

Perfil dos pacientes obesos no primeiro atendimento em Ambulatório de Nutrologia Municipal de Ribeirão Preto (SP)

Profile of obese patients in first care in the Ambulatory of Nutrology of Ribeirão Preto (SP)

Ana Célia Beltran de Souza¹, José Eduardo Dutra de Oliveira², Edilson Carlos Caritá³, Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida⁴

RESUMO

Objetivo: levantar o perfil dos pacientes com diagnóstico de obesidade, no primeiro atendimento no Ambulatório de Nutrologia Municipal de Ribeirão Preto -SP, de outubro de 2008 a dezembro de 2013. **Método:** trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e descritivo, com levantamento dos dados de prontuários dos pacientes com diagnóstico de obesidade. **Resultados:** total de pacientes 1386, sendo 71,7% do sexo feminino e 28,3% masculino; 8,0% crianças, 19,8% adolescentes, 63,7% adultos e 8,5% idosos que, respectivamente, têm Hipertensão Arterial Sistêmica, 0,9%, 3,6%, 49,9% e 83,9%; Diabetes Mellitus tipo 2, 0%, 0%, 19,3% e 47,5%; Dislipidemia 83,8%, 81,1%, 33,3% e 39,8%; não utilizavam medicamentos 83,3%, 69,8%, 21,4% e 5,1%; e usavam 5 ou mais medicamentos, 0%, 0%, 17,5% e 51,7%; não consumiam refrigerante, 4,5%, 6,5%, 13,6% e 16,1% e consumiam diariamente 41,4%, 40,7%, 33,7% e 19,5%; não praticavam atividade física, 41,4%, 41,4%, 78% e 78% e praticavam 5 a 7x/semana, 1,8%, 10,2%, 8,1% e 4,2%; consumiam álcool, 0%, 5,5%, 38,8% e 23,7%; eram tabagistas, 0%, 1,1%, 11,9% e 0,8% e pararam de fumar 0%, 0%, 16,9% e 30,5%. Dos adultos 12,5% eram obesos grau I e dos idosos, 15,3% e, respectivamente, grau II, 21,3% e 20,3% e grau III, 66,2% e 64,4%. **Conclusão:** houve maior procura do sexo feminino pelo serviço, prevalência elevada de comorbidades e hábitos potencialmente modificáveis que podem ser relevantes tanto na prevenção quanto no tratamento da obesidade.

Palavras-chave: Obesidade. Índice de Massa Corporal. Doença Crônica. Diabetes Melitus.

ABSTRACT

Objective: bring up the profile of patients diagnosed with obesity, in first care in the Ambulatory of Nutrology of Municipal Board of Ribeirão Preto (RP), from October 2008 to December of 2013. **Method:** this is a cross-sectional, retrospective and descriptive study based on survey data from medical records of patients diagnosed with obesity. **Results:** this study was conducted with 1386 patients data, 71,7% female and 28,3% male; 8% being children, 19.8% adolescents, 63.7% adults and 8.5% elderly and respectively have Systemic Arterial Hypertension, 0.9%, 3.6%, 49.9% and 83.9%; type 2 Diabetes

1. Médica, Mestre em Saúde e Educação pela Universidade de Ribeirão Preto (Unaerp) e médica da Prefeitura de Ribeirão Preto-SP
2. Médico, Doutor em Fisiologia e em Nutrologia, pela FMRP-USP. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP).
3. Doutor, Docente do Centro de Ciências Exatas, Naturais e Tecnológicas da Universidade de Ribeirão Preto (Unaerp).
4. Médico, Doutor em Pediatria pela USP, Professor da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), São Carlos, SP.

CORRESPONDÊNCIA:
Prof. Dr. Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida
Universidade de Ribeirão Preto, Curso de Medicina.
Av. Costábile Romano 2201, Ribeirão
14096-900 - Ribeirão Preto, SP - Brasil.

Recebido em 27/03/2017
Aprovado em 27/06/2017

Mellitus, 0%, 0%, 19.3% and 47.5%; Dyslipidemia, 83.8%, 81.1%, 33.3% and 39.8%; do not use any medicines, 83.3%, 69.8%, 21.4% and 5.1% and use 5 or more medicines, 0%, 0%, 17.5% and 51.7%; do not consume soft drinks, 4.5%, 6.5%, 13.6% and 16.1% and consume soft drinks on a daily basis, 41.4%, 40.7%, 33.7% and 19.5%; do not practice physical activity, 41.4%, 41.4%, 78% and 78% and practice 5-7 times a week, 1.8%, 10.2%, 8.1% and 4.2%; consume alcoholic drinks, 0%, 5.5%, 38.8% and 23.7%; are smokers, 0%, 1.1%, 11.9% and 0.8% and quit smoking, 0%, 0%, 16.9% and 30.5%. In the adult group, 12.5% are class I obese and in the elderly group, 15.3% and respectively class II, 21.3% and 20.3% and class III, 66.2% and 64.4%. **Conclusion:** there was a prevalence of females in demand for the medical care service, the increase of comorbidities is significant and potentially modifiable habits may be relevant both for the prevention and the treatment of Obesity.

