

Excesso de peso e fatores associados entre adultos de uma comunidade rural do Pantanal Sul-mato-grossense

Excess weight and associated factors among adults in a rural community in the South-mato-grossense Pantanal

Leticia Rosa de M. Borges¹

Orcid: 0000-0002-3903-7711

Ana Paula De Assis Sales²

Orcid: 0000-0002-1327-5383

Carla Maiara L. Cardozo³

Orcid: /0000-0003-0674-971X

Caroline Camila Moreira⁴

Orcid: 0000-0002-9189-901X

Patrícia Vieira Del Ré⁵

Orcid: 0000-0003-3622-8886

Priscila Milene A. Sanches

Orcid: h0000-0001-7315-0921

Deise Bresan⁶

Orcid: 0000-0003-3984-5919

Resumo

INTRODUÇÃO: O excesso de peso atinge mais da metade da população adulta brasileira, e alguns grupos populacionais, podem ser ainda mais afetados. **OBJETIVOS:** Descrever a prevalência de excesso de peso entre adultos de uma comunidade rural pantaneira, e identificar os fatores associados. **MÉTODOS:** Estudo transversal, realizado com pacientes atendidos no ambulatório da Base de Estudos do Pantanal da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, localizado na área rural de Corumbá, Mato Grosso do Sul. Foram coletadas variáveis sociodemográficas, antropométricas, clínicas e de consumo alimentar. Considerou-se como desfecho o excesso de peso (índice de massa corporal ≥ 25 Kg/m²), e para análises estatísticas utilizou-se regressão de Poisson. **RESULTADOS:** Participaram do estudo 70 pacientes, com idade média de 38,6 \pm 13,1 anos, 57,9% estudaram formalmente por até 8 anos e 57,1% eram mulheres. A prevalência de excesso de peso foi de 79,7%, sendo maior no sexo feminino ($p=0,03$). A obesidade atingiu 55,1% dos avaliados. Os indivíduos com circunferência da cintura elevada, apresentaram prevalência de excesso de peso 4,56 vezes maior quando comparados àqueles com circunferência da cintura dentro dos padrões normais (97,7% versus 21,4%; $p<0,01$). O excesso de peso foi maior nos indivíduos que tinham como motivo para o atendimento nutricional a perda de peso quando comparados àqueles que buscaram o atendimento para reeducação alimentar (95,8% versus 66,7%; $p=0,02$). **CONCLUSÕES:** Os dados ressaltam a importância da efetiva execução das políticas públicas de saúde voltadas para as populações do campo e da floresta, visando reduzir as desigualdades presentes e promover melhorias na qualidade de vida.

Palavras-chave: obesidade. saúde da população rural. serviços de saúde rural.

Abstract

INTRODUCTION: Excess weight affects more than half of the Brazilian adult population, and some population groups may be even more affected. **OBJECTIVES:** To describe the prevalence of overweight among adults in a rural community in Pantanal, and to identify associated factors. **METHODS:** A cross-sectional study, carried out with patients treated at the outpatient clinic of the Pantanal Study Base of the Federal University of Mato Grosso do Sul,

¹ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: leticiamoraesborges@hotmail.com

² Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: ana.sales@ufms.br

³ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: nutricularllopes@gmail.com

⁴ Universidade Federal da Grande Dourados. Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: carolinecmoreira_@hotmail.com

⁵ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: patricia.vieira@ufms.br

⁶ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: deise.bresan@ufms.br

located in the rural area of Corumbá, Mato Grosso do Sul. Sociodemographic, anthropometric, clinical and food consumption variables were collected. Excess weight (body mass index ≥ 25 kg/m²) was considered as an outcome, and analyzes were performed using Poisson regression. RESULTS: Seventy patients participated in the study, with a mean age of 38.6 \pm 13.1 years, 57.9% had formally studied for up to 8 years and 57.1% were female. The prevalence of overweight was 79.7%, being higher in females ($p=0.03$). Obesity reached 55.1% of those evaluated. Individuals with high waist circumference presented a prevalence of overweight 4.56 times higher when compared to those with waist circumference within normal standards (97.7% versus 21.4%; $p<0.01$). Excess weight was higher among individuals who had weight loss as the reason for nutritional care when compared to those who sought care for food reeducation (95.8% versus 66.7%; $p=0.02$). CONCLUSIONS: The data underscore the importance of effectively implementing public health policies aimed at rural and forest populations, with a view to reducing present inequalities and promoting improvements in the quality of life.

Keywords: obesity. rural health. rural health services.

Introdução

Análises temporais têm mostrado aumento do excesso de peso entre a população brasileira em décadas recentes^{1,2}. Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) mostraram que em 2019, 60,0% dos homens e 63,3% das mulheres foram diagnosticados com excesso de peso³. No que se refere à obesidade, a prevalência foi de 22,8% e 30,2% nos homens e nas mulheres, respectivamente³.

A obesidade é um agravo multifatorial, que envolve fatores socioeconômicos, genéticos, ambientais e de forma direta questões relacionadas à dieta e aos níveis de atividade física, resultando em um balanço energético positivo crônico⁴. O acúmulo excessivo de gordura corporal é um fator preditivo para o desenvolvimento de diversas doenças como a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemias, síndrome metabólica e alguns tipos de cânceres, favorecendo a morbimortalidade^{5,6}.

Embora já bastante elevada entre a população brasileira, alguns grupos podem ser ainda mais afetados pelo excesso de peso que outros. As desigualdades socioeconômicas, demográficas e até geográficas enfrentadas por algumas populações no Brasil, afetam as condições de saúde, se refletindo em desigual acesso aos serviços de saúde e em diferenças na distribuição dos agravos, nas taxas de

mortalidade ou mesmo na expectativa de vida das pessoas⁵.

