

OBESIDADE EM ADULTOS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UM MUNICÍPIO DE
PEQUENO PORTE NO SUL DO BRASIL EM 2020

OBESITY IN ADULTS: EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF A SMALL TOWN IN
SOUTH OF BRAZIL, 2020.

Otávio Henrique Olivo¹, Davi Francisco Machado¹

Olivo OH, Machado DF

¹Curso de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense, Av. Universitária,
1105 - Bairro Universitário CEP: 88806-000 - Criciúma-SC

*Autor correspondente: Davi Francisco Machado, Curso de Medicina da Universidade
do Extremo Sul Catarinense, Av. Universitária, 1105 - Bairro Universitário CEP: 88806-
000 - Criciúma-SC. davi.fmachado@hotmail.com

Os pesquisadores agradecem a colaboração da população de Nova Veneza, cidade do
Estado de Santa Catarina, que foi solícita quanto a participação no estudo, assim como
também prestam agradecimentos à Secretaria de Saúde deste mesmo município.

O estudo não possui nenhum conflito de interesse, com financiamento realizado pelos
pesquisadores, sob aprovação do CEP em parecer 26647019.9.0000.0119.

OH Olivo trabalhou na concepção e delineamento do estudo, coleta e análise dos dados e
redação do artigo. DF Machado trabalhou no delineamento do estudo, redação e revisão
crítica do artigo.

Resumo

Introdução: A sociedade moderna registra um incremento dos níveis de obesidade, assim como de suas comorbidades associadas, como hipertensão e diabetes mellitus: condições que afetam diretamente a organização do sistema de saúde pública. O objetivo deste trabalho é avaliar a prevalência de obesidade e fatores associados nos habitantes do município de Nova Veneza, no estado de Santa Catarina, Brasil. **Métodos:** Foi realizado um estudo observacional descritivo, com coleta de dados primários e abordagem quantitativa com indivíduos entre 18 a 59 anos, de ambos os sexos (n=210). Os considerados obesos foram os indivíduos que apresentaram índice de massa corporal igual ou superior a 30 Kg/m². Questões nutricionais, comportamentais, socioeconômicas e hereditárias foram investigadas. **Resultados:** A prevalência de obesidade foi de 36,7%. A presença desta patologia foi associada positivamente à indivíduos que não praticam atividades físicas. Diagnóstico conhecido de hipertensão arterial sistêmica também apresentou associação positiva com a presença desta enfermidade. **Conclusão:** A prevalência de obesidade encontrada foi superior a outros estudos de base populacional realizados no país. A partir dos dados deste estudo é possível traçar estratégias para a abordagem desta afecção em municípios semelhantes.

Palavras chave: obesidade, prevalência, adultos, fatores de risco, epidemiologia, índice de massa corporal.

Abstract

Introduction: Modern society registers an increase in obesity levels, as well as its associated comorbidities, such as hypertension and diabetes mellitus: conditions that directly affect the organization of the public health system. The objective of this work is to evaluate the prevalence of obesity and associated factors in the inhabitants of the municipality of Nova Veneza, in the state of Santa Catarina, Brazil. **Methods:** A descriptive observational study was carried out, with primary data collection and quantitative approach with individuals between 18 and 59 years old, of both sexes (n=210). Those considered obese were individuals who had a body mass index equal to or greater than 30 kg / m². Nutritional, behavioral, socioeconomic and hereditary issues were investigated. **Results:** The prevalence of obesity was 36.7%. The presence of this pathology was positively associated with individuals who do not practice physical activities. Known diagnosis of systemic arterial hypertension also showed a positive association with the presence of this disease. **Conclusion:** The prevalence of obesity found was higher than other population-based studies carried out in the country. Based on the data from this study, it is possible to outline strategies for addressing this condition in similar counties.

Key words: obesity, prevalence, adults, risk factors, epidemiology, body mass index.

Introdução

A obesidade é reconhecida pela OMS como um relevante problema de saúde pública, estando associada a um grande número de patologias, como doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, distúrbios metabólicos, diversos tipos de câncer, afecções do aparelho digestivo, entre outras¹. A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a obesidade baseando-se no índice de massa corporal (IMC), o qual é definido através do cálculo do peso corporal em quilogramas, dividido pelo quadrado da altura em metros quadrados, e também pelo risco de mortalidade associada. Para definir obesidade, o IMC deve encontrar-se acima de 30kg/m². Ela pode ser definida como uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, sendo consequência do balanço energético positivo. Integra o grupo de doenças crônicas não transmissíveis, que se caracterizam por história natural prolongada, múltiplos fatores de risco e longo curso assintomático, em geral lento, prolongado e permanente. Há períodos de remissão e exacerbação, ocorrendo também lesões celulares irreversíveis e evolução para diferentes graus de incapacidade ou morte².

