

Associação da obesidade com a percepção de saúde negativa em idosas: um estudo em bairros de baixa renda de Curitiba, Sul do Brasil

Older women associating obesity with a negative perception of their health: a study in low-income neighborhoods in Curitiba, southern Brazil

Gislaine C. Vagetti, Valter C. Barbosa-Filho, Natália Boneti-Moreira, Valdomiro de Oliveira, Lessandra Schiavini, Oldemar Mazzardo e Wagner de Campos

Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil. gislainevagetti@hotmail.com; valtercbf@hotmail.com; nataliaboneti@hotmail.com; voliveira@ufpr.br; gislainevagetti@hotmail.com; mazzardojr@gmail.com; wagner@ufpr.br

Recebido 16 Mar 2012/Enviado para Modificação Maio 10 de 2012/Aprovado 20 de Junho de 2012

RESUMO

Objetivo O presente estudo objetivou analisar a associação entre o estado nutricional (sobrepeso e obesidade) e a percepção de saúde em idosas de regiões de baixa renda do município de Curitiba, Brasil.

Métodos A amostra foi composta por 449 idosas, participantes do programa *Idoso em Movimento* em alguns bairros de baixa renda do referido município. O peso corporal e a estatura foram mensurados para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Os pontos de corte do IMC de 25 e 30 kg/m² foram considerados para determinação do sobrepeso e obesidade, respectivamente. Uma questão específica foi utilizada para avaliar a percepção de saúde das idosas, sendo classificada como percepção de saúde positiva ou negativa. A análise dos dados apropriou-se da estatística descritiva, teste de Kruskal-Wallis e Qui-quadrado. A regressão logística binária foi utilizada para identificar a associação entre o estado nutricional e percepção de saúde, sendo controlada pela idade, classificação econômica, estado civil, anos de escolaridade, situação ocupacional e tempo semanal de atividade física. O nível de significância foi de 5 %.

Resultados A obesidade esteve significativamente associada à percepção de saúde negativa ($p < 0,05$). Idosas com obesidade tiveram cerca de duas vezes mais chances de ter uma percepção de saúde negativa. A condição de sobrepeso não esteve associada com uma percepção de saúde negativa.

Conclusão A redução da obesidade em populações de baixa renda pode ser fundamental para a promoção de uma percepção de saúde positiva entre idosas.

Palavras Chave: Índice de massa corporal, obesidade, saúde do idoso, estudos transversais (*fonte: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective The present study was aimed at analyzing the association between elderly women's perception of their nutritional status (overweight and obesity) regarding their overall health in low-income neighborhoods in Curitiba, Brazil.

Methods The sample consisted of 449 elderly women participating in the Idoso em Movimento program in low-income neighborhoods in Curitiba. Body weight and height were measured to calculate their Body Mass Index (BMI); 25 kg/m² and 30 kg/m² cut-off points were considered for determining weight status regarding being overweight and obese, respectively. A specific question concerning elderly health perception was used for classifying them into negative or positive health perception categories. Kruskal-Wallis and Chi-square tests were used for data analysis in terms of descriptive statistics. Binary logistic regression was used for analyzing the association between weight status and health perception, controlling for age, economic status, marital status, years spent in formal education, occupational status and time spent on physical activity per week. A 5 % significance level was used.

Results Obesity was significantly associated with a perception of suffering negative health ($p < 0.05$). Obese elderly women were twice as likely to have a negative perception of their health. Being overweight was not associated with a negative perception of health.

Conclusion Decreasing obesity in obese low-income elderly is paramount for promoting better health perception in this risk group.

Key Words: Body mass index (BMI), obesity, health of the elderly, cross-sectional studies (*source: MeSH, NLM*)

RESUMEN

Asociación de la obesidad con la percepción de salud negativa en mujeres mayores: un estudio en barrios de bajos ingresos de Curitiba, Sur de Brasil

Objetivo Analizar la asociación entre el estado nutricional (sobrepeso y obesidad) y la percepción de salud de mujeres adultas mayores en localidades de bajos ingresos de la ciudad de Curitiba, Brasil.

Métodos La muestra contó con 449 participantes de la tercera edad en el programa de movimiento en algunos barrios de bajos ingresos de esta ciudad. El peso corporal y la estatura se midieron para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC). Los puntos de corte de IMC de 25 y 30 kg/m² fueron considerados para determinar el sobrepeso y la obesidad, respectivamente. Fue incluida una pregunta para evaluar la percepción de salud. Análisis de los datos utilizó la estadística descriptiva, prueba de Kruskal-Wallis y Chi-cuadrado. La regresión logística binaria se utilizó para determinar la asociación entre el estado nutricional y la percepción de la salud, controlado por edad, situación económica, estado civil, escolaridad, situación laboral y la actividad física. El nivel de significancia utilizado fue 5 %.