Entre os fatores que mais contribuem para a desigualdade na distribuição do excesso de peso no Brasil, estão a renda, demografia, escolaridade e estilos de vida. Nas regiões mais desenvolvidas do país (Sul, Sudeste e Centro-Oeste) o excesso de peso é mais concentrado entre as mulheres mais pobres. Já para os homens, as maiores frequências do agravo estão entre aqueles mais ricos⁷. Estudo que avaliou diferenças entre o meio rural e urbano, registrou maior prevalência de obesidade abdominal entre mulheres da região Centro-Oeste que viviam em área rural⁸.

Para indivíduos que vivem no meio rural, o acesso aos serviços de saúde tem sido menor quando comparado ao acesso daqueles que residem em áreas urbanas⁹. Populações do campo e da floresta, que normalmente apresentam menor renda e escolaridade, enfrentam desigualdades no acesso a serviços de saúde e saneamento básico, o que pode refletir negativamente em suas condições de saúde e nutrição⁹. A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), criada em 2011, tem como objetivo atender especificamente as necessidades e melhorar os indicadores de saúde desse segmento, no entanto, na prática, diversos grupos populacionais seguem sem acesso a serviços de saúde de forma contínua em seus territórios, como é

o caso de algumas comunidades rurais do pantanal sul-mato-grossense.

A realização de estudos que avaliem os perfis de saúde e nutrição dessas populações com vistas a realização de intervenções e redução das iniquidades existentes são imprescindíveis. Sendo assim, este trabalho tem como objetivo descrever a prevalência de excesso de peso entre adultos atendidos no ambulatório da Base de Estudos do Pantanal, localizada em uma comunidade rural pantaneira no estado de Mato Grosso do Sul, e identificar os fatores associados.

Materiais e Métodos

Amostra e tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, realizado com todos os pacientes adultos (18 anos ou mais) de uma comunidade rural pantaneira, atendidos pelo curso de Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), em um ambulatório, nos anos de 2015 a 2019. Como foram incluídos todos os pacientes atendidos, não se realizou cálculo amostral. Os atendimentos fazem parte de um projeto de extensão universitária, o qual é desenvolvido no ambulatório da Base de Estudos do Pantanal.

A Base de Estudos do Pantanal pertence a UFMS e está localizada na comunidade rural pantaneira Passo do Lontra, município de Corumbá, Mato Grosso do Sul. A comunidade Passo do Lontra situa-se as margens do rio Miranda¹⁰, encontra-se a 130 Km de Corumbá e 319 Km da capital do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, sendo Miranda a cidade mais próxima, a 113 Km de distância. A Base de Estudos do Pantanal funciona como uma estrutura de apoio para desenvolvimento de projetos de pesquisa, ensino e extensão no pantanal sul-mato-grossense. Possui uma estrutura construída de 1.371,63m², com alojamentos, cozinha, refeitório, sala de reuniões, anfiteatro, laboratórios, ambulatório, entre outros¹¹.

Desde o início dos anos 2000, alguns cursos da área da saúde da UFMS através de seus docentes e acadêmicos, levam atendimento à saúde para comunidades pantaneiras, por meio de projetos de extensão, no ambulatório da Base de Estudos do Pantanal. Além dos moradores da comunidade Passo do Lontra também buscam atendimento pessoas que residem em comunidades próximas, como Porto da Manga, Buraco das Piranhas e Abobral. Os atendimentos ocorrem em um final de semana por mês, normalmente entre os meses de março a novembro, e atualmente são realizados pelos cursos de Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição e Odontologia. O curso de Nutrição iniciou os atendimentos no ano de 2015, e desde então, fornece atendimento nutricional individualizado à comunidade.

A região do Passo do Lontra e comunidades circunvizinhas são conhecidas pelo ecoturismo, que contribui com os trabalhos existentes, ligados ao rio e às atividades hoteleiras, além de serviços em fazendas de pecuária. As condições socioeconômicas dos moradores em geral, são desfavoráveis e as comunidades não contam com infraestrutura adequada de saneamento básico. A água, em muitos casos é bombeada do rio e tratada apenas com cloro. Sem sistema de esgoto adequado, em muitos casos os dejetos são lançados no rio¹².

Não há nas comunidades equipamentos sociais importantes como escolas e unidades de saúde. Com exceção da assistência à saúde oferecida pela ação de extensão da UFMS, que é esporádica e restrita a alguns serviços ligados à atenção básica à saúde, os moradores dependem do deslocamento até os municípios mais próximos para receberem atendimento integral à saúde¹³. Com relação à educação, na comunidade Passo do Lontra, a UFMS, em parceria com o município de Corumbá, disponibiliza a estrutura física para que possam ocorrer aulas do 1º ao 9º ano através de classes multisseriadas¹⁴. Em outra comunidade, Porto da Manga, a única

escola existente também funciona de forma multisseriada, em duas salas alugadas pela prefeitura de Corumbá em um hotel local¹².

Delineamento da pesquisa

As variáveis foram coletadas dos prontuários de todos os pacientes adultos (18 anos ou mais) atendidos pelo curso de Nutrição no ambulatório da Base de Estudos do Pantanal, nos anos de 2015 a 2019, tratando-se de dados secundários.

Crítérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos todos os pacientes adultos (18 anos ou mais) atendidos no ambulatório da Base de Estudos do Pantanal durante os anos de 2015 a 2019. Foram excluídas as gestantes.

Procedimentos

As variáveis sociodemográficas coletadas foram sexo (masculino; feminino), idade em anos (18 – 35; 36 – 50; >50), escolaridade em anos (0 – 8; >8), situação conjugal (com companheiro ou sem companheiro), condição de moradia (sozinho; com a família) e número de moradores no domicílio (1 – 3; >3).