A obesidade é um problema de caráter pandêmico, multiétnico, ocorrendo em países de alta, média e baixa renda (principalmente em áreas urbanas)³. No Brasil, o sobrepeso e a obesidade vêm aumentando em todas as faixas etárias, em ambos os sexos e em todas as classes sociais, sendo a velocidade de crescimento mais expressiva na população com menor renda familiar⁴. Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde do Brasil revelou que 51% da população brasileira está acima do peso. Tratando-se da população masculina, 54% estão com sobrepeso, enquanto que na população feminina, o índice chega a 48%. O estudo também mostra que a obesidade cresceu no país, alcançando 17% da população³.

Na literatura existe um consenso de que a etiologia da obesidade é complexa, apresentando um caráter multifatorial. Envolve uma gama de fatores, incluindo os históricos, ecológicos, políticos, socioeconômicos, psicossociais, biológicos e culturais. Porém, em geral, os fatores mais estudados da obesidade são os biológicos, relacionados ao estilo de vida, especialmente no que diz a respeito ao binômio alimentação e atividade física. As análises se concentram nas questões relacionadas ao maior aporte energético da dieta e na redução da prática de atividade física com a incorporação do sedentarismo, o que configura o estilo de vida ocidental⁵.

Estimou-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) gasta anualmente cerca de R\$ 3,6 bilhões por ano com o tratamento de doenças associadas ao sobrepeso e obesidade nos anos de 2008 a 2010, segundo Bahia e colaboradores (2013). Devido a este alto custo e a todo o impacto causado na população, é importante que sejam criadas medidas de saúde pública eficientes para reduzir a prevalência desta comorbidade, melhorando a qualidade de vida e o orçamento do sistema de saúde. Para a adoção desta estratégia, é necessária uma atuação multi-interdisciplinar nos serviços de saúde, nos quais o processo saúde/doença possa ser observado através de um olhar integrado e sincronizado com os hábitos sócio-culturais das populações⁶.

A obesidade traz junto consigo uma série de implicações ao indivíduo e, conseqüentemente, à saúde pública. Por este motivo, é de suma importância o conhecimento dos fatores presentes em cada localidade que contribuem para desenvolvimento de um IMC elevado e suas comorbidades. Sabe-se que, em questões de custeio do sistema de saúde, o aspecto preventivo deve ser o foco das ações, pois tem um custo relativamente baixo quando comparado ao aspecto curativo. Através da observação populacional em seus hábitos dietéticos, sua rotina de exercícios físicos, e sua qualidade de vida, poderão ser elaboradas estratégias para prevenção de comorbidades relacionadas a obesidade, e, se estas já estiverem presentes, estimular a identificação precoce para o tratamento e elevação da qualidade de vida dos indivíduos. Portanto, o objetivo do presente estudo foi avaliar a prevalência de obesidade e fatores associados nos habitantes do município de Nova Veneza, no estado de Santa Catarina.

Métodos

O presente estudo se caracteriza como observacional descritivo, com coleta de dados primários e abordagem quantitativa, tendo sido realizado em toda a cidade de Nova Veneza, localizada no sul do estado de Santa Catarina (SC), após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense, sob parecer 26647019.9.0000.0119. Esta pesquisa teve como base um estudo de Sarturi JB e colaboradores na cidade de Santo Ângelo, no Rio Grande do Sul, com adaptações. A população estudada incluiu os habitantes com idade entre 18 e 59 anos com residência fixa no município no ano de 2020. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado utilizando-se a fórmula proposta por Medronho, em que, z (1,96) refere-se a estatística normal padronizada bilateral atrelada ao valor de α (0,05); P (0,166) é o valor de prevalência de Obesidade no município de Santo Ângelo – Rio Grande do Sul(RS)¹; ϵ (0,05) trata-se do erro amostral máximo tolerável; N (15166) trata-se da população de habitantes de Nova Veneza – SC (IBGE. 2019), a ser amostrada; e n refere-se ao tamanho mínimo da amostra, que resultou em 210 indivíduos. Foi realizado inquérito epidemiológico de base populacional, sendo visitadas, aleatoriamente, residências nos bairros Elisa, Bortolotto, Centro, Nossa Senhora de Lourdes, Jardim Florença e São Bento Alto e nos distritos de Caravaggio e São Bento Baixo.