Keywords: Obesity. Body Mass Index. Chronic Disease. Diabetes Mellitus.

Introdução

A obesidade é uma doença crônica (DC), caracterizada por adiposidade excessiva, sendo considerada epidemia mundial com crescimento preocupante em todo o mundo,^{1,2} mas desde a antiguidade há evidência de sua existência, em esculturas que datam da Idade da Pedra, há aproximadamente 25.000 anos.³

Segundo a Organização Mundial de Saúde o número de indivíduos afetados pela obesidade dobrou desde 1980, 65% da população vive em países onde o excesso de peso e a obesidade matam mais pessoas do que a desnutrição.⁴ Em 2008, 10,0% dos homens e 14,0% das mulheres acima de 20 anos eram obesos e em 2012, 44 milhões (6,7%) de crianças com menos de 5 anos estavam com sobrepeso ou obesas no mundo.⁵

Os maiores aumentos na obesidade em números absolutos ocorreram na China (169 milhões), Estados Unidos da América (88 milhões), Brasil (20 milhões) e México (18 milhões).⁶

Nos Estados Unidos da América (EUA) a obesidade acometia 35,7% dos adultos e 16,9% das crianças e adolescentes em 2009-2010,⁷ porém os esforços no seu combate têm apresentado resultados e alguns estudos já demonstram uma diminuição do crescimento da obesidade e até estabilização em alguns grupos, principalmente entre as crianças.^{8,9}

No Brasil, somente após 1975, dispõe-se de inquéritos da situação do país mostrando uma clara transição nutricional com diminuição da desnutrição e aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade.^{10,11} Esta tendência se mantém na Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crôni-

cas por Inquérito Telefônico que entre 2006 e 2013 mostrou variação de excesso de peso de 43% a 50,8% e obesidade de 11% a 17,5% nos adultos.¹²

A obesidade está relacionada com as principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) responsáveis por 38 milhões das mortes no mundo em 2012, mais de 40% antes dos 70 anos de idade e a maior parte poderia ser prevenida e evitada.¹³ Para diminuir seu impacto o Ministério da Saúde elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil,¹⁴ tendo entre suas metas reduzir a taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) por DCNT, reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes, deter o crescimento da obesidade em adultos e aumentar a prevalência de atividade física (AF).¹⁵

Diante da complexidade e relevância da obesidade, é importante ter um olhar mais amplo e não apenas direcionado para o IMC e levantar o perfil destes pacientes poderá auxiliar na implementação de estratégias para prevenção e tratamento desta doença.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, com delineamento transversal, abordagem quantitativa, realizado através de levantamento dos prontuários dos pacientes obesos que realizaram Caso Novo (CN) no Ambulatório de Nutrologia (AN) municipal de Ribeirão Preto - SP, Brasil, onde é realizado o atendimento secundário dos pacientes referenciados pela rede de Atenção Básica, Secundária e Terciária do município.

O município de Ribeirão Preto (RP) está localizado na região Nordeste do Estado de São Paulo e

de acordo com o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 sua população era de 604.682 habitantes, o oitavo mais populoso do Estado.¹⁶

O critério de inclusão foi pacientes com diagnóstico de obesidade, que fizeram CN no AN, no período de outubro de 2008 a dezembro de 2013 e os critérios de exclusão pacientes obesos que foram a óbito (prontuário não disponível) e os que tiveram prontuários extraviados.

O total de CN realizados no período foi de 1578, sendo que 148 (9,4%) não tiveram diagnóstico de obesidade e 1430 (90,6%) eram obesos. Dos 1430 com diagnóstico de obesidade foram incluídos 1386 (96,9%) e foram excluídos 18 (1,3%) óbitos e 26 (1,8%) prontuários extraviados.

Para levantar o perfil dos pacientes foram considerados os dados dos prontuários com as características de sexo; classificação etária e grau de obesidade; presença de doenças associadas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Melitus (DM), dislipidemia, problemas ortopédicos e psiquiátricos; uso de medicamentos e hábitos de uso de refrigerante e álcool, prática de AF e tabagismo.

Como classificação etária, os pacientes foram divididos em crianças de 0 a 9 anos, adolescentes de 10 a 19 anos, adultos de 20 a 59 anos e idosos 60 anos ou mais e para a classificação da obesidade em Grau I, II ou III nos pacientes com mais de 20 anos, foi utilizado o critério da OMS¹⁷ para adultos de ambos os sexos, considerando Grau

I entre IMC 30 e 34,9 Kg/m², Grau II entre IMC 35 e 39,9 Kg/m² e Grau III IMC e" a 40,0 Kg/m².

Nos dados relacionados à presença de HAS, DM, dislipidemia e outras doenças foram considerados os diagnósticos referidos nos encaminhamentos, resultados de exames do prontuário ou solicitados no dia do CN. Para dislipidemia foram considerados alteração de pelo menos 1 dos lípides de acordo com os critérios da V Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose.¹⁸

Os hábitos foram avaliados de acordo com a frequência de prática ou uso em 1 a 2 vezes por semana, 3 a 6 vezes por semana, diário, frequente, eventual, nunca ou sem informação, conforme os prontuários do CN.