Foram coletadas informações sobre o motivo do atendimento (redução alimentar; perda de peso; alguma doença/sintoma). Também foram coletadas informações sobre hábito de fumar (sim; não), de ingerir bebidas alcoólicas (sim; não) e a prática de atividade física (sim; não).

As variáveis antropométricas coletadas foram a circunferência da cintura, peso corporal e estatura. Para obtenção das variáveis antropométricas, nos atendimentos sempre se seguia o protocolo descrito por Lohman, Roche e Martorel¹⁵. Por se tratar de um ambulatório e os dados utilizados se referirem a um período de cinco anos de atendimentos, as medidas antropométricas foram realizadas por diversos avaliadores, podendo haver erro inter-pessoal nas medidas. No entanto, todos os avaliadores eram treinados antes da realização das medidas por um indivíduo

considerado padrão-ouro, na tentativa de minimizar o referido erro. A circunferência da cintura foi aferida com fita métrica Cescorf (Brasil), flexível e inextensível, com precisão de 0,1 cm. O peso corporal foi aferido em balança eletrônica Marte Científica (São Paulo, Brasil), portátil, do tipo plataforma, com capacidade para 200 kg e precisão de 50 g. A estatura foi aferida através de antropômetro portátil desmontável Altuxata (Belo Horizonte, Brasil), com precisão de 0,1 cm, com indivíduos descalços, com o mínimo de roupas e sem enfeites ou boné e similares na cabeça, na posição ortostática.

A circunferência da cintura foi classificada como elevada quando ≥ 94 cm para homens e ≥ 80 cm para mulheres¹⁶. A partir do peso corporal e estatura foi obtido o Índice de Massa Corporal (IMC), classificado segundo a Organização Mundial da Saúde em desnutrição (IMC $< 18,5$ Kg/m²), eutrofia (IMC $\geq 18,5$ a 24,9 Kg/m²), sobrepeso (IMC $\geq 25,0$ a 29,9 Kg/m²) e obesidade (IMC $\geq 30,0$ Kg/m²)¹⁷. A variável excesso de peso foi construída a partir da junção das categorias sobrepeso e obesidade.

A variável clínica coletada foi a presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS), sendo autorreferida pelos pacientes - diagnóstico médico e/ou uso contínuo de medicação anti-hipertensiva - durante os atendimentos.

As variáveis dietéticas se referem ao número de refeições realizadas por dia (1 – 3; >3) e a frequência do consumo semanal de frutas, hortaliças, doces e refrigerantes (todos os dias; às vezes/nunca) e frituras (às vezes/nunca; 1 – 2 vezes por semana; 3 – 7 vezes por semana). As variáveis relativas ao consumo de alimentos foram obtidas por meio de um Questionário de Frequência Alimentar presente no prontuário.

Análise dos dados

Os dados foram tabulados no software Microsoft Excel 2013. Foi realizada dupla digitação dos dados e a

validação executada pelo software EpiData 3.1 (EpiData Assoc., Odense, Dinamarca). A análise dos dados foi realizada no STATA 16.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). A análise descritiva dos dados foi realizada por meio de frequência relativa. Nas análises bivariadas considerou-se como desfecho o excesso de peso e utilizou-se regressão de Poisson com variância robusta, calculando-se as razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), sendo consideradas variáveis com significância estatística aquelas que apresentaram valor de $p < 0,05$, estimado pelo teste de Wald.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, por meio do parecer n° 4.003.826, de 03/05/2020.

Resultados

Foram analisados 70 prontuários de pacientes que passaram pelo atendimento nutricional ambulatorial. Do total, 57,1%

eram mulheres, 48,6% tinham de 18 a 35 anos, 65,7% estudaram no máximo oito anos de estudo formal, 58,6% viviam com companheiro e 69,6% residiam em domicílios com até três moradores. O principal motivo para a procura do atendimento nutricional foi a perda de peso (42,1%). O hábito de fumar atingiu 11,4% dos indivíduos avaliados, 30,0% relataram fazer uso de bebidas alcoólicas e 64,3% não praticavam atividade física (Tabela 1).

A medida da circunferência da cintura estava elevada para 75,4% dos pacientes e 24,2% eram hipertensos. O hábito de realizar de uma a três refeições diárias foi registrado para 72,1% dos indivíduos. Com relação a frequência do consumo de alimentos, 65,1% relataram consumir frutas às vezes ou nunca, 48,5% consumiam hortaliças às vezes ou nunca, 38,5% consumiam alimentos fritos de três a sete vezes por semana, 33,8% consumiam doces todos os dias e 24,6% ingeriam refrigerantes diariamente. Segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) 55,1% dos indivíduos estavam obesos e 24,6% tinham sobrepeso (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas, antropométricas, clínicas e de consumo alimentar segundo o sexo. Passo do Lontra, Corumbá, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2015-2019.