Os participantes da pesquisa tiveram seu peso e altura aferidos com balança da marca WisoCare, modelo W920, com capacidade máxima de 200kg e graduação de 50g, e uma fita métrica inelástica. Para se obter uma padronização, foi utilizada sempre a mesma balança e fita métrica. Para coleta destas medidas antropométricas, foi solicitado aos participantes que retirassem os sapatos, adornos na cabeça e eventuais roupas pesadas que estivessem utilizando (como casacos). Também foi orientada a retirada de objetos em bolsos das vestimentas. A estatura em metros foi tomada no momento da inspiração, com o participante tocando a parte posterior de seu corpo na superfície vertical de uma parede plana, com linha de visão horizontal e braços soltos ao longo do tronco, com as palmas das mãos voltadas para as coxas. Para coleta do peso, a mesma posição do participante foi adotada, porém, não tocando uma parede.

Além destas informações, foi aplicado um questionário com 19 perguntas objetivas a serem lidas em voz alta pelo pesquisador. Dentre os tópicos abordados neste instrumento, foram colhidas informações sobre sexo, idade, cor, escolaridade, renda

familiar, realização de trabalho remunerado, situação conjugal, número de filhos, prática de exercícios físicos e sua intensidade, história de obesidade parental e presença de comorbidades como hipertensão arterial e diabetes mellitus. Consumo de álcool, óleo, açúcar e comidas da gastronomia típica italiana também foram questionados. Os participantes, além disso, foram indagados sobre tabagismo e número de refeições diárias. Todos os dados foram coletados por um dos pesquisadores deste trabalho.

Os dados coletados foram analisados com auxílio do software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. A variável quantitativa foi expressa por meio de média e desvio padrão pois seguiu distribuição Normal. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem.

Os testes estatísticos foram realizados com um nível de significância $\alpha = 0,05$ e, portanto, confiança de 95%. A distribuição dos dados quanto à normalidade foi avaliada por meio da aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov.

A investigação da existência de associação entre as variáveis qualitativas foi realizada por meio da aplicação dos testes Razão de Verossimilhança e Associação Linear por Linear, seguidos de análise de resíduo quando observada significância estatística.

Resultados

Participaram do estudo 210 indivíduos. Do total dos participantes, 41,9% eram do sexo masculino e 58,1% do sexo feminino, sendo a média de idade 37,9 anos. 65,7% da amostra foi composta por pessoas que se autorreferiram da cor branca. Os que se declararam não brancos somaram 19%, enquanto os declarados pardos tiveram um percentual de 15,2% da amostra. 61% da população pesquisada tinha uma renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos e 66,7% possuía trabalho remunerado no momento da pesquisa. Praticamente todos os indivíduos pesquisados frequentaram a escola (99,5%), sendo que destes, 49% esteve presente na instituição até o ensino médio. 71,9% dos indivíduos pesquisados possuíam companheiro (a) conjugal no momento do estudo. 29,5% da amostra relatou não possuir filhos, sendo que dos restantes, 25,7%, 25,2% e 19,5% relataram um, dois e três ou mais filhos, respectivamente. A prevalência de obesidade na população estudada foi de 36,7%. 30% estavam em condição de sobrepeso. Os que possuíam IMC abaixo de 25kg/m² representaram 33,5% da amostra. (Tabela 1).

Quando questionados sobre possuírem pais obesos, segundo perspectiva própria daqueles indivíduos pesquisados, 72,9% negaram. Quanto à presença de comorbidades comuns na população geral, apenas 13,3% e 4,8% da amostra relataram possuir hipertensão arterial e diabetes mellitus, respectivamente. O presente estudo também observou questões sobre os hábitos de vida relacionados com exercício físico, onde 42,4% da população estudada praticava algum tipo de atividade, sendo que destes, 60,7% considerou a intensidade da prática leve. Quanto ao consumo de drogas lícitas, 14,8% dos indivíduos faziam uso de tabaco e 34,3% de álcool. Sobre questões alimentares da amostra, 64,8% faziam de 3 a 6 refeições diárias. Ainda, 58,1% e 61% consumiam, respectivamente, mais de 1 lata de óleo e mais de 1,5kg de açúcar mensalmente. Quando questionados sobre a ingestão de alimentos da gastronomia típica italiana, 50% da amostra relatou fazê-la 3 vezes ou mais na semana. (Tabela 2).

