

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

**EVELYN KARIN SERENESKI MERENDA
JULLIANE MOREIRA VELOSO ANTONIACOMI
RENATA CORDEIRO FERNANDES**

**SOBREPESO E OBESIDADE ENTRE MULHERES E ASSOCIAÇÃO COM
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS ENTRE USUÁRIAS DE
UMA UNIDADE DE SAÚDE ESPECIALIZADA.**

CURITIBA

2018

**EVELYN KARIN SERENESKI MERENDA
JULLIANE MOREIRA VELOSO ANTONIACOMI
RENATA CORDEIRO FERNANDES**

**SOBREPESO E OBESIDADE ENTRE MULHERES E ASSOCIAÇÃO COM
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS ENTRE USUÁRIAS DE
UMA UNIDADE DE SAÚDE ESPECIALIZADA**

Trabalho de conclusão apresentado ao curso de
Especialização em Medicina do Exercício Físico na
Promoção da Saúde Departamento de Medicina do
Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do
Paraná

Orientadora: Prof^a Dr^a Doroteia Ap Höfelmann.

**CURITIBA
2018**

SOBREPESO E OBESIDADE ENTRE MULHERES E ASSOCIAÇÃO COM CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS ENTRE USUÁRIAS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE ESPECIALIZADA.

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência de sobrepeso e obesidade, e investigar sua associação com variáveis demográficas, socioeconômicas, reprodutivos e comportamentos relacionados à saúde entre mulheres usuárias de unidade de atenção especializada. **Métodos:** Estudo transversal, com mulheres em atendimento por mastologista. O estado nutricional foi classificado por meio do índice de massa corporal. Foram utilizados modelos de regressão logística multinomial brutos e ajustados, com estimativa de razões de chance (RC) e intervalos de confiança de 95% (IC95%). A eutrofia foi considerada como categoria de referência. **Resultados:** Participaram da pesquisa 182 mulheres com média de idade de 51 anos, no intervalo 18 a 80 anos. A prevalência de sobrepeso foi de 34,1% (IC95% 27,1-41,0) e de obesidade 31,8%(IC95% 25,0-38,7). Na análise bruta apresentaram mais chances de sobrepeso: às mulheres com 60 anos ou mais (RC 2,69 IC95% 1,00-7,28), com três ou mais gestações (RC 3,25 IC95% 1,15-9,19) e menopausadas (RC 2,13 IC95% 1,03-4,38). Estas associações deixaram de ser significativas após análise ajustada. Apresentaram maiores chances de estarem obesas as mulheres: com 60 anos ou mais, que exerciam atividade remunerada, que tiveram menarca antes dos 13 anos, e com três ou mais gestações. Após análise ajustada, permaneceram associadas à maior chance de obesidade a menarca antes dos 13 anos (RC4,40 IC95% 1,76-10,99) e três ou mais gestações (RC 8,50 IC95% 2,14-33,70). **Conclusão:** Verificou-se elevada prevalência de sobrepeso e obesidade entre as participantes, associada às características reprodutivas.

Palavras chave: Mulheres, Obesidade, Sobrepeso, Menarca, Menopausa, Estudos Transversais

ABSTRACT

Objective: To estimate the prevalence of overweight and obesity and to investigate its association with demographic, socioeconomic, reproductive and health behaviors related among women users of specialized care units. **Methods:** Cross-sectional study with women in care by a mastologist. Nutritional status was classified by body mass index. Gross and adjusted multinomial logistic regression models were used, with estimation of odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (95% CI). Eutrophy was considered as a reference category. **Results:** 182 women with a mean age of 51 years, ranging from 18 to 80 years, participated in the study. The prevalence of overweight was 34.1% (CI95% 27.1-41.0) and obesity was 31.8% (CI95% 25.0-38.7). In the crude analysis, they were more likely to be overweight: women aged 60 years or older (OR 2.69 CI 95% 1.00-7.28), with three or more pregnancies (OR 3.25 CI 95% 1.15-9, 19) and menopause (OR 2.13 95% CI 1.03-4.38). These associations were no longer significant after adjusted analysis. They were more likely to be obese than women: 60 years of age or older, who were gainfully employed, who had menarche before age 13, and with three or more pregnancies. After adjusted analysis, they remained associated with a greater chance of menarche obesity before 13 years (OR 4.40 CI 95% 1.76-10.99) and three or more pregnancies (OR 8.50 CI 95% 2.14-33.70). **Conclusion:** There was a high prevalence of overweight and obesity among the participants, associated with reproductive characteristics.