Variáveis	Mulheres (n=40)		Homens (n=30)		Geral (n=70)	
	n*	%	n*	%	n*	%
Idade, anos						
18 – 35	22	55,0	12	40,0	34	48,6
36 – 50	11	27,5	7	23,3	18	25,7
> 50	7	17,5	11	36,7	18	25,7
Escolaridade, anos						
0 – 8	22	57,9	22	75,9	44	65,7
> 8	16	42,1	7	24,1	23	34,3
Situação conjugal						
Com companheiro (a)	27	67,5	14	46,7	41	58,6
Sem companheiro (a)	13	32,5	16	53,3	29	41,4
Condição de moradia						
Mora sozinho (a)	5	12,5	12	40,0	17	24,3
Mora com a família	35	87,5	18	60,0	53	75,7
Número de moradores no domicílio						
1 – 3	25	64,1	23	76,7	48	69,6
> 3	14	35,9	7	23,3	21	30,4
Motivo do atendimento						

Reeducação alimentar	9	26,5	12	52,2	21	36,8
Perda de peso	17	50,0	7	30,4	24	42,1
Alguma doença/sintoma	8	23,5	4	17,4	12	21,1
Fumo						
Sim	4	10,0	4	13,3	8	11,4
Não	36	90,0	26	86,7	62	88,6
Álcool						
Sim	8	20,0	13	43,3	21	30,0
Não	32	80,0	17	56,7	49	70,0
Prática de atividade física						
Sim	15	37,5	10	33,3	25	35,7
Não	25	62,5	20	66,7	45	64,3
Circunferência da cintura						
Normal	3	10,7	11	37,9	14	24,6
Elevada	25	89,3	18	62,1	43	75,4
Hipertensão arterial sistêmica						
Não	28	82,3	19	67,9	47	75,8
Sim	6	17,7	9	32,1	15	24,2
Número de refeições/dia						
1 – 3	26	68,4	23	76,7	49	72,1
> 3	12	31,6	7	23,3	19	27,9
Consumo de frutas						
Todos os dias	16	43,2	7	24,1	23	34,9
Às vezes/nunca	21	56,8	22	75,9	43	65,1
Consumo de hortaliças						
Todos os dias	23	62,2	11	37,9	34	51,5
Às vezes/nunca	14	37,8	18	62,1	32	48,5
Consumo de frituras						
Às vezes/nunca	19	51,4	11	39,3	30	46,1
1 – 2 vezes/semana	7	18,9	3	10,7	10	15,4
3 – 7 vezes/semana	11	29,7	14	50,0	25	38,5
Consumo de doce						
Às vezes/nunca	22	59,5	21	75,0	43	66,2
Todos os dias	15	40,5	7	25,0	22	33,8
Consumo de refrigerante						
Às vezes/nunca	28	75,7	21	75,0	49	75,4
Todos os dias	9	24,3	7	25,0	16	24,6
Índice de massa corporal						
Eutrofia	4	10,3	10	33,3	14	20,3
Sobrepeso	11	28,2	6	20,0	17	24,6
Obesidade	24	61,5	14	46,7	38	55,1

* n máximo para cada categoria, o qual pode ser diferente entre as variáveis devido a dados ausentes.

Nas análises bivariadas, o excesso de peso foi mais frequente entre as mulheres (89,7% versus 66,7%, $p=0,035$). A prevalência de excesso de peso foi 1,44 vezes (IC95%=1,05-1,98; $p=0,025$) maior entre os indivíduos que tinham como motivo de atendimento a perda de peso quando comparados àqueles que tinham como motivo principal a reeducação

alimentar. Os pacientes com circunferência da cintura elevada, apresentaram prevalência de excesso de peso 4,56 vezes (IC95%=1,66-12,55; $p=0,003$) maior quando comparados aos que não tinham a medida elevada. As demais variáveis não se associaram significativamente ao desfecho (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança do excesso de peso segundo as variáveis independentes. Passo do Lontra, Corumbá, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2015-2019.

Variáveis	Excesso de Peso			Valor p
	n*	Prevalência	RP (IC95%)	
Idade, anos			0,806	
18 – 35	26	76,5	Ref (1)	
36 – 50	14	82,4	1,08 (0,805; 1,44)	0,617
> 50	15	83,3	1,09 (0,82; 1,44)	0,548
Escolaridade, anos			0,231	
0 – 8	36	83,7	Ref (1)	
> 8	16	69,6	0,83 (0,61; 1,13)	0,231
Sexo			0,035	
Feminino	35	89,7	Ref (1)	
Masculino	20	66,7	0,74 (0,56; 0,98)	0,035
Situação conjugal			0,230	
Com companheiro (a)	21	72,4	Ref (1)	
Sem companheiro (a)	34	85,0	1,17 (0,90; 1,53)	0,230
Condição de moradia			0,352	
Mora sozinho (a)	12	70,6	Ref (1)	
Mora com a família	43	82,7	1,17 (0,84; 1,64)	0,352
Número de moradores no domicílio			0,144	
1 – 3	40	85,1	Ref (1)	
> 3	14	66,7	0,78 (0,57; 1,09)	0,144
Motivo do atendimento			0,036	
Reeducação alimentar	14	66,7	Ref (1)	
Perda de peso	23	95,8	1,44 (1,05; 1,98)	0,025
Alguma doença/sintoma	9	75,0	1,13 (0,72; 1,76)	0,607
Fumo			0,480	
Sim	48	78,7	Ref (1)	
Não	7	87,5	1,11 (0,83; 1,49)	0,480
Álcool			0,864	
Sim	38	79,2	Ref (1)	
Não	17	81,0	1,02 (0,79; 1,32)	0,864
Prática de atividade física			0,582	
Sim	36	81,8	Ref (1)	
Não	19	76,0	0,93 (0,71; 1,21)	0,582
Circunferência da cintura			0,003	
Normal	3	21,4	Ref (1)	
Elevada	42	97,7	4,56 (1,66; 12,55)	0,003
Hipertensão arterial sistêmica			0,053	
Não	35	74,5	Ref (1)	
Sim	13	92,9	1,25 (1,00; 1,56)	0,053
Número de refeições/dia			0,451	
1 – 3	40	81,6	Ref (1)	
> 3	13	72,2	0,89 (0,64; 1,22)	0,451
Consumo de frutas			0,326	
Todos os dias	19	86,4	Ref (1)	
Às vezes/nunca	33	76,7	0,89 (0,70; 1,13)	0,326
Consumo de hortaliças			0,145	
Todos os dias	24	72,7	Ref (1)	
Às vezes/nunca	28	87,5	1,20 (0,94; 1,54)	0,145
Consumo de frituras			0,370	
Às vezes/nunca	21	72,4	Ref (1)	
1 – 2 vezes/semana	9	90,0	1,24 (0,91; 1,69)	0,166
3 – 7 vezes/semana	21	84,0	1,16 (0,87; 1,54)	0,307
Consumo de doce			0,304	
Às vezes/nunca	32	76,2	Ref (1)	
Todos os dias	19	86,4	1,13 (0,89; 1,44)	0,304
Consumo de refrigerante			0,056	
Às vezes/nunca	37	77,1	Ref (1)	
Todos os dias	15	93,8	1,22 (1,00; 1,49)	0,056