A tabela 3 mostra que o presente estudo não demonstrou diferença significativa na prevalência de obesidade entre o sexo masculino e feminino (valor de $p=0,158$), assim como a cor, que também não representou influência (valor de $p=0,588$). Não se observou também uma prevalência de obesidade significativa de acordo com o grau de escolaridade da amostra (valor de $p=0,067$), assim como quando relacionada com a renda familiar

(valor de $p=0,692$) e questões como possuir trabalho remunerado, cônjuge e filhos (valores de $p=0,383$; $0,211$ e $0,142$, respectivamente).

Como mostra a Tabela 4, o número de refeições diárias não demonstrou significância estatística se relacionada com a presença de obesidade, sendo que, por exemplo, daqueles indivíduos classificados no grau 2 de obesidade, 57,1% faziam até 3 refeições, enquanto 42,9% faziam de 3 a 6 refeições em um dia (valor de $p=0,148$). O consumo de óleo e açúcar mensal e de comidas da gastronomia típica italiana semanalmente também não se mostraram estatisticamente significativos (valores de $p=0,245$, $0,119$ e $0,659$ respectivamente). Álcool e tabaco foram dois outros critérios que não tiveram significância, sendo que os valores de p encontrados foram de $0,364$ e $0,308$, respectivamente. Quanto a prática de exercícios físicos, o presente estudo trouxe dados significativos, onde dos indivíduos classificados no grau 3 de obesidade, 100% deles relataram não praticar qualquer tipo de exercício (valor de $p=0,027$).

Na tabela 5 é possível observar que este estudo não demonstrou relação entre possuir pais obesos e desenvolver obesidade, com um valor de $p=0,244$. Já quando estudadas as comorbidades da amostra, o estudo encontrou valores significativos, onde 95,7% dos indivíduos com peso normal não relataram possuir hipertensão arterial, assim como a maioria dos indivíduos com obesidade nível 3 (62,5%), que também relataram o mesmo (valor de $p=0,033$).

Discussão

De acordo com revisão de literatura realizada, o presente estudo é o primeiro que investigou a prevalência de obesidade no município de Nova Veneza, no Estado de Santa Catarina. A cidade possui o título de “Capital Nacional da Gastronomia Italiana”⁷, porém apesar desta denominação pertencer a este município, várias cidades do Sul do Brasil compartilham das mesmas características culturais, industriais e dimensionais, fazendo com que tenhamos base epidemiológica em populações semelhantes, contribuindo para realização de estratégias de combate à obesidade e suas complicações.

O IMC foi adotado para análise dos dados obtidos na pesquisa, padrão que vem sendo usado na maioria dos estudos, o que permite comparação entre populações distintas. O ponto de corte utilizado foi o indicado pela OMS para definição de obesidade, onde o IMC deve se encontrar acima de 30kg/m^2 ², sendo encontrada uma prevalência de obesidade de 36,7%, maior do que a média nacional em 2018, de 19,8%⁸. Comparando o resultado com outros estudos, temos que a prevalência de obesidade em Luzerna, município catarinense de pequeno porte, com uma população de aproximadamente 6 mil habitantes, é de 15,6%⁹, resultado menor que o encontrado no presente estudo. O mesmo acontece quando observamos dados do município de Santo Ângelo, no Rio Grande do Sul, que tem uma população de cerca de 80 mil habitantes, onde uma pesquisa semelhante encontrou uma prevalência de obesidade de 16,6%¹. Na cidade de Pelotas, também no Rio Grande do Sul, foi realizado um estudo em área rural, onde dos indivíduos pesquisados, 29,5% apresentaram obesidade¹⁰, resultado que mais se aproxima com a prevalência encontrada neste presente estudo. Isto nos permite estabelecer certa relação com a área rural, a qual predomina na cidade de Nova Veneza, e o desenvolvimento de obesidade na população.