Keywords: Women, Obesity, Overweight, Menarche, Menopause, Cross-Sectional Studies.

1.INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o sobrepeso e a obesidade como o acúmulo anormal ou excessivo de tecido adiposo que pode ocasionar a prejuízos para a saúde (WHO, 1998).

No Brasil, nas últimas três décadas, as prevalências de sobrepeso e obesidade triplicaram para os homens e duplicaram para as mulheres. O Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF), em 1974 e 1975, estimou para as mulheres uma prevalência de sobrepeso de 36,6% e obesidade de 11,5%. Posteriormente a Pesquisa de Orçamentos Familiares com dados de 2008-2009 encontrou uma prevalência de 51,6% de sobrepeso e 19,6% de obesidade (IBGE, 2010a). Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) encontrou entre as mulheres uma prevalência de 33,8% de sobrepeso, e 24,4% de obesidade (IBGE, 2015).

O sobrepeso e a obesidade são os principais fatores de risco evitáveis para o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Ao analisar as principais causas de mortes no mundo entre os anos de 2010 e 2016, a OMS, encontrou que 6 das 10 principais causas eram oriundas de agravos das DCNT. São elas: as doenças cardíacas isquêmicas, os acidentes vasculares cerebrais, as doenças pulmonares obstrutivas crônicas, a doença de Alzheimer e outras demências, e câncer de pulmão, traqueia e brônquios (WHO, 2018).

Para as mulheres o excesso de peso é um importante fator de risco para o câncer de mama (KAMIŃSKA et al., 2015). O câncer de mama por sua vez é o mais frequente entre as mulheres de todo o mundo e é a maior causa de morte por câncer em países subdesenvolvidos (INCA, 2015).

Em 2016, com dados obtidos por meio de inquérito telefônico o Ministério da Saúde estimou uma prevalência de sobrepeso de 50,5% (IC95% 49,4 - 51,7) e de obesidade de 19,6% (IC95% 18,7 - 20,5) para mulheres com 18 ou mais anos no Brasil (BRASIL, 2017). Em Curitiba, as mulheres apresentaram prevalência de sobrepeso de 49,0% (IC 95%44,7 - 53,3) e 16,5%(IC 95% 13,4 - 19,6) de obesidade. Estudo realizado em Curitiba em 2006 com 1069 idosas, encontrou 43,5% de sobrepeso, 34,0% de obesidade e apenas 22,5% de eutrofia entre as participantes (BUZZACHERA et al., 2008).

Considerando o sobrepeso e a obesidade como condições preveníveis e sabendo-se das suas consequências na vida dos indivíduos, e das mulheres, além

dos custos com saúde, este estudo teve como objetivo estimar a prevalência de sobrepeso e obesidade e investigar sua associação com variáveis demográficas, socioeconômicas, antecedentes obstétricos, reprodutivos e comportamentos de vida entre mulheres usuárias de unidade de atenção especializada.

2.METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal realizado com mulheres com 18 anos ou mais de idade, que estavam em acompanhamento com médico mastologista em uma unidade de atenção especializada do Sistema Único de Saúde de Curitiba, no Paraná. A coleta de dados aconteceu entre abril e julho de 2016.

Curitiba é a capital do estado do Paraná, localizada na região sul do Brasil. Em 2010, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município apresentou o índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,749 e índice de Gini de 0,54 (IBGE, 2010b).

A unidade de saúde na qual foi realizada a coleta de dados, era especializada em saúde da mulher e da criança, localiza-se na região central do município. A unidade de saúde contava com dois médicos mastologistas que realizavam atendimentos no período matutino, e com uma média mensal de 220 consultas no ano de 2015.