* n máximo para cada categoria, o qual pode ser diferente entre as variáveis devido a dados ausentes. IC95%: intervalo de confiança de 95%. RP: razão de prevalência.

Discussão

Os dados obtidos no presente estudo indicam que o excesso de peso consiste em relevante adversidade em saúde nos pacientes atendidos pelo curso de Nutrição no ambulatório da Base de Estudos do Pantanal, assim como na população brasileira em geral³. A prevalência de excesso de peso em adultos encontrada no presente estudo (79,7%) foi superior a apresentada na PNS em 2019 (61,7%)³. Além disso, houve maior frequência de obesidade no presente estudo quando comparado aos dados em nível nacional³.

Embora possa ser uma característica da população investigada, visto que boa parte dos moradores das comunidades da região do Passo do Lontra são atendidos no ambulatório e mesmo os que não são, compartilham de características socioeconômicas, ambientais e demográficas semelhantes, vale destacar que este estudo reflete dados de um grupo de indivíduos que buscou o atendimento nutricional, o que pode ter influenciado os resultados encontrados, justificando em partes a elevada prevalência de excesso de peso. Além disso, o principal motivo que levou os indivíduos ao atendimento nutricional foi a vontade de perder peso, e esses indivíduos foram os que apresentaram maior frequência de excesso de peso quando comparados àqueles que buscaram atendimento nutricional por outros motivos. Dessa forma, as especificidades dessa população precisam ser consideradas nas comparações com outros trabalhos.

Outros estudos que avaliaram o estado nutricional de populações residentes em zona rural observaram frequência de excesso de peso de 45,5% no Mato Grosso do Sul¹⁸ e 40,7% em comunidades rurais no Sergipe¹⁹. A frequência elevada de excesso de peso assume um papel significativo, na medida em que se constitui como importante fator de risco para doenças cardiovasculares, principal causa de mortalidade no mundo²⁰.

As informações da população adulta brasileira encontradas nas últimas décadas constataam que houve um crescimento alarmante do excesso de peso e da obesidade, esta última mais que duplicando o número de casos. Há tendência de crescimento do sobrepeso e da obesidade tanto nos homens como nas mulheres, com maior prevalência de sobrepeso no sexo masculino (37,2%) e obesidade no sexo feminino (30,2%)³. Apesar do excesso de peso entre os homens (60,0%) estar próximo da realidade encontrada em nosso estudo (66,7%), entre as mulheres a frequência de excesso de peso é maior (89,7%) quando comparada com os dados da PNS (63,3%)³. Esta realidade pode ser explicada pelo maior acúmulo de gordura corporal, em consequência de gestações, diferenças de composição corporal e alterações hormonais, características do sexo feminino^{5,21}.

No que se refere à escolaridade, houve maior frequência de indivíduos que declararam ter estudado até o ensino fundamental, completo ou incompleto, mostrando-se muito próximo aos dados de estudo anterior entre a mesma população, onde a maioria das pessoas informaram possuir apenas o ensino fundamental incompleto¹³. O isolamento geográfico das áreas rurais é uma condição que pode contribuir com uma maior dificuldade de acesso à educação²², interferindo, consequentemente, de maneira negativa nas oportunidades de desenvolvimento profissional e emprego, refletindo em uma menor renda familiar, fator que colabora com o aumento da vulnerabilidade destes indivíduos²³.

Em estudo com a mesma população, Costa et al.¹³ revelou que aproximadamente 70,0% dos indivíduos atendidos no ambulatório, possuíam renda familiar entre um e dois salários mínimos, fato que tem influência direta no acesso a necessidades básicas, como a alimentação e até mesmo no acesso aos serviços de saúde, uma vez que o atendimento no ambulatório da Base de

Estudos do Pantanal não é constante, e assim, os moradores das comunidades pantaneiras necessitam se deslocar até os centros urbanos mais próximos, e essa locomoção pode comprometer parte substancial da renda das famílias.

A possibilidade de determinantes socioeconômicos, como renda e escolaridade, estarem relacionados com a obesidade é evidente em vários estudos^{2,21}. Mesmo não havendo associação significativa entre nível de escolaridade e excesso de peso neste trabalho, a frequência de excesso de peso foi maior nos indivíduos com menor escolaridade. Existe uma tendência de as mulheres apresentarem maior propensão para a obesidade quando possuem menor nível de instrução, enquanto os homens com grau de escolaridade e nível socioeconômico mais elevado possuem maior prevalência de obesidade^{2,8}.

Outro ponto importante que merece destaque são as condições inseguras de moradia e a ausência de saneamento básico (água tratada, coleta, tratamento e disposição adequada dos esgotos) na comunidade, correspondendo com situações encontradas em outras comunidades de zona rural localizadas no pantanal^{24,12}. O despejo de dejetos das casas no rio da região e a utilização desta mesma fonte de água para consumo constitui um grave problema de saúde pública, visto que saúde e ambiente possuem uma relação de interdependência^{24,12}.