Dentre outros fatores que podemos relacionar com o desenvolvimento da obesidade na população estudada está a prática de exercício físico, onde 100% dos indivíduos classificados com obesidade grau III (IMC acima de 40kg/m^2) não praticavam qualquer tipo de exercício. Não é possível estabelecer com firmeza a mesma relação nos demais níveis de obesidade (grau I = IMC entre 30 e $34,9\text{kg/m}^2$ e grau II = IMC entre 35 e $39,9\text{kg/m}^2$), assim como nos classificados em sobrepeso (IMC entre 25 e $29,9\text{kg/m}^2$), pois a quantidade de indivíduos que não praticavam exercícios físicos praticamente se iguala com os que realizavam algum tipo de atividade. A prevalência da prática de

exercícios físicos na população estudada é de 42,4%, o que parece semelhante à um estudo realizado em 2014 na cidade de Itajaí, no Estado de Santa Catarina, que mostrou que 30,14% dos homens e 39,01% das mulheres eram ativos fisicamente. Porém, o mesmo estudo trouxe uma prevalência de obesidade de 24,2% e 21,3% na população masculina e feminina, respectivamente¹¹, evidenciando um número menor do que neste presente estudo (36,7%).

Também é possível observar relação na presença de comorbidades que tem como fator de risco a obesidade¹². Os resultados do estudo mostram que 95,7% dos indivíduos com peso normal não possuíam diagnóstico conhecido de hipertensão arterial. Quando observada a prevalência nos classificados no grau III de obesidade, 37,5% dos indivíduos apresentaram diagnóstico conhecido. Este número não representou a maioria quando analisado este critério, porém é significativo, reforçando a relação entre obesidade e desenvolvimento de hipertensão arterial. A prevalência da comorbidade na população estudada é de 13,3%, semelhante ao número de 14,7% encontrado em estudo na cidade catarinense de Luzerna⁹.

Consumo de álcool e tabaco, considerados fatores de risco para desenvolvimento de obesidade², não foram significantes nesta pesquisa, tendo inclusive dados controversos, onde a maioria daqueles classificados obesos, em qualquer grau, não fumavam ou não faziam uso de bebidas alcoólicas, sendo que, por exemplo, dos indivíduos classificados no grau 3 de obesidade, 87,5% não faziam uso de bebidas alcoólicas, enquanto apenas 12,5% relatou o consumo. O maior consumo de açúcar, óleo de cozinha e alimentos da gastronomia típica italiana também não se mostraram significativos, mas nota-se que a maioria da população estudada consome maior quantidade dos alimentos citados acima, podendo contribuir, se associado com outros fatores, ao desenvolvimento da obesidade, já que a maioria dos indivíduos classificados em qualquer grau desta patologia relatou consumir mais que 1,5kg de açúcar e mais que 1 lata de óleo mensalmente, além de consumir alimentos típicos italianos por mais de 3 vezes na semana. Estes alimentos podem representar risco pelo aporte calórico elevado, onde 1 colher de chá de açúcar branco refinado (10g) representa 40kcal, 1 colher de sopa de óleo de soja (10g), 90kcal, e 1 prato de macarrão à carbonara (100g) possui em torno de 362kcal¹³.

A obesidade traz junto consigo uma série de implicações ao indivíduo e, conseqüentemente, à saúde pública. Sabe-se que, em questões de custeio do sistema de

saúde, o aspecto preventivo deve ser o foco das ações, pois tem um custo relativamente baixo quando comparado ao aspecto curativo. Através da observação populacional realizada neste estudo poderão ser elaboradas estratégias para prevenção de comorbidades relacionadas a obesidade, e, se estas já estiverem presentes, estimular a identificação precoce para o tratamento e elevação da qualidade de vida dos indivíduos, por exemplo, através do estímulo à prática de exercícios físicos, como o ciclismo e caminhada, as quais são atividades de fácil acesso à maioria da população geral, além de um acompanhamento mais próximo com sua unidade de Estratégia de Saúde da Família, com aferições sistematizadas de pressão arterial, para um diagnóstico precoce da hipertensão arterial sistêmica, prevenindo assim suas complicações.

Tabela 1. Características da população adulta (18 a 59 anos), de acordo com as variáveis do estudo. Nova Veneza (SC), 2020.