Resultados La obesidad se asoció significativamente con la percepción de salud negativa. Las adultas mayores con obesidad fueron dos veces más propensas a tener una percepción negativa de la salud. La condición de sobrepeso no se asoció con una percepción negativa de la salud.

Conclusión Los programas dirigidos a la prevención de la obesidad y la promoción de la salud en adultas mayores de bajos recursos pueden orientar sus acciones para una mejor percepción para la salud en este subgrupo.

Palabras Clave: Índice de masa corporal, obesidad, salud del anciano, estudios transversales (*fuentes: DeCS, BIREME*).

A obesidade atingiu proporções epidêmicas mundialmente (1) e é reconhecida como um dos mais importantes problemas de saúde pública do século XXI (2). Essa condição de risco à saúde é capaz de atingir praticamente todas as idades e grupos socioeconômicos (1), ocasionando elevadas taxas de morbidade e mortalidade (3,4), principalmente por doenças crônicas não transmissíveis (2,5) e desordens musculoesqueléticas (5). Adicionalmente, alterações no estado nutricional, como a obesidade e sobrepeso, têm sido observadas em diferentes faixas etárias e podem ocasionar a depressão e baixa autoestima, afetando vários domínios individuais, como a saúde mental do indivíduo (2).

Estimativas atuais indicam que a população idosa (60 anos ou mais de idade) tem aumentado (5,7,8) e, nessa faixa etária, as condições de obesidade e sobrepeso estão cada vez mais presentes (9,10,11). A World Health Organization (1) indica a existência de, aproximadamente, 1,5 bilhões de adultos com sobrepeso e desses, pelo menos, 300 milhões são mulheres adultas obesas. No Brasil, um país de média-renda, estima-se uma população de 21 milhões de indivíduos idosos (12); desses, 55 % apresentam sobrepeso e 18 % são obesos (13).

A literatura tem preconizado que o sobrepeso e a obesidade também podem prejudicar a percepção de saúde individual (6). A percepção de saúde é uma avaliação global de saúde com base em uma análise dos aspectos objetivos e subjetivos de cada indivíduo (14). O estado nutricional de obesidade e sobrepeso, bem como as complicações de saúde por elas ocasionadas (por exemplo, hipertensão e diabetes), pode impactar negativamente a percepção de saúde e qualidade de vida do indivíduo (6). Contudo, novos estudos são necessários para confirmar essa hipótese em populações idosas.

Além da possível associação entre sobrepeso, obesidade e percepção de saúde na população idosa, evidências de que uma pior condição socioeconômica (por exemplo, falta de dinheiro para aquisição de alimentos e medicamentos, dentre outras condições) pode ter um impacto negativo na qualidade de vida e na percepção de saúde em idosos (6,15). Por exemplo, uma pesquisa (16) mostrou que 45,5 % da população idosa brasileira classificou sua percepção de saúde como muito boa ou boa, sendo que essa percepção de saúde positiva foi mais evidente nas idosas de melhor condição econômica. Dados internacionais revelaram resultados semelhantes com o mesmo desfecho (17,18). Diante disso, estudos são necessários para avaliação da percepção de saúde na população exposta a piores condições socioeconômicas,

bem como de possíveis fatores associados (como sobrepeso e obesidade) à percepção de saúde negativa nessa população. Estes estudos poderão contribuir em programas de promoção da qualidade de vida e saúde no idoso, norteando a direção de ações de intervenção a uma melhor percepção de saúde e elaboração de estratégias mais efetivas para a prevenção do sobrepeso e da obesidade nessa população.

Considerando essas premissas, o presente estudo teve como objetivo analisar a associação do estado nutricional (sobrepeso e obesidade), classificado de acordo com o índice de massa corporal (IMC), e a percepção de saúde em idosas de regiões de baixa renda do município de Curitiba-PR, região Sul do Brasil.

METODOLOGIA

Delineamento e amostra de estudo

Este estudo caracteriza-se como correlacional, do tipo transversal. A amostra do estudo foi retirada de uma pesquisa maior, intitulada “*Relação entre nível de atividade física, capacidade funcional e qualidade de vida em idosas*”. O estudo principal foi realizado com idosas participantes do programa *Idoso em Movimento*, desenvolvido pela Secretaria Municipal de Esporte e Lazer em 32 centros de atendimento nas nove regionais administrativas de Curitiba-PR. A amostra do estudo foi probabilística, com a técnica de seleção aleatória por conglomerado proporcional ao tamanho de cada região. Ao final do estudo, 1.806 idosas foram avaliadas envolvidas em atividades de 18 centros de atendimento, nas nove regiões administrativas do município de Curitiba-PR.