O excesso de peso entre os indivíduos avaliados no presente estudo foi maior entre os que apresentavam circunferência da cintura elevada. A alta prevalência de indivíduos com o acúmulo de gordura abdominal encontrada neste e em outros estudos evidencia a relevância deste problema na saúde, que tem alcançado números alarmantes em diversos países, tanto nas áreas urbanas como nas áreas rurais^{5,25,21}. O excesso de gordura abdominal é fator preditivo para doenças como a diabetes mellitus, dislipidemias e HAS, que favorecem a ocorrência de

eventos cardiovasculares e o aumento de complicações metabólicas^{5,26}.

Mesmo não identificando relação significativa entre o excesso de peso e a HAS, os indivíduos hipertensos apresentaram maior frequência de excesso de peso quando comparados aos não hipertensos. Estudo realizado no ambulatório da Base de Estudos do Pantanal, com pacientes hipertensos salientou que os sintomas da HAS interferem de maneira negativa na realização de atividades do cotidiano, comprometendo a renda familiar e tornando ainda mais complexo o controle da doença, impactando no bem-estar físico e psicológico dessas pessoas¹³. Luz et al.²⁷ apontaram que a HAS é um dos fatores de risco cardiovascular mais prevalentes nas populações rurais, evidenciando a importância de promover práticas de cuidado em saúde mais abrangentes.

Embora a frequência da prática de atividade física não tenha sido especificada em tempo e intensidade, através dos resultados obtidos foi possível observar que quase dois terços dos indivíduos não praticavam atividade física regularmente. O ambiente pode em certa medida influenciar nesses resultados; não há na comunidade infraestrutura para prática de atividade física. Analisando os dados de pesquisa anterior com a mesma população, observa-se que metade dos indivíduos tinham hábitos de vida sedentários, sendo a maioria do sexo masculino¹³. Estudo de Mielke et al.²⁸ registraram que 45,6% da população urbana brasileira e 48,3% da rural é inativa fisicamente.

Assim como os níveis de atividade física, os hábitos alimentares de uma população podem justificar em partes o excesso de peso²⁹. Por conseguinte, entender as características da dieta pode se constituir como uma ferramenta importante para a saúde pública²⁹. As particularidades do modo de vida das pessoas que moram na região do Passo do Lontra, podem impactar no tempo disponível para as refeições e até mesmo no número de refeições realizadas

por dia; muitos passam o dia todo fora de suas casas trabalhando no rio ou nas planícies alagadas do Pantanal¹³.

No presente estudo registrou-se baixo consumo diário de frutas e hortaliças. Hirschmann et al.³⁰ e Felisbino-Mendes et al.³¹, em estudos realizados com população rural no Rio Grande do Sul e em Minas Gerais, respectivamente, destacaram o consumo inadequado de verduras e legumes entre adultos, com maior prevalência de inadequação no sexo masculino, assim como registrado no presente estudo. Dados nacionais apontam que apenas 37,3% da população adulta brasileira consome pelo menos cinco porções diárias de frutas e/ou hortaliças, sendo maior a prevalência entre as mulheres. Na comparação entre o meio rural e urbano, a prevalência do consumo adequado de frutas e hortaliças foi menor entre os indivíduos que residiam no meio rural (31,2%)³².

Ressalta-se também que os fatores geográficos e socioeconômicos estão ligados a insegurança alimentar, visto que influenciam na disponibilidade e nas escolhas dos alimentos²⁹. A distância da comunidade Passo do Lontra das áreas urbanas, onde ocorre a grande parte do comércio de alimentos na região, é um fator limitante importante para a aquisição de frutas, hortaliças e outros alimentos perecíveis, assim como as dificuldades econômicas enfrentadas por essa população¹³, levando as famílias a manterem padrões alimentares monótonos e não saudáveis. Outra explicação está relacionada a fenômenos da natureza³¹, como as enchentes no pantanal, por exemplo, que dificultam o cultivo e a produção de verduras e legumes.

Adicionalmente ao baixo consumo de frutas e hortaliças chama atenção a frequência do consumo diário de refrigerantes, que atingiu 24,6% da população avaliada, e de doces, que ocorreu entre 33,8% dos participantes. Dados da PNS, registraram frequência do consumo regular de refrigerantes (cinco ou mais dias na semana) em 13,5% da população rural do

país. O consumo de doces (cinco ou mais dias na semana) atingiu 19,5% dessa mesma população³². O consumo excessivo de alimentos ultraprocessados e ricos em carboidratos simples, podem contribuir com o surgimento de DCNT^{33,34}.

Passos et al.³⁵ investigaram a relação entre a prevalência do excesso de peso e o preço dos alimentos ultraprocessados no Brasil, e os resultados mostraram uma associação inversa entre as variáveis, ou seja, para cada 1,00% de aumento no preço dos alimentos ultraprocessados, houve uma redução média de 0,33% na prevalência de sobrepeso e de 0,59% na de obesidade, sobretudo na população de nível socioeconômico mais baixo, como a do presente estudo. Dessa forma, a tributação sobre esta classe de alimentos, juntamente com o desenvolvimento de políticas que fortaleçam a educação alimentar e nutricional, manifestam-se como possíveis recursos na prevenção e controle do excesso de peso no país³⁵.

As condições de vida explicam em grande parte o processo saúde/doença de uma população. O acesso a saúde é fundamental para a qualidade de vida, influenciando na morbimortalidade e na expectativa de vida, uma vez que existem diferenças significativas nas necessidades de cuidado em saúde entre a população urbana e a rural⁹.

