

Prevenção de agravos relacionados à obesidade

Prevention of complications related to obesity

LUIZA AMARAL CARNEIRO

Discente de Medicina (UNIPAM)

E-mail: luac285@gmail.com

JULIANA RIBEIRO GOUVEIA REIS

Professora orientadora (UNIPAM)

E-mail: julianargr@unipam.edu.br

Resumo: A obesidade traz grandes consequências para a saúde. O estudo objetivou rastrear agravos relacionados à obesidade e sugerir ações sociais de promoção da saúde. Foi feito um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa da saúde de adultos em tratamento da obesidade em Minas Gerais. A amostra foi composta de indivíduos de ambos os sexos, entre 18 e 59 anos, sendo que 66% dos participantes apresentaram IMC acima de 40kg/m²; 58% dos participantes foram considerados hipertensos; a média de RCE, que prediz alto risco cardiovascular quando maior que 0,5, foi de 0,68. Nenhum participante apresentou nível “muito bom” de qualidade de vida pelo escore *Whoqol-bref*. Foi possível identificar a relação da obesidade com o prejuízo global da saúde e da qualidade de vida. A promoção da saúde com um foco específico na prevenção da obesidade deve ser imperativa, pois desempenha um papel fundamental na construção de uma sociedade saudável.

Palavras-chave: obesidade; hipertensão arterial; risco cardiovascular; qualidade de vida; promoção de saúde.

Abstract: Obesity carries significant health consequences. The study aimed to track complications related to obesity and suggest social actions for health promotion. A descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach was conducted on the health status of adults undergoing obesity treatment in Minas Gerais. The sample consisted of individuals of both sexes, aged 18 to 59 years, with 66% of participants having a BMI above 40kg/m²; 58% of participants were considered hypertensive; the mean RCE, which predicts high cardiovascular risk when greater than 0.5, was 0.68. No participant showed a “very good” level of quality of life according to the *Whoqol-bref* score. It was possible to identify the relationship between obesity and overall health and quality of life impairment. Health promotion with a specific focus on obesity prevention should be imperative as it plays a fundamental role in building a healthy society.

Keywords: obesity; hypertension; cardiovascular risk; quality of life; health promotion.

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica em crescimento no Brasil. Atinge aproximadamente 20% da população do país (Brasil, 2020). De etiologia multifatorial, a obesidade é resultado de uma combinação de fatores genéticos, econômicos e sociais.

Tem como determinantes o aumento do consumo calórico e o baixo gasto energético (Brasil, 2014).

A obesidade, além de trazer um risco para a saúde, por ser um estado inflamatório crônico, apresenta-se como fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças, como as doenças cardiovasculares (DCV), que representam a maior causa de morte em indivíduos brasileiros.

Nesse contexto, a cirurgia bariátrica se insere como poderosa ferramenta para o tratamento da obesidade severa, sendo realizada após tentativas sem sucesso de perda de peso pelos métodos menos invasivos (Abeso, 2016). Entretanto, concomitante ao ato cirúrgico, deve-se haver acompanhamento multidisciplinar e mudança de hábitos de vida para que seja alcançado o sucesso terapêutico.

No entanto, esse procedimento tem indicação reservada a um grupo específico. Segundo a Abeso, a cirurgia está indicada aos pacientes obesos de 18 a 65 anos, com Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 40kg/m² ou com IMC acima de 35kg/m², caso portadores de comorbidades. Além disso, é necessária documentação que comprove tratamento clínico sem sucesso pelo período de pelo menos dois anos.

Outras estratégias também estão relacionadas à prevenção de agravos relacionados à obesidade, como a adoção de uma dieta balanceada e o controle dos fatores de risco cardiovascular. A globalização propiciou a transição de uma culinária doméstica para uma culinária industrial, baseada principalmente em alimentos processados e ultraprocessados (Canesqui; Garcia, 2005).

O guia alimentar para a população brasileira recomenda que a base da alimentação saudável seja composta de produtos *in natura* (alimentos que não sofreram alterações após serem retirados da natureza) ou minimamente processados (alimentos que sofreram mínimos processos após serem retirados da natureza). Essa recomendação está em consonância com o estudo de Alvarez e Joly (2022), que demonstraram uma relação positiva entre o consumo de alimentos industrializados e o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DNTs), como obesidade, câncer e doenças cardiovasculares.

As doenças cardiovasculares (DVC) constituem a principal causa de morte no Brasil. Nesse contexto, o tabagismo é fator que aumenta o risco de desenvolvimento desse grupo de doenças, que, somado à obesidade, pode acarretar eventos agudos isquêmicos, como o infarto agudo do miocárdio (IAM). Mol *et al.* (2019) evidencia o aumento dos eventos cardiovasculares relacionado à soma de fatores risco, demonstrando uma maior incidência de IAM e acidente vascular encefálico (AVE) em pacientes hipertensos que são tabagistas, quando comparados a pacientes apenas hipertensos.