Considerando a prevalência do desfecho de 50% (para maximizar o tamanho amostral), com nível de confiança de 95% e margem de erro de 5 pontos percentuais, chegou-se a um número amostral mínimo de 141 mulheres. Para controlar os fatores de confusão, adicionou-se 15%, assim desejando uma amostra de 162 participantes. As estimativas para pesquisa de associação da amostra foram calculadas a partir da amostra mínima prevista (n=141). Para eventuais perdas e recusas foi adicionado 20% ao tamanho amostral, totalizando 194 mulheres a serem convidadas para participar da pesquisa. Para realização dos cálculos foi utilizado o software *Open Epi* versão 3.0 (DEAN; SULLIVAN; SOE, 2009)

Foi adotado como critério de exclusão a mulher estar gestante. As mulheres que compareceram a consulta com médico mastologista na Unidade de Saúde foram convidadas, até esgotar o número amostral previsto para a pesquisa.

Dentre as variáveis demográficas investigou-se faixa etária (em anos, até 39, 40-59 e 60 ou mais) e situação conjugal (com companheiro: casada ou união estável;

sem companheiro: solteira, separada ou viúva). As variáveis socioeconômicas investigadas foram: escolaridade (anos de estudo 0 - 4, 5 - 8, 9 - 11 e 12 ou mais) e trabalho remunerado (sim, não). As variáveis reprodutivas avaliadas foram: idade da menarca (em anos, \leq 13, 14 ou mais), número de gestações (zero, um, dois, três ou mais), menopausa (sim, não) e terapia de reposição hormonal (sim, não). Dentre os comportamentos relacionados à saúde foram investigados: fumo (sim, não, ex-fumante), consumo de álcool (sim, não) e exercício físico no lazer (não, 1-2 vezes semana, 3 ou mais vezes na semana).

O peso e a altura foram aferidos no momento da entrevista por equipe treinada, com balança mecânica calibrada com estadiômetro acoplado (marca Marte®). O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado dividindo o peso corporal (kg) pela altura (metros) elevada ao quadrado, dado pela fórmula $IMC = \text{peso atual (kg)} / \text{altura (m)}^2$. As participantes foram classificadas como: baixo peso ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$), eutróficas ($IMC \geq 18,5$ a $24,9 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($25,0$ a $29,9 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), pontos de cortes preconizado pela OMS (WHO, 1995). Para as análises, os casos de baixo peso foram agrupados àqueles de eutrofia devido ao número reduzido de observações ($n=2$).

As informações relativas ao diagnóstico médico foram extraídas dos prontuários eletrônicos e classificadas a partir da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10 (WHO, 1996), agrupadas posteriormente em neoplasias benignas, neoplasias malignas e outras doenças da mama.

Para análise descritiva das variáveis categóricas foi utilizado o cálculo das frequências absolutas (n) e relativas (%). Razões de chance (RC) brutas e ajustadas e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram calculados por meio da regressão logística multinomial, e teste de Wald para cálculo dos valores de p . A eutrofia foi considerada a categoria de referência nas análises. A ordem de entrada das variáveis no modelo seguiu modelo hierárquico, sendo inicialmente inseridas variáveis demográficas, seguidas das socioeconômicas, reprodutivas e posteriormente os comportamentos relacionados à saúde. As variáveis com valor de p até 0,25 na análise bruta foram inseridas nas análises ajustadas, e foram consideradas estatisticamente significativas quando valor de $p < 0,05$. As análises foram realizadas no programa Stata 12.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal do Paraná (UFPR) com parecer número 1.145.647, parecer de viabilidade emitido pela a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba em 15 de julho de 2015 e foi conduzida conforme padrões éticos exigidos, após a aprovação do projeto. As mulheres foram convidadas a participar da pesquisa por meio de convite oral no qual eram explicitados os objetivos da pesquisa. Participaram da pesquisa as mulheres que assinaram o Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.RESULTADOS

Foram convidadas 322 mulheres consideradas elegíveis para a pesquisa, 182 mulheres responderam ao questionário e 140 (43,5%) não aceitaram participar. A média de idade das mulheres que participaram do estudo foi de 51 anos (IC 95% 49,06-52,94) e não diferiu daquelas que recusaram (50,4 anos IC 95% 48,01-52,88). O principal motivo atribuído às recusas foi a falta de tempo (79,3%).