As desigualdades na distribuição dos agravos relacionados à saúde, que afetam de forma negativa as populações no meio rural quando comparadas às populações das áreas urbanas, tem relação com fatores como: a menor renda no meio rural; os trabalhos rurais informais, que limitam o acesso à benefícios trabalhistas, como os planos de saúde; a menor disponibilidade de serviços de saúde na área rural; e a distância que esses serviços se encontram, as quais muitas vezes exigem longos deslocamentos. As diferenças entre o meio urbano e rural refletem, portanto, *“importantes fatores estruturais e a dificuldade do Estado cobrir todas as*

demandas nas áreas mais distantes do país”⁹.

Visando diminuir as desigualdades na saúde, foi instituída em 2011 a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, com o intuito de atender as necessidades, reconhecendo as particularidades, os determinantes do processo saúde/doença e melhorar a qualidade de saúde das populações do campo e da floresta³⁶. No entanto, embora exista essa política de saúde específica para as populações do campo e da floresta, a partir da experiência que a ação de extensão proporcionou, com a intensa interação com as comunidades pantaneiras, o que se observa são sérias dificuldades no acesso aos serviços de saúde, devido a não existência de serviços locais que prestem atendimento contínuo e pela longa distância que se localizam as unidades de saúde mais próximas.

A prevalência de excesso de peso encontrada neste estudo mostrou-se bastante elevada, sobretudo no sexo feminino, ficando acima dos resultados encontrados em outras pesquisas que avaliaram a frequência do excesso de peso tanto nas áreas urbanas como nas rurais. Os indivíduos com circunferência da cintura elevada apresentaram maior frequência de excesso de peso, assim como aqueles que tinham como motivação para o atendimento nutricional a perda de peso.

As condições socioeconômicas da população avaliada, as dificuldades do acesso aos serviços de saúde e a ausência de infraestrutura sanitária na região evidenciam o cenário de vulnerabilidade social e insegurança alimentar no qual esta comunidade está inserida, revelando ainda a fragilidade da cobertura de políticas públicas de saúde, como a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Assim, ressalta-se a importância da efetiva execução das políticas públicas já existentes visando reduzir as desigualdades presentes e promover melhorias na qualidade de vida desta população.

Conclusão

Referências

1. Silva LES, Oliveira MM, Stopa SR, Gouvea ECDP, Ferreira KRD, Santos RO, et al. Tendência temporal da prevalência do excesso de peso e obesidade na população adulta brasileira, segundo características sociodemográficas, 2006-2019. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021;30(1):e2020294.
<https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100008>
2. Ferreira APS, Szwarcwald CL, Damacena GN. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol (São Paulo)*. 2019;22:e190024.
<https://doi.org/10.1590/1980-549720190024>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde. Um em cada quatro adultos do país estava obeso em 2019; Atenção Primária foi bem avaliada. Agência IBGE Notícias, Estatísticas Sociais [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [citado 2021 fev 3]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29204-um-em-cada-quatro-adultos-do-pais-estava-obeso-em-2019>.
4. Chooi YC, Ding C, Magkos F. The epidemiology of obesity. *Metabolism*. 2019;92:6-10.
<https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.09.005>

5. Barroso TA, Martins LB, Alves R, Gonçalves ACS, Barroso SG, Rocha GS. Associação entre a obesidade central e a incidência de doenças e fatores de risco cardiovascular. *Int J Cardiovasc Sci*. 2017;30(5):416-24.
<https://doi.org/10.5935/2359-4802.20170073>
6. Santos FS, Dias MS, Mintem GC, Oliveira IO, Gigante DP. Processamento de alimentos e fatores de risco cardiometabólicos: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública (São Paulo)*. 2020;54(70).
<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001704>
7. Triaca LM, Santos AMA, Tejada CAO. Socioeconomic inequalities in obesity in Brazil. *Econ Hum Biol*. 2020;39:e100906.
<https://doi.org/10.1016/j.ehb.2020.100906>
8. Martins-Silva T, Vaz JS, Mola CL, Assunção MCF, Tovo-Rodrigues L. Prevalências de obesidade em zonas rurais e urbanas no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol (São Paulo)*. 2019;22:e190049.
<https://doi.org/10.1590/1980-549720190049>
9. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad Saúde Pública (Rio de Janeiro)*. 2018;34(6):e00213816.
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816>
10. Ribeiro MA. Trabalho e turismo no Pantanal/MS: olhares para a comunidade do Passo da Lontra. *Entre-Lugar (Dourados)*. 2018;9(18):150-68.
<https://doi.org/10.30612/el.v9i18.8889>
11. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Coordenadoria de Estudos do Pantanal. Base de Estudos do Pantanal [Internet]. Campo Grande: UFMS; 2021a [citado 2021 maio 18]. Disponível em: <https://propp.ufms.br/base-de-estudos-do-pantanal/>.
12. Oliveira MS, Le Bourlegat CA. Estrada-Parque Pantanal e comunidades locais na potencialização do turismo e do desenvolvimento sustentável. *RBecotur (São Paulo)*. 2019;12(5):702-17.
<https://doi.org/10.34024/rbecotur.2019.v12.6719>
13. Costa LA, Bresan D, Kawakame PMG, Sales APA. A hipertensão arterial sistêmica na perspectiva de uma comunidade ribeirinha: uma abordagem transcultural. *RICS (São Luís)*. 2017;3(esp.):13-30.
14. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Base de Estudos. Atividades [Internet]. Campo Grande: UFMS; 2021b [citado 2021 maio 18]. Disponível em: <https://propp.ufms.br/base-de-estudos-do-pantanal/atividades/>.
15. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. *Human Kinetics: Champaign*; 1988.
16. International Diabetes Federation (IDF). The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. Brussels: IDF; 2006 [citado 2020 out 30]. Disponível em: <https://www.idf.org/e-library/consensus-statements/60-idfconsensus-worldwide-definitionof-the-metabolic-syndrome.html>.
17. World Health Organization (WHO). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. WHO/NUT/NCD/98.1. Geneva: World Health Organization; 1997 [citado 2020 out 30]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63854>.
18. Fietz VR, Salay E, Watanabe EAMT. Condições socioeconômicas, demográficas e estado nutricional de adultos e idosos moradores em assentamento rural em Mato Grosso do Sul, MS. *Segur Aliment Nutr (Campinas)*. 2010;17(1):73-82.
<https://doi.org/10.20396/san.v17i1.8634801>