Acredita-se que conhecer o perfil de pacientes obesos e saber como a obesidade influencia a qualidade de vida é fundamental para direcionar estratégias específicas, a fim de prevenir complicações cardiovasculares. Assim, o objetivo deste estudo foi rastrear agravos relacionados à obesidade e sugerir implementação de ações sociais de promoção de saúde para a população.

2 METODOLOGIA

2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo é do tipo descritivo, transversal com abordagem quantitativa da saúde de adultos em tratamento da obesidade.

2.2 LOCAL DA PESQUISA

Foi realizada em uma instituição que presta cuidado integral à saúde do obeso, localizada em um município do interior de Minas Gerais.

2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os participantes incluídos no estudo eram indivíduos adultos, de ambos os sexos, com faixa etária de 18 a 59 anos em tratamento cirúrgico ou convencional para obesidade em um instituto de saúde que concordaram em participar por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi adotado com critério de exclusão participante que possuía alterações cognitivas ou condição que os impossibilitavam de responder ao questionário proposto. Para esta avaliação, foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) e recebeu parecer de aprovação sob o número 5.435.216.

2.5 PROCEDIMENTOS

2.5.1 Avaliação inicial

Os participantes foram instruídos a responderem um formulário composto pelas seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda mensal, moradia (alugada, própria, pertence a familiares, outros), patologias, uso de medicamentos e outros.

2.5.2 Avaliação da composição corporal

Com uma balança antropométrica, foram verificados o peso e a altura dos participantes. A balança era apoiada em superfície lisa, plana e rígida e afastada da parede.

Para medir o peso, o participante foi posicionado no centro da balança, com o mínimo de roupa possível, descalço, em posição ereta e com o seu peso corporal

distribuído igualmente em ambos os pés, que foram alinhados paralelamente. O peso foi registrado em kg.

Para medida da altura, o participante foi posicionado de costas para a balança, no centro dela, em posição ereta e com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos. Os braços foram estendidos ao longo do corpo, as nádegas tocavam o aparelho e os pés foram unidos paralelamente, de forma que os maléolos mediais se tocavam. Posteriormente, abaixou-se a parte móvel da balança contra a cabeça do participante até atingir o couro cabeludo; então, a parte móvel foi travada e o participante desceu. Foi feita a leitura da altura e registrada, em metros, com três dígitos.

2.5.3 Avaliação do risco cardiovascular

Para avaliação do risco cardiovascular, foi utilizada a relação cintura-estatura (RCE). O primeiro passo foi obter a medida da circunferência de cintura (CC) do participante. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, mede-se no ponto médio entre a borda inferior da última costela e a borda superior da crista ilíaca.

Com a medida da CC e a estatura obtida na avaliação da composição corporal, foi possível determinar a RCE, que é o quociente da divisão entre CC e estatura, ambos em centímetros. Os valores obtidos foram comparados com os valores previstos para cada faixa etária.

2.5.4 Avaliação da pressão arterial

Para a medida da pressão arterial, foram necessários esfigmomanômetro e estetoscópio. Posicionou-se o manguito no braço do participante, com a seta presente no manguito apontando em direção à artéria braquial. Então, apalpou-se o pulso radial ipsilateral e insuflou-se o manguito até que o pulso radial desaparecesse; depois ele foi desinflado completamente.

Com o estetoscópio posicionado na fossa cubital, insuflou-se o manguito até 20 mmHg acima do número apontado quando o pulso radial desapareceu no primeiro momento; então, começou-se a desinflar o manguito lentamente.

O número apontado pelo ponteiro quando foi percebida a primeira pulsação é a pressão sistólica, e o número apontado quando a pulsação deixou de ser percebida é a pressão diastólica.

2.5.5 Avaliação da qualidade de vida

Os participantes foram orientados a responder um questionário para avaliar a qualidade de vida. Foi utilizado o questionário *WHOQOL-bref*, versão abreviada do *WHOQOL-100*, uma forma de avaliar a qualidade de vida desenvolvida pela OMS.

O *WHOQOL-bref* é um questionário composto por 26 questões: duas relacionadas à qualidade de vida de forma mais abrangente e as demais 24 divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

2.5.6 Análise estatística

Os dados foram analisados mediante estatística descritiva, média, mediana e desvio padrão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta dos dados foi iniciada no dia 15 de junho de 2023. Foram avaliados 12 participantes, de ambos os sexos, com IMC acima de 30 kg/m².