Observou-se que a metade das mulheres (50,0%) possuíam de 40 e 59 anos de idade, e a maioria possuía companheiro (56,9%), não tinha trabalho remunerado (51,0%), teve a menarca com 13 anos ou menos (60,7%), estava na menopausa (54,4%), não fumava (74,2%), 85,2% não consumia álcool (85,2%) e não realizava exercício físico no lazer (56,1%). Além disso, 39,6% das mulheres possuíam entre 9 e 11 anos de estudos, 46,0% tiveram três ou mais gestações e 15,6% fizeram terapia de reposição hormonal (TABELA 1). Foram diagnosticadas 82,1% das mulheres com doenças benignas da mama, 13,1% com outras displasias mamárias benignas e 4,8% com neoplasia maligna da mama não especificado.

As participantes foram classificadas quanto ao estado nutricional, segundo o IMC, e 34,1% apresentaram sobrepeso e 31,8% obesidade, ou seja, 65,9% das mulheres entrevistadas apresentavam excesso de peso. Dentre as participantes apenas duas (1,1%) apresentaram baixo peso e foram agrupadas com as eutróficas para as análises.

TABELA 1 - Distribuição das características demográficas, socioeconômicas, reprodutivas e comportamentos relacionados à saúde em mulheres atendidas por mastologistas. Curitiba-PR.

<i>Variáveis</i>	N (%)
Demográfica	
<i>Faixa Etária</i>	
Até 39	39 (21,4)
40-59	91 (50,0)
≥60	52 (28,6)
<i>Situação conjugal</i>	
Possui companheiro	103 (56,9)
Não possui companheiro	78 (43,1)
Socioeconômica	
<i>Anos de estudo</i>	
0 – 4	45 (24,7)
5 – 8	33 (18,1)
9 – 11	72 (39,6)
≥ 12	32(17,6)
<i>Atividade Remunerada</i>	
Não	94 (51,6)
Sim	88(48,4)
Reprodutivas	
<i>Idade Menarca</i>	
0-13	108 (60,7)
≥ 14	70 (39,3)
<i>Número de gestações</i>	
Zero	30 (16,5)
1	30 (16,5)
2	38 (21,0)
≥3	84 (46,0)
<i>Menopausa</i>	
Não	82 (45,6)
Sim	98 (54,4)
<i>Terapia de Reposição Hormonal</i>	
Não	152 (84,4)
Sim	28 (15,6)
Comportamentos relacionados a saúde	
<i>Fumo</i>	
Não	135 (74,2)
Sim	31 (17,0)
<i>Ex- fumante</i>	31 (8,8)
<i>Álcool</i>	
Não	155 (85,2)
Sim	27 (14,8)
<i>Exercício Físico</i>	
Não	102 (56,1)
Sim (1-2 vezes na semana)	47 (25,8)
Sim (3 ou mais vezes na semana)	33 (18,1)

Legenda: Número de informações ignoradas por variável: Situação Conjugal n= 1; Idade Menarca n=4; Menopausa n=2; Terapia de Reposição Hormonal n= 2.

Na análise bruta observou-se que as chances das participantes estarem com sobrepeso foi maior entre aquelas com 60 anos ou mais (RC 2,69 IC95% 1,00-7,28), com três ou mais gestações (RC 3,25 IC95% 1,15-9,19) e menopausadas (RC 2,13 IC95% 1,03-4,38). As mulheres com 12 ou mais anos de estudo apresentaram menor chance de ter sobrepeso (RC 0,24 IC95% 0,74-0,75). Após análise ajustada para as variáveis demográficas (faixa etária e estado civil) a escolaridade perdeu significância (TABELA 3).

Apresentaram mais chances de estarem obesas (TABELA 2), nas análises brutas, as mulheres com 60 ou mais anos de idade (RC 7,00 IC95% 2,09-23,47), àquelas que não realizavam atividade remunerada (RC 1,18 IC95% 0,34-5,09) as mulheres que tiveram a menarca com 13 anos ou menos (RC 3,30 IC95% 1,49-7,32), 3 ou mais gestações (RC 8,20 IC95% 2,60-25,80) e as menopausadas (RC 3,43 IC 95% 1,60-7,31). As mulheres com 9 a 11 anos de estudo, apresentaram menores chances de serem obesas (RC 0,29 IC95% 0,10- 0,79). Após análise ajustada para variáveis demográficas e socioeconômicas (TABELA 3) observou-se que apresentam mais chances de estarem obesas as mulheres que tiveram a menarca com 13 anos ou menos (RC 4,40 IC95% 1,76-10,99), e três ou mais filhos (RC 8,50 IC95% 2,14-33,70).