19. Mendes-Netto RS, Almeida JA, Oliveira JVC, Amorim LO, Silva DG, Santos AS. Excesso de peso, fatores socioeconômicos e dietéticos em assentamentos rurais. *Segur Aliment Nutr (Campinas)*. 2018;25(1):1-12.
<https://doi.org/10.20396/san.v25i1.8650000>
20. World Health Organization (WHO). WHO reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2019 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 2021 fev 3]. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>.
21. Pinho CPS, Diniz AS, Arruda IKG, Batista Filho M, Coelho PC, Sequeira LAS, et al. Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal em indivíduos na faixa etária de 25 a 59 anos do estado de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública (Rio de Janeiro)*. 2013;29(2):313-24.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200018>
22. Carvalho WL, Leite PS, Nascimento HP. O processo evolutivo do transporte escolar rural brasileiro no modo rodoviário. *Rev Eletrônica Eng Civ (Goiânia)*. 2017;13(1):118-27.
<https://doi.org/10.5216/reec.v13i1.42400>
23. Freitas IA, Rodrigues ILA, Silva IFS, Nogueira LMV. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. *Rev Cuid (Bucaramanga)*. 2018;9(2):2187-2200.
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.521>
24. Pignatti MG, Castro SP. A fragilidade/resistência da vida humana em comunidades rurais do Pantanal Mato-Grossense (MT, Brasil). *Ciêns Saúde Colet (Rio de Janeiro)*. 2010;15(supl. 2):3221-32.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000800027>
25. Martins-Silva T, Mola CL, Vaz JS, Tovo-Rodrigues L. Obesidade geral e abdominal em adultos residentes em zona rural no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública (São Paulo)*. 2018;52(supl. 1:7s).
<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000264>
26. Siqueira DGB, Souza RKT, Mesas AE, Santos HG, Bortoletto MSS. Diferenças entre sexos nos determinantes da obesidade abdominal em adultos de 40 anos ou mais: estudo de base populacional. *Rev Nutr (Campinas)*. 2015;28(5):485-96.
<https://doi.org/10.1590/1415-52732015000500003>
27. Luz TC, Cattafesta M, Petarli GB, Meneghetti JP, Zandonade E, Bezzerra OMPA, et al. Fatores de risco cardiovascular em uma população rural brasileira. *Ciêns Saúde Colet (Rio de Janeiro)*. 2020;25(10):3921-32.
<https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.36022018>
28. Mielke GI, Hallal PC, Rodrigues GBA, Szwarcwald CL, Santos FV, Malta DC. Prática de atividade física e hábito de assistir à televisão entre adultos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde (Brasília)*. 2015;24(2):277-86.
<https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200010>
29. Alves CE, Dal'Magro GP, Viacava KR, Dewes H. Food Acquisition in the Geography of Brazilian Obesity. *Front Public Health*. 2020;8(37).
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00037>
30. Hirschmann R, Bortolotto CC, Martins-Silva T, Machado AKF, Xavier MO, Fernandes MP, et al. Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em população rural de um município no sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol (São Paulo)*. 2020;23:e200066.
<https://doi.org/10.1590/1980-54972020006>

31. Felisbino-Mendes MS, Jansen AK, Gomes CS, Meléndez-Velásquez G. Avaliação dos fatores de risco cardiovasculares em uma população rural brasileira. *Cad Saúde Pública* (Rio de Janeiro).2014;30(6):1183-94.
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00103213>
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde, 2013: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014 [citado 2020 nov 19]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=291110&view=detalhes>.
33. Silva FM, Giatti L, Figueiredo RC, Molina MDCB, Cardoso LO, Duncan BB, et al. Consumption of ultra-processed food and obesity: cross sectional results from the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA- Brasil) cohort (2008-2010). *Public Health Nutr*. 2018;21(12):2271-79.
<https://doi.org/10.1017/S1368980018000861>
34. Bielemann RM, Motta JVS, Minten GC, Horta BL, Gigante DP. Consumo de alimentos ultraprocessados e impacto na dieta de adultos jovens. *Rev Saúde Pública* (São Paulo). 2015;49(28).
<https://doi.org/10.1590/S0034-8910.201504900557>
35. Passos CM, Maia EG, Levy RB, Martins APB, Claro RM. Association between the price of ultra-processed foods and obesity in Brazil. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* (Amsterdam). 2020;30(4):589-98.
<https://doi.org/10.1016/j.numecd.2019.12.011>
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2020 out 28]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pd.

Como citar este artigo:

Borges LRM, Sales APA, Cardozo CML, Moreira CC, Del Ré PV, Sanches PMA, Bresan D. Excesso de peso e fatores associados entre adultos de uma comunidade rural do Pantanal Sul-mato-grossense. *Rev. Aten. Saúde*. 2022; 20(71): 173-186.