	Média ± Desvio Padrão, n (%) n = 210
Idade (anos)	37,90 ± 12,19
Sexo	
Feminino	122 (58,1)
Masculino	88 (41,9)
Índice de Massa Corporal	
Abaixo do peso	1 (0,5)
Peso normal	69 (32,9)
Excesso de peso	63 (30,0)
Obesidade I	55 (26,2)
Obesidade II	14 (6,7)
Obesidade III	8 (3,8)
Cor	
Branco	138 (65,7)
Não branco	40 (19,0)
Pardo	32 (15,2)
Escolaridade	
Não frequentou	1 (0,5)
Ensino fundamental	68 (32,4)
Ensino médio	103 (49,0)
Ensino superior	38 (18,1)
Renda familiar	
Até 1 salário mínimo	24 (11,4)
De 1 a 3 salários mínimos	128 (61,0)
De 3 a 5 salários mínimos	40 (19,0)
De 5 a 7 salários mínimos	13 (6,2)
7 ou mais salários mínimos	5 (2,4)
Trabalho Remunerado	140 (66,7)
Situação conjugal	
Com companheiro/a	151 (71,9)
Sem companheiro/a	59 (28,1)
Filhos	
Nenhum	62 (29,5)
Um	54 (25,7)
Dois	53 (25,2)
Três ou mais	41 (19,5)

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Tabela 2. Características da população adulta (18 a 59 anos), de acordo com as variáveis do estudo. Nova Veneza (SC), 2020.

	n (%)
<hr/>	
	n = 210
Prática de exercício físico	89 (42,4)
Intensidade do exercício (n = 89)	
Leve	54 (60,7)
Moderado	22 (24,7)
Intenso	13 (14,6)
Herança de Obesidade	
Não	153 (72,9)
Mãe	28 (13,3)
Pai	16 (7,6)
Ambos	13 (6,2)
Hipertensão Arterial	28 (13,3)
Diabetes Mellitus	10 (4,8)
Tabagismo	31 (14,8)
Álcool	72 (34,3)
Número de refeições diárias	
Até 3 refeições	66 (31,4)
De 3 a 6 refeições	136 (64,8)
Mais de 6 refeições	8 (3,8)
Consumo de óleo	
Até 1 lata	88 (41,9)
Mais de 1 lata	122 (58,1)
Consumo de açúcar	
Até 1,5 kg	82 (39,0)
Mais de 1,5 kg	128 (61,0)
Consumo de comidas da gastronomia típica italiana	
1 vez na semana	51 (24,3)
2 vezes na semana	54 (25,7)
3 vezes ou mais na semana	105 (50,0)

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Tabela 3. Prevalência de obesidade relacionada com características e fatores sociais da população estudada. Nova Veneza (SC), 2020.

	Classificação do IMC, n (%)						Valor-p
	Abaixo do peso n = 1	Peso normal n = 69	Excesso de peso n = 63	Obesidade I n = 55	Obesidade II n = 14	Obesidade III n = 8	
Sexo							
Feminino	1 (100,0)	40 (58,0)	30 (47,6)	36 (65,5)	11 (78,6)	4 (50,0)	0,158 [†]
Masculino	-	29 (42,0)	33 (52,4)	19 (34,5)	3 (21,4)	4 (50,0)	
Cor							
Branco	-	45 (65,2)	44 (69,8)	34 (61,8)	9 (64,3)	6 (75,0)	0,588 [†]
Pardo	-	9 (13,0)	10 (15,9)	10 (18,2)	3 (21,4)	-	
Não branco	1 (100,0)	15 (21,7)	9 (14,3)	11 (20,0)	2 (14,3)	2 (25,0)	
Escolaridade							
Não frequentou	-	-	-	1 (1,8)	-	-	0,067 [‡]
Ensino Fundamental	-	17 (24,6)	21 (33,3)	19 (34,5)	8 (57,1)	3 (37,5)	
Ensino Médio	1 (100,0)	39 (56,5)	30 (47,6)	24 (43,6)	5 (35,7)	4 (50,0)	
Ensino Superior	-	13 (18,8)	12 (19,0)	11 (20,0)	1 (7,1)	1 (12,5)	
Renda familiar							
Até 1 salário mínimo	-	8 (11,6)	5 (7,9)	7 (12,7)	3 (21,4)	1 (12,5)	0,692 [‡]
De 1 a 3 salários mínimos	1 (100,0)	41 (59,4)	41 (65,1)	32 (58,2)	10 (71,4)	3 (37,5)	
De 3 a 5 salários mínimos	-	18 (26,1)	12 (19,0)	6 (10,9)	-	4 (50,0)	
De 5 a 7 salários mínimos	-	2 (2,9)	3 (4,8)	7 (12,7)	1 (7,1)	-	
7 ou mais salários mínimos	-	-	2 (3,2)	3 (5,5)	-	-	
Trabalho Remunerado							
Sim	1 (100,0)	51 (73,9)	43 (68,3)	32 (58,2)	9 (64,3)	4 (50,0)	0,383 [†]
Não	-	18 (26,1)	20 (31,7)	23 (41,8)	5 (35,7)	4 (50,0)	
Situação conjugal							
Sem companheiro/a	-	25 (36,2)	11 (17,5)	16 (29,1)	5 (35,7)	2 (25,0)	0,211 [†]
Com companheiro/a	1 (100,0)	44 (63,8)	52 (82,5)	39 (70,9)	9 (64,3)	6 (75,0)	
Filhos							
Nenhum	1 (100,0)	30 (43,5)	13 (20,6)	13 (23,6)	3 (21,4)	2 (25,0)	0,143 [‡]
Um	-	13 (18,8)	20 (31,7)	13 (23,6)	5 (35,7)	3 (37,5)	
Dois	-	13 (18,8)	17 (27,0)	19 (34,5)	1 (7,1)	3 (37,5)	
Três ou mais	-	13 (18,8)	13 (20,6)	10 (18,2)	5 (35,7)	-	