A análise quantitativa dos dados ocorreu com o uso do *software* Excel 2010 da empresa *Microsoft Corporation* através da funcionalidade de "tabela dinâmica".

Em atendimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, respeitando os princípios éticos, foi preservada a confidencialidade no estudo que foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto sob o número 531043.

Resultados

Foram incluídos no estudo 1386 pacientes. Houve maior prevalência de sexo feminino e adultos (Tabela 1).

Tabela 1: Características dos pacientes por sexo e faixa etária no CN do AN, período de 2008 a 2013, Ribeirão Preto/SP, 2014.

Variáveis	Ambulatório N (%)	Ribeirão preto/SP N (%)
SEXO		
Feminino	994 (71,7%)	314.540 (52,0%)
Masculino	392 (28,3%)	290.170 (48,0%)
Total	1386 (100,0%)	604.710 (100,0%)
IDADE		
0 I--I9	111 (8,0%)	74.812 (12,4%)
10 I--I19	275 (19,8%)	90.795 (15,0%)
20 I--I59	882 (63,7%)	363.310 (60,1%)
≥ 60	118 (8,5%)	75.763 (12,5%)
Total	1386 (100,0%)	604.680 (100,0%)

CN = Caso Novo. AN = Ambulatório de Nutrologia.
Fonte: Censo IBGE (2010) e Autora

Os dados encontrados em relação à classificação da obesidade em grau I, II ou III mostram que 110 (12,5%) dos adultos e 18 (15,3%) dos idosos tinham obesidade grau I e respectivamente 188 (21,3%) e 24 (20,3%) grau II e 584 (66,2%) e 76 (64,4%) grau III.

As doenças associadas à obesidade são frequentes e, no estudo, HAS, DM e dislipidemias foram as mais prevalentes nos adultos e idosos, e nas crianças e adolescentes, a dislipidemia. (Tabela 2).

Em relação às dislipidemias as alterações encontradas foram nas crianças Colesterol Total (CT) alto 55,6%, *low density lipoprotein* (LDL) alto 21,6%, *high density lipoprotein* (HDL) baixo 50,5% e Triglicérides (TG) alto 32,1% e respectivamente para adolescentes 48,3%, 16,9%, 54,4% e 31,8%, adultos 13,8%, 9,0%, 15,5% e 18,5% e idosos 19,3%, 11,5%, 10,3% e 21,5%.

Considerando-se o uso de medicamentos para tratamento de HAS, DM, dislipidemias e problemas psiquiátricos, nenhuma criança utilizava. Nos adolescentes, 10(3,6%) utilizavam para tratamento de HAS, 1(0,4%) para DM e 8(2,9%) para problemas psiquiátricos. Nos adultos e idosos o uso era de respectivamente 421(47,7%) e 94(79,7%) para HAS, 204(23,1%) e 54(45,8%) para DM, 163(18,5%) e 44(37,3%) para dislipidemias e 232(26,3%) e 27(37,3%) para problemas psiquiátricos.

A utilização de polifarmácia (5 ou mais medicamentos) ocorreu em 155(17,5%) dos adultos e 61(51,7%) dos idosos.

Neste estudo foram avaliados os hábitos de consumo de refrigerante, prática de AF, consumo de álcool (Tabela 3) e tabagismo.

Em relação ao tabagismo não houve referência de uso por nenhuma criança nos prontuários e 1,1% dos adolescentes utilizavam. Nos adultos e idosos respectivamente 11,9% e 0,8% utilizavam e 16,9% e 30,5% cessaram o uso.

Discussão

Os dados da população de RP quanto à distribuição por sexo e faixa etária foram usados apenas como referência, uma vez que a população do estudo não pode ser considerada uma amostra da população e não reflete as características do município como um todo.¹⁹

A maior prevalência de pacientes do sexo feminino do estudo, também ocorreu em outros estudos com pacientes obesos: 86,0%²⁰; 91,5%²¹ e 73,9%.²²

Este predomínio ocorre em serviços de saúde em geral e entre os motivos estão o fato dos homens associarem o cuidar com o sexo feminino, terem a necessidade de demonstrar que são invulneráveis, fortes e viris, dificuldade com horários disponíveis e vergonha de se expor.^{23,24} Outro estudo com profissionais de saúde, encontrou que eles caracterizam os homens como ausentes, pouco participativos, impacientes, que buscam práticas curativas e não preventivas, enquanto as mulheres como mais cuidadosas, presentes e aderentes aos tratamentos.²⁵

Em relação à classificação etária houve predomínio de adultos entre 20 e 59 anos (63,7%) que também ocorreu em outros estudos com média de idade de 39 ±15 anos²⁰ e 77% de adultos.²⁶

Tabela 2: HAS, DM, Dislipidemia, Ortopédicas e Psiquiátricas por classificação etária no CN no AN, período de 2008 a 2013, Ribeirão Preto/SP, 2014.

