferente do atual?

sim 2

não 1

NS/NR 9

*Se for amostra nutrição
(etiqueta) - aplicar
recordatório 24hs*

*Se não for amostra (etiqueta) -
passe p/ questão L 07.*

L 05. Quanto o(a) sr.(a) gostaria de pesar ?

*Se for amostra nutrição (etiqueta) aplicar recordatório 24hs
se deseja aumentar o peso - passe p/ questão L 07*

NS/NR 999/ 999

L 06. O(a) sr.(a) faz alguma coisa para emagrecer?

Pode haver mais de uma resposta

não 01

tenho cuidado com o que vou comer 02

sigo uma dieta 03

pratico exercícios 04

pulo refeições 05

participo de programa de perda de peso 06

fumo 07

uso medicamento, especif.: _____ 08

outros, especif.: _____ 09

NS/NR 99



VERIFICAR se o entrevistado pertence a amostra nutrição (etiqueta).

Se sim, aplicar RECORDATÓRIO 24HS.

Se não, passar para ATIVIDADE FÍSICA.

Próximo número
Exames Preventivos

Boletins ISA – Capital 2008

Séries

- 1 Primeiros Resultados
- 2 Estado Nutricional
- 3 Exames Preventivos
- 4 **Saúde Emocional, Consumo de Álcool e Tabagismo**

Próximos temas:

Morbidade Referida

Uso de Serviços de Saúde

Deficiências

Saúde Materno-Infantil

Gastos com Saúde

Presença de Animais no Domicílio

Atividade Física