Porém, para a análise do presente estudo, foram selecionadas de maneira intencional apenas as participantes atendidas em oito centros de atendimento nas três regiões administrativas de menor renda, constituindo uma amostra de 449 idosas (todas com $IMC \geq 18,5 \text{ kg/m}^2$). Para seleção das regiões/bairros de baixa renda, foram consideradas as estimativas mais atuais do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (19). Esse órgão classificou a renda média dos responsáveis de domicílios particulares de Curitiba-PR, estimando as regiões do município onde os moradores apresentavam uma baixa renda, tais informações estão sumarizadas na Tabela 1. Das nove regiões administrativas de Curitiba-PR, a renda média do responsável familiar era inferior a 1.000 reais em apenas três regiões: Boqueirão, Pinheirinho e Bairro Novo. Portanto, as idosas atendidas nos centros de atendimento dessas regiões administrativas, avaliadas no levantamento principal, foram selecionadas para a amostra final do presente estudo.

Instrumentos e procedimentos

A coleta de dados foi realizada de fevereiro de 2011 a julho de 2011, por avaliadores previamente treinados, participantes do Centro de Pesquisa em Exercício e Esporte da Universidade Federal do Paraná. O questionário foi aplicado face a face para identificação das variáveis do presente estudo. O peso corporal (kg) e a estatura (m) foram mensurados para cálculo do IMC (kg/m^2), o qual foi utilizado para identificação do estado nutricional. O peso corporal foi obtido por meio de uma balança digital portátil (Marca Wiso, modelo W801) com variação de 0,1 kg e capacidade de até 180 kg. A idosa foi pesada uma única vez após se posicionar anatomicamente sobre a balança com roupas leves e sem sapatos. A estatura foi aferida por meio de um estadiômetro portátil (Marca WCS, modelo Compact) com variação de 0 a 220 cm, sendo registrado o valor no momento de apnéia inspiratória da idosa. A idosa deveria estar sem sapatos, com os calcanhares unidos, em posição anatômica e a cabeça orientada no plano de *Frankfurt*. Após as avaliações os dados foram utilizados para o cálculo do IMC, o qual foi classificado de acordo com a proposta da Organização Mundial de Saúde (20): peso normal ($18,5\text{-}24,9 \text{ kg}/\text{m}^2$), sobrepeso ($25\text{-}29,9 \text{ kg}/\text{m}^2$) e obesidade ($\geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$).

Tabela 1. Valor do rendimento nominal médio e mediano mensal das pessoas com rendimento, responsáveis pelos domicílios particulares permanentes, segundo a região administrativa de Curitiba (2000)

Região Administrativa	Rendimento mensal das pessoas com rendimento, responsáveis pelos domicílios particulares permanentes			
	Em R\$		Em salários mínimos*	
	Médio	Mediano	Médio	Mediano
Matriz	2 904,79	2 000,00	19,24	13,25
Boqueirão **	970,24	600,00	6,43	3,97
Cajuru	1 050,74	600,00	6,96	3,97
Boa Vista	1 268,00	700,00	8,40	4,64
Santa Felicidade	1 364,44	650,00	9,04	4,30
Portão	1 563,26	800,00	10,35	5,30
Pinheirinho **	711,41	490,00	4,71	3,25
Bairro Novo **	601,71	450,00	3,98	2,98
Curitiba	1 430,96	700,00	9,48	4,64

Fonte: Adaptado de IPPUC - Banco de Dados 2000 (Características da População e dos Domicílios-Resultados do Universo); *Salário mínimo utilizado: R\$ 151,00; ** Regiões administrativas de Curitiba-PR consideradas de baixa renda média (menos que 1,000 reais). Idosas participantes dos centros de convivência desses bairros foram consideradas para o presente estudo.

A variável dependente desse estudo foi a percepção de saúde, avaliada por meio da seguinte questão: “De modo geral você diria que sua saúde é?”. A idosa podia classificar sua saúde em uma escala Likert com os pontos 1 (muito ruim), 2 (ruim), 3 (regular), 4 (boa) e 5 (excelente). Idosas que reportaram os pontos 4 e 5 foram consideradas com uma percepção de saúde positiva, enquanto que as demais foram consideradas com a percepção de saúde negativa (escores 1, 2 e 3). Essa categorização da percepção de saúde também foi adotada previamente (21).