	HAS	DM	Dislipidemia	Ortopédicas	Psiquiátricas
Crianças	1(0,9%)	0(0%)	93(83,8%)	0(0%)	0(0%)
Adolescentes	10(3,6%)	1(0,4%)	223(81,1%)	4(1,5%)	7(2,5%)
Adultos	440(49,9%)	170(19,3%)	294(33,3%)	139(15,8%)	71(8,0%)
Idosos	99(83,9%)	56(47,5%)	47(39,8%)	43(36,4%)	6(5,1%)
Total	550(39,7%)	227(16,4%)	657(47,4%)	186(13,4%)	84(6,1%)

HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica. DM = Diabetes Melitus.

Tabela 3: Uso de refrigerantes, prática de atividade física e uso de álcool por classificação etária no CN no AN, período de 2008 a 2013, Ribeirão Preto/SP, 2014.

	1-2X/S	3-6X/S	DIÁRIO	FREQ.	EV	NUNCA	SEM INF
Crianças							
Refrigerante	25,2%	12,6%	41,4%	6,3%	9,9%	4,5%	0%
Atividade Física	32,4%	10,8%	0,9%	2,7%	10,8%	41,4%	0,9%
Álcool	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Adolescentes							
Refrigerante	32,6%	7,3%	40,7%	4,0%	6,2%	6,5%	2,5%
Atividade Física	26,6%	10,9%	5,1%	1,1%	6,9%	49,1%	0,4%
Álcool	1,8%	0,4%	0%	0%	3,3%	94,5%	0%
Adultos							
Refrigerante	27,2%	8,6%	33,7%	3,5%	11,1%	13,6%	2,3%
Atividade Física	4,1%	9,6%	3,4%	0%	3,5%	78,0%	1,4%
Álcool	20,2%	2,9%	2,2%	0%	12,4%	61,2%	1,2%
Idosos							
Refrigerante	35,6%	3,4%	19,5%	3,4%	21,2%	16,1%	0,8%
Atividade Física	5,0%	9,2%	3,4%	0%	3,4%	78,0%	0,8%
Álcool	9,2%	0,8%	1,7%	0%	10,2%	76,3%	1,7%

1-2x/s = 1 a 2 vezes por semana. 3-6x/s = 3 a 6 vezes por semana. FREQ. = frequentemente. EV = eventualmente. SEM INF = sem informação. REFRIG. = refrigerante. AF = Atividade Física.

Houve predomínio de obesidade como diagnóstico em 90,4% dos casos e outros estudos em ambulatórios de nutrologia, nutrição e obesidade também mostraram índices elevados em diferentes faixas etárias como 70,7% de adolescentes,²⁷ 50% de obesos e 12% de obesos graves (total de 62%), entre 12 e 77 anos²⁰ e 43,6% de sobrepeso e 39,2% obesidade em idosos hipertensos, em Portugal.²⁸

Na classificação do grau da obesidade para adultos e idosos houve predomínio de obesidade grau III em 66,2% dos adultos e 64,4% dos idosos, fato que pode ser explicado pelo ambulatório ser secundário e os casos mais brandos terem seguimento na atenção primária e quando o ambulatório foi inaugurado havia uma demanda reprimida de encaminhamentos de obesidade com triagem dos casos mais graves.

O aumento da obesidade graus II e III tem ocorrido no mundo conforme evidenciado em estu-

dos na Austrália²⁹ e nos EUA.³⁰ No Brasil a obesidade grau III em 1975 atingia 0,18% da população, teve um aumento de 255% e em 2003 chegou a 0,64%, com índices mais elevados de 0,77% e 0,75% nas regiões Sudeste e Sul respectivamente.^{10,11}

Quanto maior o IMC e o grau de obesidade, mais graves são os comprometimentos, entre eles aumento de HAS, DM, dislipidemia, dor crônica e dificuldades para as atividades diárias.³¹ Há também aumento da mortalidade nos graus II e III e as causas mais frequentes foram as doenças cardíacas, seguidas de neoplasias malignas e DM.^{32,33}

Para estes pacientes com obesidade mais grave a Cirurgia Bariátrica (CB) passa a ser uma opção de tratamento e a partir de 1999 passou a ser realizada pelo Sistema Único de Saúde³⁴ que entre 2001 e 2010 realizou 24.342 CB em todo o Brasil.³⁵

A prevalência elevada de comorbidades neste estudo em relação à população em geral pode

ter ocorrido porque foram considerados somente pacientes obesos e outros estudos também demonstraram prevalências elevadas para estas comorbidades, relacionadas com a obesidade.^{36,37}

Entre as doenças associadas à obesidade HAS, DM e dislipidemias foram as mais prevalentes nos adultos e idosos, chegando a 83,9% de idosos hipertensos e 47,5% diabéticos e nas crianças e adolescentes, a dislipidemia com 83,8% das crianças e 81,1% nos adolescentes. Em 2014 o Brasil estava em 4º lugar no mundo no *ranking* de DM, com 13,4 milhões de diabéticos.³⁸

No AN, uma criança já apresentou HAS e, nenhuma DM e entre os adolescentes 3,6% já apresentaram HAS e 0,4% DM, porém Tipo 1. Estes dados já são extremamente preocupantes, pois corroboram com outros estudos que evidenciaram o aparecimento das DCNT em fases mais precoces e associação positiva com a obesidade.³⁹⁻⁴³ No Brasil, estudos com crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade, indicam a importância de prevenção do excesso de peso desde a infância, pois já encontraram alterações de pressão arterial (PA), glicemia e dislipidemia nesta fase.^{44,45}

O aumento do DM Tipo 2 no mundo entre os adolescentes, principalmente em função do aumento da obesidade é uma preocupação pois estes pacientes deverão apresentar complicações em fases precoces da vida, com redução da qualidade de vida e custos elevados para a sociedade.⁴⁶

Ressalta-se que a HAS e o DM tiveram maior prevalência com o aumento da idade e considerando apenas os adultos e idosos foram 53,9% pacientes com HAS e 22,6% DM.