TABELA 2 – Regressão logística multinomial bivariada das condições associadas ao sobrepeso e à obesidade utilizando a eutrofia como categoria de referência, em mulheres atendidas por mastologista. Curitiba, PR

Variáveis	Estado Nutricional Segundo IMC			p-valor ⁽¹⁾	Sobrepeso		Obesidade				
	Eutrofia (A)	Sobrepeso (B)	Obesidade (C)		RC (IC 95%)	p-valor ⁽²⁾	RC (IC 95%)	p-valor ⁽²⁾			
N=62 % N=62 % N=58 % (C/A)											
Demográfica											
<i>Faixa Etária (em anos)</i>											
até 39	21	53,9	13	33,3	5	12,8	0,014	1,00	1,00	1,00	0,002
40-59	29	31,9	29	31,9	33	36,2		1,62	0,68-3,83	4,78	1,59-14,29
≥ 60	12	23,0	20	38,5	20	38,5		2,69	1,00-7,28	7,00	2,09-23,47
<i>Situação Conjugal</i>											
Possui companheiro	32	31,1	39	37,8	32	31,1		1,54	0,75-3,16	1,38	0,66-2,86
Não possui companheiro	29	37,2	23	29,5	26	33,3		1,00	1,00	1,00	1,00
Socioeconômica											
<i>Anos de estudo</i>											
0 – 4	9	20,0	38	37,8	19	42,2	0,007	1,00	1,00	1,00	1,00
5 – 8	6	18,2	36	36,4	15	45,4		1,06	0,30-3,77	1,18	0,34-4,07
9 – 11	29	40,3	35	34,7	18	25,0		0,46	0,17-1,20	0,29	0,10-0,79
≥ 12	18	56,2	25	25,0	6	18,8		0,24	0,74-0,75	0,16	0,47-0,53
<i>Atividade Remunerada</i>											
Não	37	42,1	31	35,2	20	22,7	0,021	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	25	26,6	31	32,9	38	40,5		1,48	0,73-3,01	1,18	1,34-5,09
Reprodutivas											
<i>Idade Menarca (em anos)</i>											
0-13	31	28,7	34	31,5	43	39,8	0,009	1,30	0,64-2,66	3,30	1,49-7,32
≥ 14	31	44,3	26	37,1	13	18,6		1,00	1,00	1,00	1,00

TABELA 3- Modelo final da regressão logística multinomial bivariada das condições associadas ao sobrepeso e à obesidade utilizando a eutrofia como categoria de referência, em mulheres atendidas por mastrologista. Curitiba, PR

Variáveis	Sobrepeso ⁽²⁾			Obesidade ⁽²⁾		
	RC ⁽¹⁾	IC 95%	p-valor ⁽³⁾	RC ⁽¹⁾	IC 95%	p-valor ⁽³⁾
Demográfica						
<i>Faixa Etária (em anos)</i>			0,222			0,281
até 39	1,00 ^a			1,00 ^a		
40-59	0,60 ^a	0,26-1,45		2,93 ^a	0,93-9,23	
≥ 60	0,32 ^a	0,11-0,88		2,49 ^a	0,74-8,34	
<i>Situação Conjugal</i>			0,167			0,465
Possui companheiro	1,69 ^a	0,80-3,53		1,35 ^a	0,64-2,82	
Não possui companheiro	1,00 ^a			1,00 ^a		
Socioeconômica						
<i>Anos de estudo</i>			0,048			0,816
0 – 4	1,00 ^b			1,00 ^b		
5 – 8	0,91 ^b	0,25-3,32		1,27 ^b	0,45-3,55	
9 – 11	1,66 ^b	0,55-5,00		0,84 ^b	0,30-2,33	
≥ 12	3,39 ^b	0,91-12,61		0,96 ^b	0,24-3,83	
<i>Atividade Remunerada</i>			0,818			0,182
Não	1,00 ^b			1,00 ^b		
Sim	0,91 ^b	0,42-1,99		1,70 ^b	0,78-3,73	
Reprodutivas						
<i>Idade Menarca (em anos)</i>			0,039			0,001
0-13	1,57 ^c	0,73-3,38		4,40 ^c	1,76-10,99	
≥ 14	1,00 ^c			1,00 ^c		
<i>Número de gestações</i>			0,154			0,003
Zero	1,00 ^c			1,00 ^c		
1	1,64 ^c	0,45-5,88		5,44 ^c	1,10-24,99	
2	2,25 ^c	0,69-7,28		0,88 ^c	0,15-5,10	
≥3	2,43 ^c	0,77-7,74		8,50 ^c	2,14-33,70	
Comportamentos relacionados à saúde						
<i>Fumo</i>			0,986			0,377
Não	2,46 ^d	0,81-7,49		2,13 ^d	0,64-7,09	
Sim	1,00 ^d			1,00 ^d		
Ex-fumante	0,66 ^d	0,19-2,29		0,26 ^d	0,05-1,42	