IMC – Índice de Massa Corporal; [†]Valores obtidos após aplicação do teste Razão de Verossimilhança; [‡]Valores obtidos após aplicação do teste Associação Linear por Linear; Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Tabela 4. Prevalência de obesidade relacionada com fatores comportamentais. Nova Veneza (SC), 2020.

	Classificação do IMC, n (%)						Valor-p
	Abaixo do peso n = 1	Peso normal n = 69	Excesso de peso n = 63	Obesidade I n = 55	Obesidade II n = 14	Obesidade III n = 8	
Número de refeições diárias							
Até 3 refeições	-	22 (31,9)	16 (25,4)	18 (32,7)	8 (57,1)	2 (25,0)	0,148‡
De 3 a 6 refeições	1 (100,0)	42 (60,9)	45 (71,4)	36 (65,5)	6 (42,9)	6 (75,0)	
Mais de 6 refeições	-	5 (7,2)	2 (3,2)	1 (1,8)	-	-	
Consumo de óleo							
Até 1 lata	1 (100,0)	29 (42,0)	30 (47,6)	21 (38,2)	5 (35,7)	2 (25,0)	0,245‡
Mais de 1 lata	-	40 (58,0)	33 (52,4)	34 (61,8)	9 (64,3)	6 (75,0)	
Consumo de açúcar							
Até 1,5 kg	1 (100,0)	32 (46,4)	23 (36,5)	19 (34,5)	4 (28,6)	3 (37,5)	0,119‡
Mais de 1,5 kg	-	37 (53,6)	40 (63,5)	36 (65,5)	10 (71,4)	5 (62,5)	
Consumo de comidas italiana							
1 vez na semana	-	20 (29,0)	12 (19,0)	14 (25,5)	4 (28,6)	1 (12,5)	0,659‡
2 vezes na semana	-	18 (26,1)	17 (27,0)	12 (21,8)	4 (28,6)	3 (37,5)	
3 vezes ou mais na semana	1 (100,0)	31 (44,9)	34 (54,0)	29 (52,7)	6 (42,9)	4 (50,0)	
Tabagismo							
Sim	1 (100,0)	11 (15,9)	9 (14,3)	7 (12,7)	1 (7,1)	2 (25,0)	0,364†
Não	-	58 (84,1)	54 (85,7)	48 (87,3)	13 (92,9)	6 (75,0)	
Álcool							
Sim	1 (100,0)	23 (33,3)	26 (41,3)	17 (30,9)	4 (28,6)	1 (12,5)	0,308†
Não	-	46 (66,7)	37 (58,7)	38 (69,1)	10 (71,4)	7 (87,5)	
Prática de exercício físico							
Sim	1 (100,0)	33 (47,8)	28 (44,4)	20 (36,4)	7 (50,0)	-	0,027†
Não	-	36 (52,2)	35 (55,6)	35 (63,6)	7 (50,0)	8 (100,0) ^a	

IMC – Índice de Massa Corporal; ‡Valores obtidos após aplicação do teste Associação Linear por Linear; †Valores obtidos após aplicação do teste Razão de Verossimilhança; ^aValor estatisticamente significativo após análise de resíduo; Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Tabela 5. Prevalência de obesidade relacionada com fatores hereditários e comorbidades. Nova Veneza (SC), 2020.