No Brasil a prevalência destas doenças também apresenta aumento com a idade. Na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 entre os indivíduos com 18 anos ou mais, 21,4% referiram diagnóstico de HAS (31,3 milhões de pessoas) com maior prevalência na Região Sudeste e aumento com a idade, com 17,8% entre 30 e 59 anos; 44,4% de 60 a 64 anos; 52,7% de 65 a 74 anos e 55,0% com 75 anos ou mais. O DM foi referido por 6,2%, também aumentando com a idade e variando de 0,6% a 19,9% entre 18 a 29 e 65 a 74 anos. O colesterol alto foi referido por 12,5%, chegando a 25,9% entre 60 e 65 anos de idade.⁴⁷

Estudo com funcionários de uma Universidade Federal encontrou prevalência de 63,5% de ex-

cesso de peso com 27,4% de obesidade e 45,2% de obesidade abdominal com associação forte de aumento de CT ou TG com excesso de peso e obesidade abdominal, de DM com obesidade abdominal e HAS com excesso de peso, obesidade e obesidade abdominal.⁴⁸

Em RP/SP, estudo entre 1996 e 1997, evidenciou 12,1% de DM, sem diferença entre sexo feminino e masculino sendo a obesidade o principal fator relacionado com o aumento de diagnóstico de DM que aumentou em 2,5 vezes a prevalência chegando a 22,6% entre obesos e 8,7% nos não obesos.⁴⁹ Outro estudo entre 2005 e 2007 já detectou 15,02% de DM e também não houve diferença significativa entre os sexos, mas houve aumento com a idade e com a razão cintura/quadril e cintura/altura demonstrando a importância da gordura abdominal.⁵⁰ Pode-se observar que já houve um aumento de prevalência entre os resultados no mesmo município, que pode estar relacionado com o envelhecimento da população e aumento da obesidade no intervalo entre os estudos.

O aumento da prevalência de dislipidemia também foi relacionado com a obesidade em estudos com crianças e adolescentes^{51,52,53} e adultos e idosos.^{54,55} Devemos considerar que nenhuma criança ou adolescente utilizava medicamentos para tratamento de dislipidemia e 18,5% dos adultos e 37,3% dos idosos utilizavam e os valores de alteração poderiam ser ainda maiores se não utilizassem.

Entre as outras doenças também relacionadas à obesidade estão os problemas ortopédicos⁵⁶ e psiquiátricos.⁵⁷

O uso de medicamentos apresentou diferenças de acordo com a faixa etária, com menor utilização pelas crianças e adolescentes, também evidenciada em outro estudo, com maior uso de medicamentos para quadros agudos e alérgicos e não crônico como no caso dos adultos e idosos.⁵⁸

A polifarmácia (uso de 5 ou mais medicamentos) foi utilizada por 51,7% dos idosos, mais alto que em outros estudos fato este que pode estar relacionado a população estudada onde todos eram obesos e, portanto, apresentavam maior probabilidade de comorbidades e uso de medicações para doenças crônicas do que a população de idosos em geral.^{59,60,61}

Os hábitos são extremamente importantes, pois estão entre os fatores que podem ser modifi-

cáveis. O consumo elevado de refrigerantes, principalmente entre as crianças e adolescentes também foi demonstrado em outros estudos^{62,63} sendo muito preocupante pois é relacionado com aumento de peso e obesidade⁶⁴ e com outras doenças como o DM⁶⁵ e obesidade e Síndrome Metabólica, com associação com Resistência Insulínica, HAS, dislipidemia, obesidade abdominal, esteatose hepática e ovário policístico.⁶⁶

Aproximadamente metade dos adolescentes 49,1% e 41,4% das crianças não praticavam AF, evidenciando a deficiência de aulas de Educação Física que deveriam estar presentes em pelo menos 1 a 2 vezes por semana para todos. Outros estudos com adolescentes também demonstram baixa AF⁶⁷ e associação desta com a dislipidemia,^{68,69} aumento de PA⁶⁹ e a obesidade.^{69,70}

Estudos com adultos e idosos também demonstraram relação entre baixa AF e comorbidades como HAS,^{37,71,72} DM e dislipidemia⁷¹ e obesidade.³⁶

No AN a porcentagem de inativos também foi maior nos adultos e idosos em relação às crianças e adolescentes, com taxas de 78,0%, muito acima da PNS de 2013 que mostrou 46% de insuficientemente ativos, com tendência à diminuição na prática de AF com o avanço da idade.⁴⁷