Legenda: RC= Razão de Chances. IC95%= Intervalo de Confiança de 95%

⁽¹⁾ RC calculado por meio de regressão logística multinomial bivariada. ⁽²⁾ Categoria de referência: Eutrofia. ⁽³⁾ Calculado por meio do Teste de Wald. Número de informações ignoradas por variável: Situação Conjugal n= 1; Idade Menarca n=4; Menopausa n=2; Terapia de Reposição Hormonal n= 2. a: ajustado pelas variáveis demográficas (faixa etária e situação conjugal); b: ajustado pelas variáveis demográficas (faixa etária e situação conjugal) e socioeconômicas (anos de estudo e atividade remunerada); c: ajustado pelas variáveis ajustado pelas variáveis demográficas (faixa etária e situação conjugal) e socioeconômicas (anos de estudo e atividade remunerada); reprodutivas (idade menarca e número de gestações); d: ajustado pelas variáveis ajustado pelas variáveis demográficas (faixa etária e situação conjugal) e socioeconômicas (anos de estudo e atividade remunerada); reprodutivas (idade menarca e número de gestações); comportamentos relacionados à saúde (fumo).

Os valores de p em negrito foram estatisticamente significativos (p<0,05)

4 DISCUSSÃO

As prevalências de sobrepeso e obesidade encontradas neste estudo foram elevadas. A prevalência de participantes com sobrepeso (34,1% IC95% 27,1-41,0) foi semelhante a encontrada por Correia et al. na região semiárida do Ceará (32,6%) em 2007, em São Leopoldo no ano de 2003 (31,7%). A prevalência de obesidade encontrada neste estudo foi elevada (31,8% IC95% 25,0-38,7) comparados com estudos de Correia et al. (16,1%) e Teichmann et al. (18,0%) em uma cidade no sul do país.

Ao comparar com dados obtidos nesta pesquisa com os resultados de Buzzachera et al. com idosas em Curitiba em 2006, os valores de sobrepeso e obesidade foram inferiores (43,5% e 34,0% respectivamente). Somando os valores de prevalências de sobrepeso e obesidade (65,9,0%), e comparando com as prevalências de excesso de peso encontradas no estudo conduzido em Pernambuco em 2013 (60,9%) (PINHEIRO et al., 2016) e Florianópolis (56,8%) em 2009-2010 os valores foram superiores (CONFORTIN et al., 2016).

Os fatores associados ao sobrepeso e à obesidade foram similares entre as mulheres avaliadas na análise não ajustada (≥ 60 anos, ≥ 3 gestações e menopausa) e a maior escolaridade (acima de nove anos de estudo) apareceu como fator de proteção. Na análise ajustada, nenhuma variável (idade, número de gestações e a menopausa) apresentou associação significativa e a maior escolaridade deixou de ser fator de proteção para sobrepeso e obesidade. O número amostral de mulheres com sobrepeso ($n=62$) pode ter sido insuficiente para as análises ajustadas. Ademais ressalta-se que a etiologia do sobrepeso e obesidade é complexo e multifatorial (ABESO, 2009) e é o resultado da interação de genes, ambiental, estilo de vida e fatores emocionais. e as variáveis investigadas não contemplaram todas as dimensões envolvidas.