	Classificação do IMC, n (%)						Valor-p
	Abaixo do peso n = 1	Peso normal n = 69	Excesso de peso n = 63	Obesidade I n = 55	Obesidade II n = 14	Obesidade III n = 8	
Herança de Obesidade							
Não	1 (100,0)	56 (81,2)	47 (74,6)	39 (70,9)	7 (50,0)	3 (37,5)	0,244 [†]
Pai	-	6 (8,7)	4 (6,3)	4 (7,3)	1 (7,1)	1 (12,5)	
Mãe	-	4 (5,8)	10 (15,9)	6 (10,9)	5 (35,7)	3 (37,5)	
Ambos	-	3 (4,3)	2 (3,2)	6 (10,9)	1 (7,1)	1 (12,5)	
Hipertensão Arterial							
Sim	-	3 (4,3)	8 (12,7)	11 (20,0)	3 (21,4)	3 (37,5) ^a	0,033 [†]
Não	1 (100,0)	66 (95,7) ^a	55 (87,3)	44 (80,0)	11 (78,6)	5 (62,5)	
Diabetes Mellitus							
Sim	-	1 (1,4)	2 (3,2)	5 (9,1)	1 (7,1)	1 (12,5)	0,361 [†]
Não	1 (100,0)	68 (98,6)	61 (96,8)	50 (90,9)	13 (92,9)	7 (87,5)	

IMC – Índice de Massa Corporal; [†]Valores obtidos após aplicação do teste Razão de Verossimilhança; ^aValores estatisticamente significativos após análise de resíduo; Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Referências

¹Sarturi JB; Neves J; Peres, KG. Obesidade em adultos: estudo de base populacional num município de pequeno porte no sul do Brasil em 2005. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 105-113, Jan. 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100016>

²Tavares, TB; Nunes, SM; Oliveira-Santos, M. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. *REVISTA MÉDICA DE MINAS GERAIS-RMMG*, v. 20, n. 3, 2010.

³Wannmacher, L. Obesidade como fator de risco para morbidade e mortalidade: evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas. *Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde*, v. 1, n. 7, p. 1-10, 2016.

⁴Dias, PC; Henriques, P; Anjos LA; Burlandy, L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00006016, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00006016> .

⁵Wanderley, EN; Ferreira, VA. Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 185-194, 2010.

⁶Pinheiro, ARO; Freitas, SFT; Corso, ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista de Nutrição de Campinas* , v. 17, n. 4, p. 523-533, Dez. 2004. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732004000400012> .

⁷Nova Veneza ganha título de Capital Nacional da Gastronomia Típica Italiana. Agência Senado [Internet]. 2018. [acessado em 31 dez. 2020] Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/audios/2018/06/nova-veneza-ganha-titulo-de-capital-nacional-da-gastronomia-tipica-italiana>.

⁸Brasileiros atingem maior índice de obesidade nos últimos treze anos. Ministério da Saúde [Internet]. 2019. [acessado em 31 dez. 2020] Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45612-brasileiros-atingem-maior-indice-de-obesidade-nos-ultimos-treze-anos> .

⁹Filho, JRN; Debastiani, D; Nunes, AD; Peres, KG. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 89, n. 5, p. 319-324, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007001700007> .

¹⁰Martins-Silva, T; Mola, CL; Vaz, JS; Tovo-Rodrigues, L. General and abdominal obesity in adults living in a rural area in Southern Brazil. Revista de Saúde Pública, [S.L.], v. 52, p. 1-7, 6 set. 2018. Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000264> .

¹¹Baumgartel, C; Onofrei, Mi; Grillo, LP; Lacerda, LLV; Mezdri, T. Fatores de risco e proteção de doenças crônicas em adultos: estudo de base populacional em uma cidade de médio porte no sul do brasil. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, [S.L.], v. 11, n. 38, p. 1-13, 25 jan. 2017. Sociedade Brasileira de Medicina de Familia e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1248](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1248) .

¹²Malachias, MVB, Plavnik, FL, Machado, CA, Malta, D, Scala, LCN, & Fuchs, S. (2016). 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 1 - Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 107(3, Suppl. 3), 1-6. <https://doi.org/10.5935/abc.20160151>.

¹³Tabela de Calorias dos alimentos mais servidos em nossa mesa. UNESP [Internet].
[acessado em 31 dez. 2020]. Disponível em:
https://www3.faac.unesp.br/nos/bom_apetite/tabelas/cal_ali.htm.