Estes índices podem estar relacionados ao fato desta população ser composta por obesos, principalmente graus II e III, com maior dificuldade para

a prática de AF, além da inatividade contribuir para o agravo da obesidade. O uso de medicamentos de uso crônico também pode ser aumentado nos indivíduos inativos⁷³ e a prática de AF pode melhorar o controle das doenças crônicas.⁷⁴

A prevalência de consumo de álcool encontrada no AN ficou abaixo de outros estudos no Brasil tanto em adolescentes⁶² quanto em adultos e idosos.^{47,57} Não houve referência de consumo de álcool pelas crianças. Comparado a outros estudos, o tabagismo também foi menor entre os adolescentes,⁶² adultos e idosos⁴⁷ e a prevalência de ex fumantes entre adultos e idosos foi semelhante.^{12,47}

Em conclusão, a obesidade por ser uma DC, complexa, com etiologia multifatorial e apresentação variada, associada a várias alterações metabólicas e outras doenças, deve ter avaliação e prescrição médica personalizada, com um olhar mais amplo do paciente, não somente voltado para o aumento de IMC e focado no tratamento, mas também na prevenção e sempre que possível, deve haver o apoio de outros profissionais de saúde na busca de melhores resultados. Os resultados deste estudo são preocupantes, porém apresentam alternativas para enfrentamento do problema principalmente relacionados aos hábitos que podem ser modificados. A atenção integral aos pacientes, com prevenção e tratamento adequado da doença e das comorbidades, poderá evitar complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Referências

- 1- Pêgo-Fernandes PM, Bibas BJ, Deboni, M. Obesity: the greatest epidemic of the 21 century? São Paulo Med J. 2011;129: 283-4.
- 2- Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. Lancet. 2011; 378: 804-14.
- 3- Bray GA. History of obesity. Chapter 1. Obesity: science to practice. Edited by Gareth Willians and Gema Fruhbeck, 2009 John Wiley&Sons, Ltd. ISBN: 978-0-470-01911-5.
- 4- World Health Organization – WHO. Obesity and overweight. Fact sheet N°311, Updated August 2014. Disponível em: www.who.int [Acesso em:21 de março de 2017]
- 5- World Health Organization – WHO. World Health Statistics 2014. Disponível em: www.who.int [Acesso em:21 de março de 2017]
- 6- Stevens GA, Singh GM, Lu Y, Danaei G, Lin JK, Finucane MM, et al. National, regional, and global trends in adult overweight and obesity prevalences. Popul Health Metr. 2012; 10:22.
- 7- Ogden CL, Carrol MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. JAMA. 2012;7: 483-90.
- 8- Yanovski SZ. Obesity prevalence in the United States – up, down or sideways? N Engl J Med. 2011; 364: 987-9.
- 9- Ogden CL, Carrol MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of Childhood and Adult Obesity in the United States, 2011-2012. JAMA. 2014; 311: 806-14.
- 10- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Estudo Nacional de Despesa Familiar, ENDEF. Rio de Janeiro, 1976. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=endef. [Acesso em:21 de março de 2017]