Apresentaram maiores chances de estarem obesas as mulheres que tiveram a menarca antes dos 13 anos. Estudos sugerem maiores chances de obesidade na ocorrência da menarca antes dos 13 anos de idade (CORREIA et al., 2011; CONFORTIN et al., 2016). Um estudo no sul do Brasil com 981 mulheres encontrou a menarca após os 13 anos como efeito protetor para obesidade. Teichmann et al. sugeriram que as mulheres que tiveram a menarca com 14 ou mais anos apresentam

menor prevalência de obesidade, quando comparadas àquelas que tiveram menarca com 8 a 11 anos (RP 0,46 IC95% 0,31-0,65) (TEICHAMANN et al., 2006).

A menarca é o marco tardio do desenvolvimento puberal e sua ocorrência está sujeita a fatores nutricionais e ao padrão de crescimento na infância (KAC, COELHO, VELASQUEZ-MELENDZ, 2000; VITALE et al., 2003). Pode ser considerada como um marcador de desenvolvimento social a qual sofre influência de variáveis ambientais, especialmente as condições de vida e acesso aos serviços de saúde (KAC, COELHO, VELASQUEZ-MELENDZ, 2000).

Os achados de Kac, Coelho e Velasquez-Melendez (2000) acerca da tendência secular sobre a menarca e a associação encontrada nesta e em outras pesquisas é preocupante uma vez que a cada década passada reduzirá a idade média da menarca, e um número maior de mulheres poderá estar exposta a este fator de risco a obesidade. Um estudo entre os anos de 2009 e 2010 com dados retrospectivos, conduzido em Granada com 524 pacientes diagnosticadas com câncer de mama, encontrou associação entre a idade da menarca, estado nutricional e câncer de mama. Das participantes 81,1% eram obesas e 8,41% tiveram a menarca entre 9 e 11 anos. As mulheres que tiveram a menarca entre 9 e 11 anos de idade apresentaram associação com obesidade e a obesidade por sua vez esteve associada com câncer de mama (AGUILAR-CORDERO et al., 2011).

Neste estudo as mulheres que tiveram três ou mais filhos apresentaram maiores chances de obesidade. A gestação é um período no qual a mulher está exposta a mais chances de ganho de peso (GAILLARD et al., 2013) e de retenção de peso no pós-parto, com efeito acumulativo quando o tempo entre o parto e o início da nova gestação é reduzido (POLLEY; WING; SIMS, 2002). Similarmente, um estudo de base populacional em São Leopoldo, encontrou que mulheres que tiveram 3 ou 4 filhos apresentavam prevalência 3,00 vezes maior de obesidade (IC95% 1,68-5,36) e as que possuíam 5 ou mais filhos apresentavam uma prevalência de 5,30 vezes maior (2,83-9,87) de obesidade (TEICHAMANN et al., 2006).

Uma revisão de literatura de Kac et al. (2001) sugeriram que a gordura corporal acumulada durante a gestação não seria perdida entre uma gestação e outra, o que acarreta em acúmulo de peso progressivo à medida que aumenta o número de filhos. Esta pesquisa trouxe informações importantes acerca da sobrepeso e obesidade entre mulheres adultas que estavam em acompanhamento em unidade especializada de saúde de uma capital na região sul do país.

Dentre as limitações do presente estudo podem ser destacados seu delineamento transversal que não permite inferir relações de causa e efeito. O uso do IMC, apresenta importantes limitações para classificação do estado nutricional. O IMC não permite diferenciar os componentes da composição corporal entre massa gorda e massa livre de gordura. As pessoas brevelíneas e/ou com elevada porcentagem de massa muscular podem apresentar um IMC inadequado e serem classificados como obesos.

Outros fatores não investigados no presente estudo podem influenciar o sobrepeso e a obesidade, pois é um problema de saúde complexo e multidimensional. Adicionalmente, a amostra pode não ter sido suficiente para detectar associações significativas entre algumas variáveis investigadas, especialmente àquelas de menor magnitude de associação.

O excesso de peso é multifatorial e envolve outros aspectos relacionados ao acesso de alimentos, estilo de vida, características genéticas e ambientais, sendo assim, pesquisas futuras podem investigar em profundidade aspectos relativos ao excesso de peso entre mulheres adultas e idosas e seus determinantes bem como suas consequências.