A distribuição de gêneros foi desigual; a amostra foi composta por 91,6% de participantes do sexo feminino e apenas 8,3% do sexo masculino. A idade variou entre 24 e 57 anos, com uma média de 35,4. Sobre o estado civil, 50% dos participantes eram casados e 50%, solteiros. Em relação à escolaridade, a maioria dos participantes (66,6%) possuía ensino médio completo, enquanto 16% completaram o ensino superior. Os participantes que apresentavam nível de escolaridade fundamental e técnico coincidiram em 8,3%. A renda mensal variou de um a oito salários mínimos, com uma média de 3,25 salários mínimos. Sobre a moradia, 58,3% dos participantes possuíam casa própria, enquanto 41,6% moravam em casa alugada. 50% dos participantes do estudo negaram patologias prévias e 50% relataram serem portadores de comorbidades, como hipertensão arterial sistêmica (33,3%), asma (8,3%), narcolepsia (8,3%) e arritmia (8,3%). As ocupações foram variadas, sendo evidenciadas na Tabela 1.

Tabela 1: Dados referentes às ocupações dos participantes

Ocupação	n
Enfermeira	1
Auxiliar administrativo	2
Aposentada	1
Advogada	1
Vendedora	1
Desempregada	1
Técnica de enfermagem	1
Auxiliar de laboratório	1
Estagiária de contabilidade	1
Secretária	1
Auxiliar de escritório	1

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), todos os participantes apresentaram valores acima de 35 kg/m², sendo que 66% dos participantes apresentaram IMC acima de 40kg/m². Os níveis de obesidade são classificados da seguinte forma: obesidade grau 1 (IMC 30-34,9), obesidade grau 2 (IMC 35-39,9) e obesidade grau 3 (IMC ≥ 40), segundo critérios da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (Abeso, 2016). Portanto, a maior parte dos participantes são portadores de Obesidade Grau 3.

Tabela 2: Dados referentes a IMC

Média	Mediana	Desvio padrão
42,7	42,0	4,9

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

O IMC é frequentemente utilizado como um indicador primário de obesidade e risco cardiovascular. Estudos como o de Yusuf *et al.* (2005) estabelecem uma clara associação entre um IMC elevado e um maior risco de eventos cardiovasculares adversos, como doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca. O excesso de peso, conforme medido pelo IMC, está diretamente ligado a fatores de risco cardiovascular, incluindo hipertensão arterial, dislipidemia, resistência à insulina e inflamação crônica. Portanto, estratégias direcionadas à redução do IMC, por meio de mudanças no estilo de vida e tratamento médico, são fundamentais na prevenção e manejo das doenças cardiovasculares.

Citada como fator de risco cardiovascular, a hipertensão arterial é definida, pelas diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2021), como uma pressão arterial que ultrapassa os valores de 139mmHg para pressão sistólica e/ou 89mmHg para pressão diastólica.

De acordo com os questionários respondidos, 33% dos participantes informaram que tinham hipertensão. No entanto, nosso estudo verificou um valor médio de pressão arterial de 101,7 + 12,3. A Tabela 3 a seguir apresenta os resultados de pressão arterial obtidos.

Tabela 3: Dados referentes a pressão arterial média

Média	Mediana	Desvio padrão
101,7	99,1	12,3

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Neste estudo, 58% dos participantes (n=7) obtiveram valores de pressão arterial que os caracterizam como hipertensos. Entretanto, dos 5 participantes avaliados que não apresentaram pressão arterial que ultrapassasse os valores mencionados acima, um estava em uso de medicação anti-hipertensiva.

A relação entre obesidade e hipertensão arterial tem sido amplamente documentada na literatura científica. Estudos como o de Mancia *et al.* (2013) destacam que o excesso de peso corporal está diretamente associado ao aumento da pressão arterial, principalmente devido ao acúmulo de tecido adiposo visceral e à disfunção endotelial. Além disso, a pesquisa de Hall *et al.* (2015) enfatiza que a obesidade está frequentemente ligada à ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, contribuindo para a hipertensão. Essas descobertas destacam a importância da gestão do peso corporal como uma estratégia fundamental na prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica.

Sobre a relação cintura e estatura (RCE), a média dos participantes foi de 0,68, um valor que ultrapassa o ponto de corte de 0,55, recomendado por Correa *et al.* (2017) como marcador antropométrico de excesso de peso.

Tabela 4: Dados referentes a RCE

Média	Mediana	Desvio padrão
0,67	0,67	0,04

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

A relação cintura-estatura (RCE) tem sido reconhecida como um indicador útil na avaliação do risco cardiovascular, oferecendo uma medida simples e eficaz da distribuição de gordura corporal. Estudos como o de Ashwell *et al.* (2012) demonstraram que uma maior RCE ($>0,5$) está significativamente associada a um aumento do risco de doenças cardiovasculares, independentemente do índice de massa corporal (IMC). A razão para essa associação reside no fato de que a gordura visceral, em particular, tem sido identificada como um importante contribuinte para a inflamação crônica, resistência à insulina e disfunção endotelial, o que é considerado fator de risco para doenças cardiovasculares.