- 11- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2008-2009. Despesas, Rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pof/2008_2009/POFpublicacao.pdf. [Acesso em:21 de março de 2017]
- 12- Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL 2013. Disponível em www.prefeitura.sp.gov.br/.../morbidade/Vigitel-2013.pdf [Acesso em:21 de março de 2017]
- 13- World Health Organization – WHO. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014c "Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility" Disponível em: www.who.int [Acesso em:21 de março de 2017]
- 14- Schmidt MI, Duncan BB. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. *Epidemiol Serv Saúde*. 2011; 20: 421-3.
- 15- BRASIL, Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil. Brasília, 2011.
- 16- Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. Plano Municipal da Saúde 2014-2017. Disponível em: <http://ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilancia/planeja/i16indplano.php> [Acesso em:21 de março de 2017]
- 17- World Health Organization – WHO. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on obesity. Geneva, 1998.
- 18- Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC, et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101 supl.1.
- 19- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-Dados Básicos; População; Economia; Outros; Histórico; Fontes dos dados. Ribeirão Preto – SP; 2010. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/232AY> [Acesso em:21 de março de 2017]
- 20- Filippesen EK, Dichi JB, Dichi I. Prevalência de patologias associadas à obesidade em pacientes atendidos em ambulatório de nutrição. *Semina*.1999;18/19: 63-6.
- 21- Porto MCV, Brito IC, Calfa ADF, Amoras M, Villela NB, Araújo LMB. Perfil do Obeso Classe III do Ambulatório de Obesidade de um Hospital Universitário de Salvador, Bahia. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2002; 46:668-73.
- 22- Bertolossi EHW, Sifuentes RO, Gomes LAS, Navarro AC. Perfil de imagem corporal e exercício físico de pacientes com sobrepeso e obesidade de uma clínica de nutrição de Brasília. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento* 2008; 2: 303-12.
- 23- Gomes R, Araújo FC, Nascimento EFN. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23: 565-74.
- 24- Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16: 983-92.
- 25- Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Figueiredo WS, et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16: 4503-12.
- 26- Gomes ACR, Salles DRM. Perfil nutricional dos pacientes atendidos no ambulatório de Nutrição da Faculdade de Ciências da Saúde (FACISA), de Patos de Minas/MG. *Revista do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão do UNIPAM* 2010; 1: 63 -71.
- 27- Oliveira TRPR, Cunha CF, Ferreira RA. Characteristics of adolescents assisted in obesity outpatient service: know them to intervene. *Nutrire Rev Soc. Bras Aliment Nutr*. 2010; 35: 19-37.
- 28- Mártires MAR, Costa MAM, Santos CSV. Obesidade em idosos com hipertensão arterial sistêmica. *Texto & Contexto Enferm*. 2013; 22: 797-803.
- 29- Pasco JA, Brennan SL, Kotowicz MA. Morbid obesity in women on the rise: an observational, population-based study. *Public Health*. 2013; 13: 1-4.
- 30- National Center for Health Statistics. Health, United States, 2013: With Special Feature on Prescription Drugs. 2014.
- 31- Pajecki D, Santo MA, Kanagi AL, Riccioppo D, de Cleve R, Ceconello I, et al. Functional assessment of older obese patients candidates for bariatric surgery. *Arq Gastroenterol*. 2014; 51: 25-8.
- 32- Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of All-Cause Mortality With Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories. *JAMA*. 2013; 309: 71-82.
- 33- Kitahara CM, Flint AJ, Berrington de Gonzalez A, Bernstein L, Brotzman M, MacInnis RJ, et al. Association between Class III Obesity (BMI of 40-59 kg/m²) and Mortality: A Pooled Analysis of 20 Prospective Studies. *PLOS Med*. 2014; 11: 1-13.
- 34- Santos LM, de Oliveira IV, Peters LR, Conde WL. Trends morbid obesity and in bariatric surgeries covered by the Brazilian public health system. *Obes Surg*. 2010;20:943-8.
- 35- Kelles SMB, Machado CJ, Barreto SM. Dez anos de cirurgia bariátrica no Brasil: mortalidade intra-hospitalar em pacientes atendidos pelo sistema único de saúde ou por operadora da saúde suplementar. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2014; 27: 262-7.
- 36- Costa MAP, 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: 421-36.
- 37- Turi, B.C. Codogno, JS, Fernandes RA, Monteiro HL. Prática de atividade física, adiposidade corporal e hipertensão em usuários do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17: 925-37.
- 38- International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Atlas. Sixth edition, 2014 update. Disponível em: www.idf.org/diabetesatlas [Acesso em:21 de março de 2017]
- 39- Flynn JT, Falkner BE. Obesity hypertension in adolescents: epidemiology, evaluation, and management. *J Clin Hypertens*. (Greenwich).2011;13: 323-30.
- 40- Moreira NF, Muraro AP, Brito FSB, Gonçalves-Silva RMV, Sichieri R, Ferreira MG. Obesidade: principal fator de risco para hipertensão arterial sistêmica em adolescentes brasileiros participantes de um estudo de coorte. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2013; 57: 520-5.
- 41- Correa Neto VG, Sperandei S, Silva LAI, Maranhão-Neto GA, Palma A. Hipertensão arterial em adolescentes do Rio de Janeiro: prevalência e associação com atividade física e obesidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19: 1699-708.
- 42- Rosaneli CF, Baena CP, Auler F, Nakashima ATA Netto-Oliveira ER, Amauri Bássoli Oliveira AB, et al. Aumento da Pressão Arterial e Obesidade na Infância: Uma Avaliação transversal de 4.609 Escolares. *Arq Bras Cardiol*. 2014; 103: 238-44.