5 CONCLUSÃO

A prevalência de sobrepeso e obesidade entre as mulheres mostrou-se elevada, com mais da metade das participantes com excesso de peso. As mulheres que apresentaram maiores chances de estarem obesas segundo IMC foram as que tiveram a menarca antes dos 13 anos e três ou mais gestações.

A identificação das mulheres mais vulneráveis a obesidade é necessária para que as repercussões negativas sejam evitadas. Estratégias de prevenção e tratamento da obesidade devem ser priorizadas na atenção à saúde da mulher, visando à melhoria da saúde global dessas mulheres e a redução com gasto de dinheiro público no tratamento das doenças crônicas não transmissíveis causadas e/ou agravadas pela obesidade.

É importante ressaltar que a obesidade por ser uma doença multifatorial necessita de atenção nutricional mulher para que não haja acúmulo excessivo de gordura entre as gestações, acesso a alimentos nutricionalmente adequados e custo

acessível, juntamente com políticas que não incentivem o consumo de alimentos considerados não saudáveis.

REFERÊNCIAS

AGUILAR CORDERO, M. et al. Obesidad y su implicación en el cáncer de mama. **Nutrición Hospitalaria**, v. 26, n. 4, p. 899-903, 2011.

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. - 3.ed. - Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 160p

BUZZACHERA, CF. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade geral e central em mulheres idosas da cidade de Curitiba, Paraná. **Revista de Nutrição**. Curitiba, v. 21, n. 5, p.525-533, 2008.

CONFORTIN, SC. et al. Fatores associados ao estado nutricional em idosos participantes do estudo "Epifloripa Idoso". **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, c.11; p. 1333-1350, nov. 2016.

CORREIA, LL. et al. Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, p. 133-145, jan. 2011.

DEAN AG, SULLIVAN KM, SOE MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health. **From the Schools of Public Health**. Atlanta, vol.124, n. 3, pág. 471-474, 2009.

GAILLARD, R. et al. Risk factors and outcomes of maternal obesity and excessive weight gain during pregnancy. **Obesity**, v. 21, n. 5, p. 1046-1055, 2013.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010a.

_____ - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**. IBGE. 2010b.

_____ - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde**: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro; 2015.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER [internet]. Rio de Janeiro: 2015. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>. Acesso em: 12/07/2018.

KAC, G.; COELHO ASC COELHO, M.; VELASQUEZ-MELENDZ, G. Secular trend in age at menarche for women born between 1920 and 1979 in Rio de Janeiro, Brazil. **Annals of Human Biology**, v. 27, n. 4, p. 423-428, 2000

KAC G. Fatores determinantes da retenção de peso no pós-parto: uma revisão da literatura. **Cad Saúde Pública**, 17:453-66, 2001

KAMIŃSKA, M. et al. Breast cancer risk factors. **Przegląd menopauzalny Menopause review**, v. 14, n. 3, p. 196, 2015.

PINHEIRO, MM. et al. Prevalência do excesso de peso e fatores associados em mulheres em idade reprodutiva no Nordeste do Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 29, n. 5, p. 679-689, 2016.

POLLEY, BA.; WING, R.R.; SIMS, C.J. Randomized controlled trial to prevent excessive weight gain in pregnant women. **International journal of obesity**, v. 26, n. 11, p. 1494, 2002.

TEICHMANN, L. et al. Fatores de risco associados ao sobrepeso e a obesidade em mulheres de São Leopoldo, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, p. 360-373, 2006.

VITALLE, M.S.S. et al. Índice de massa corporal, desenvolvimento puberal e sua relação com a menarca. **Rev Assoc Med Bras**, v. 49, n. 4, p. 429-33, 2003.

WHO. World Health Organization EXPERT COMMITTEE. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: WHO, 1995.

____ World Health Organization. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão**. 3ª edição. São Paulo: EDUSP; 1996.

____ World Health Organization. Division of Noncommunicable Diseases. Programme of Nutrition Family and Reproductive Health. **Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity**. Geneva: WHO; 1998.

____. World Health Organization. **Estimativas Globais de Saúde 2016: Mortes por Causa, Idade, Sexo, por País e por Região**, 2000-2016. Genebra; 2018.