A média do escore *Whoqol-bref* foi de 3,05. Os resultados do questionário são classificados em níveis de qualidade de vida da seguinte forma: necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5). Dos participantes, 7 (58%) obtiveram o nível “necessita melhorar”; 4 (33%) apresentaram o nível “regular” e apenas 1 obteve o nível de qualidade de vida “boa”. Nenhum dos participantes obteve o nível de qualidade de vida “muito boa” pelo escore.

Tabela 5: Dados referentes a qualidade de vida

Média	Mediana	Desvio padrão
3,05	2,9	0,49

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

A obesidade é um importante determinante da qualidade de vida, influenciando diversos aspectos físicos, psicológicos e sociais. Estudos como o de Kolotkin *et al.* (2001) destacam que a obesidade está associada a uma diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde, afetando negativamente a funcionalidade física, bem-estar emocional, saúde social e autoestima. Além disso, a pesquisa de Sarwer *et al.* (2005) ressalta que indivíduos obesos frequentemente relatam experienciar estigma, discriminação e limitações nas atividades diárias, o que contribui para uma redução significativa na qualidade de vida percebida. Portanto, abordagens eficazes para prevenção e tratamento da obesidade não apenas visam melhorar a saúde física, mas também têm o potencial de promover uma melhor qualidade de vida global, abordando as necessidades multifacetadas dos indivíduos afetados.

A promoção da saúde com um foco específico na prevenção da obesidade desempenha um papel fundamental na construção de uma sociedade mais saudável. Portanto, são necessárias ações multidisciplinares que ofereçam programas de educação sobre os riscos da doença, objetivando conscientizar a população acerca do assunto. Ademais, é imprescindível que os cidadãos tenham acesso a informações sobre alimentação saudável e prática de exercícios físicos, facilitando a mudança de hábitos de vida. Além disso, deve-se também facilitar o acesso da população a uma equipe

multidisciplinar, com a finalidade de guiar e acompanhar as medidas de prevenção dos agravos relacionados à obesidade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível evidenciar que a obesidade é um problema multifacetado que não apenas afeta o peso corporal, mas também tem repercussões significativas na saúde global. A combinação desses fatores não só impacta a saúde física, mas também a saúde mental e emocional, influenciando negativamente a autoestima, a mobilidade e a capacidade de desfrutar plenamente da vida. Assim, é imperativo abordar a obesidade de forma abrangente, para promover a perda de peso, para mitigar esses efeitos adversos e para melhorar a saúde e o bem-estar geral dos indivíduos afetados.

REFERÊNCIAS

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade, 2016**. São Paulo: Abeso, 2016. p. 163-167.

ALVAREZ, T.G.; JOLY, M. Consumo de alimentos industrializados e modelagem matemática: uma abordagem focada no desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. **Revista IPT: Tecnologia e Inovação**, [S. l.], v. 6, n. 20, p. 23-43, 2022.

ASHWELL, M.; GUNN, P.; GIBSON, S. Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis. **Obesity Reviews**, [S. l.], v. 13, n. 3, p. 275-286, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. D. W. **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

CORREA *et al.* Razão cintura-estatura como marcador antropométrico de excesso de peso em idosos brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. e00195315, 2017.

HALL, J. E.; CARMO, J. M. do; SILVA, A. A. da; WANG, Z.; HALL, M. E. Obesity-induced hypertension: interaction of neurohumoral and renal mechanisms. **Circulation Research**, [S. l.], v. 116, n. 6, p. 991-1006, 2015.

KOLOTKIN, R. L.; CROSBY, R. D.; WILLIAMS, G. R. Health-related quality of life varies among obese subgroups. **Obesity Research**, [S. l.], v. 9, n. 11, p. 748-754, 2001.

MANCIA, G. *et al.* 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). **European Heart Journal**, [S. l.], v. 34, n. 28, p. 2159-2219, 2013.

MOL, M. A. L.; CASTRO, J. M.; COSTA, W. J. T. Tabagismo e desfechos cardiovasculares em hipertensos. **Revista Artigos.com**, [S. l.], v. 12, p. e2566, 2019.

SARWER, D. B.; THOMPSON, J. K.; CASH, T. F. Body image and obesity in adulthood. **Psychiatric Clinics of North America**, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 69-87, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo: SBC, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO Expert Consultation**. Geneva: WHO, 2008.

YUSUF, S. *et al.* Obesity and the risk of myocardial infarction in 27,000 participants from 52 countries: a case-control study. **The Lancet**, [S. l.], v. 366, n. 9497, p. 1640-1649, 2005.