- 43- Lo JC, Chandra M, Sinaiko A, Daniels SR, Prineas RJ, Maring B, et al. Severe obesity in children: prevalence, persistence and relation to hypertension. *International Journal of Endocrinology*, 2014; 3. Disponível em: <http://www.ijpeonline.com/content/2014/1/3> [Acesso em: 21 de março de 2017]
- 44- Ricco RC, Ricco RG, de Almeida CAN, Adriana Pelegrino P, Ramos APP. Estudo comparativo de fatores de risco em crianças e adolescentes com diagnóstico antropométrico de sobrepeso ou obesidade. *Rev Paul Pediatr*. 2010; 28: 320-5.
- 45- Lavrador MSF, Abbes PT, Escrivão MAMS, Taddei JA ACarrazedo. Riscos cardiovasculares em adolescentes com diferentes graus de obesidade. *Arq Bras Cardiol*. 2011; 96: 205-11.
- 46- Linder BL, Fradkin JE, Rodgers GP. The TODAY Study: An NIH Perspective on its implications for research. *Diabetes Care*. 2013; 36: 1775-6.
- 47- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013> [Acesso em: 21 de março de 2017]
- 48- Costa MAP, 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: 421-36.
- 49- Torquato MTCG, Montenegro Junior RM, Viana LAL, Souza RAHG, Lanna CMM, Lucas JCB, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil. *São Paulo Med J*. 2003; 121: 224-30.
- 50- Moraes AS, Freitas ICM, Gimeno SGA, Mondini L. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26: 929-41.
- 51- Ramos AT, Carvalho DF, Gonzaga NC, Cardoso AS, Noronha JAF, Cardoso MAA. Perfil lipídico em crianças e adolescentes com excesso de peso. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 2011; 21: 780-8.
- 52- Nobre LN, Lamounier JA, Franceschini SCC. Sociodemographic, anthropometric and dietary determinants of dyslipidemia in preschoolers. *J Pediatr*. (Rio J.). 2013; 89: 462-9.
- 53- Romero A, Rezende LFM, Romero SCS, Villar BS. Relationship between obesity and biochemical markers in Brazilian adolescents. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2014; 16: 268-76.
- 54- Moretti T, Moretti MP, Moretti M, Sakae TM, Sakae DY, Araújo D. Estado nutricional e prevalência de dislipidemias em idosos. *ACM Arq Catarin Med*. 2009; 38: 12-16.
- 55- Moraes AS, Checchio MV, Freitas ICM. Dislipidemias e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP. Resultados do Projeto EPIDCV. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2013; 57: 691-701.
- 56- Siqueira GR, Silva GAP. Alterações posturais da coluna e instabilidade lombar no indivíduo obeso: uma revisão de literatura. *Fisioter Mov*. 2011; 23: 557-66.
- 57- Diniz MFHS, Passos VMA, Barreto SM, Diniz MTC, Linares DB, Mendes LNM. Perfil de pacientes obesos classe III do Sistema Público de Saúde submetidos à gastroplastia em "Y de Roux", no Hospital das Clínicas da UFMG: altas prevalências de superobesidade, co-morbidades e mortalidade hospitalar. *Rev Méd Minas Gerais*. 2008; 18: 183-90.
- 58- Cruz MJB, Dourado LFN, Bodevan EC, Andrade RA, Santos DF. Medication use among children 0-14 years old: population baseline study. *J Pediatr*. (Rio J.) 2014; 90: 608-15.
- 59- Flores LM, Mengue SS. Drug use by the elderly in Southern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39: 924-9.
- 60- Fleming I, Goetten LF. Medicamentos mais utilizados pelos idosos: implicações para a enfermagem. *Arq Ciênc Saúde*. 2005; 9: 121-8.
- 61- Santos TRA, Lima DM, Nakatani IAYK, Pereira LV, Leal GS, Amaral RG. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev Saúde Pública*. São Paulo, 2013; 47(1): 94-103.
- 62- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/default.shtm>
- 63- Feferbaum R, Abreu LC, Leone C. Fluid intake patterns: an epidemiological study among children and adolescents in Brazil. *BMC Public Health*. 2012; 12: 1-7.
- 64- Wang YC, Ludwig DS, Sonnevile K, Gortmaker SL. Impact of Change in Sweetened Caloric Beverage Consumption on Energy Intake Among Children and Adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009; 163: 336-43.
- 65- Vartanian LR, Schwartz MB, Brownell KD. Effects of Soft Drink Consumption on Nutrition and Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Public Health*. 2007; 97(4): 667-675.
- 66- Bremer AA, Lustig RH. Effects of Sugar-Sweetened Beverages on Children. *Pediatric Ann*. 2012; 41: 26-30.
- 67- Cruz DKA, Mendes M I, Knuth AG, Malta DC, Hallal PC. Prática de atividade física em adolescentes brasileiros. *Ciênc Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2010; 15(supl. 2): 3035-3042.
- 68- Fernandes RA, Christofaro DGD, Casonatto J, Codogno JS, Rodrigues EQ, Cardoso ML, Kawaguti SS, Zanesco A. Prevalência de Dislipidemia em indivíduos fisicamente ativos durante a infância, adolescência e idade adulta. *Arq Bras Cardiol*. 2011; 97: 317-23.
- 69- Abbes PT, Lavrador MSF, Escrivão MAMS, Taddei JAAC. Sedentarismo e variáveis clínico-metabólicas associadas à obesidade em adolescentes. *Rev Nutr*, Campinas. 2011; 24: 529-38.
- 70- Bozza R, de Campos W, Bacil ED, Barbosa Filho VC, Hardt JM, da Silva PM. Fatores sociodemográficos e comportamentais associados à adiposidade corporal em adolescentes. *Rev Paul Pediatr*. 2014; 32: 241-6.
- 71- Pitanga CPS, Oliveira RJ, Lessa I, Costa MC, Pitanga FJG. Atividade física como fator de proteção para comorbidades cardiovasculares em mulheres obesas. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2010; 12: 324-30.
- 72- Silva DAS, Petroski EL, Peres MA. Pré-hipertensão e hipertensão em adultos de Florianópolis: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46: 988-98.
- 73- Garcia LMT, Salvador EP, Sá TH, Florindo AA. Association between leisure-time physical activity and long-term medication use in adults from a low socioeconomic region. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2014; 16: 371-80.
- 74- Codogno JS, Fernandes RA, Sarti FM, Freitas Júnior IF, Monteiro HL. The burden of physical activity on type 2 diabetes public healthcare expenditures among adults: a retrospective study. *BMC Public Health*. 2011; 11: 275.