Algumas variáveis foram analisadas como possíveis variáveis de confusão. A classe econômica foi avaliada por meio do questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (22). Esse critério visa estimar o poder de compra das pessoas e famílias e o grau de instrução do chefe da família, separando nas classes econômicas de A (mais alta) a E (mais baixa). As idosas também responderam questões relacionadas à outras variáveis sociodemográficas, a saber: idade (60-69, 70-79 e acima de 80 anos), estado civil (solteira, casada, separada e viúva), situação ocupacional (aposentada, pensionista, dona de casa e outra) e anos de escolaridade (analfabeto, primário incompleto, primário e médio completo, superior completo/pós-graduação). Por fim, a prática de atividade física também foi considerada como uma possível variável de confusão. O tempo semanal (semana prévia à coleta de dados) que a idosa participou em atividades físicas (caminhada e atividades físicas moderadas e vigorosas) foi estimado por meio da versão curta do International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), validado previamente para a população brasileira (23). As idosas que realizaram ≥ 150 minutos de atividade física na semana anterior à pesquisa foram consideradas como suficientemente ativas, enquanto as demais foram consideradas como insuficientemente ativas (24).

Análise estatística

A estatística descritiva foi utilizada para caracterização das variáveis de estudo, baseando-se em frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas, e em média, desvio padrão, mediana, valor mínimo e valor máximo para as variáveis contínuas. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para identificar a normalidade dos escores de percepção de saúde e IMC. Os dados destas variáveis não apresentaram distribuição normal. O teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para identificar diferenças na percepção de saúde entre as categorias do IMC (peso normal, sobrepeso e obesidade).

O teste de Qui-quadrado para tendência linear foi utilizado para verificar associação entre a percepção de saúde (positiva ou negativa) e o IMC (peso

normal, sobrepeso ou obesidade). Adicionalmente, modelos de regressão logística binária bruta e ajustada foram construídos para identificar a associação entre essas variáveis, mediante estimativas de odds ratio e seus respectivos intervalos de confiança de 95 % (IC 95 %). Os modelos de regressão foram ajustados para idade e tempo semanal de atividade física (variáveis contínuas), escolaridade, estado civil, situação ocupacional e classe econômica (variáveis categóricas). Todas as análises foram realizadas no programa SPSS 18.0, adotando-se o nível de significância de 5 %.

Comitê de ética

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Curitiba-UFPR (CAAE: 1040.165.10.11).

RESULTADOS

As características da amostra do presente estudo podem ser observadas na Tabela 2. A amostra teve maior participação de idosas com idade entre 60-69 anos (65 %), pertence à classe econômica C (com renda média bruta familiar mensal de R\$ 1.391,00) (63,9 %), casadas ou que vivem com um companheiro (47,7 %), com fundamental incompleto (71 %), aposentadas (52,1 %) e suficientemente ativas (85,1 %).

Tabela 2. Descrição da amostra do estudo (n=449)

Variáveis	(n)	(%)
Faixa etária (anos)		
60-69	295	65,7
70-79	129	28,7
Acima de 80	25	5,6
Classificação Econômica		
A+B (melhor condição)	106	23,6
C	287	63,9
D+E (pior condição)	56	12,5
Estado Civil		
Solteira (nunca casou)	27	6,0
Casada ou com companheiro	214	47,7
Separada/Divorciada	39	8,7
Viúva	169	37,7

Escolaridade da idosa		
Analfabeto	18	4,0
Fundamental incompleto	319	71,0
Fundamental e Médio completo	100	22,3
Superior completo/pós-graduação	12	2,7
Ocupação Atual		
Aposentada	234	52,1
Pensionista	86	19,2
Dona de Casa	125	27,8
Outro	4	0,9
Nível de atividade física (150 minutos/por semana)		
Suficientemente ativa	382	85,1
Insuficientemente ativa	67	14,9

A Tabela 3 apresenta os escores de percepção de saúde segundo o estado nutricional das idosas. Considerando que os escores de percepção de saúde poderiam variar de 1 a 5, a média (\pm desvio padrão), das respostas para essa variável foi de 3,0 (\pm 0,69), 2,93 (\pm 0,64) e 2,9 (\pm 0,59) para as idosas com peso normal, sobrepeso e obesidade, respectivamente. Não houve diferenças significativas entre os grupos para os escores de percepção de saúde, de acordo com o teste de Kruskal-Wallis ($X^2=2,757$; $p=0,252$).

Tabela 3. Média, desvio padrão, mediana e valor mínimo e máximo da percepção de saúde de acordo com a classificação do estado nutricional em idosas (n=449)

Percepção de Saúde (escala de 1 a 5)	Estado Nutricional *		
	Peso Normal (n=98)	Sobrepeso (n=205)	Obesidade (n=146)
Média	3,04	2,93	2,90
Desvio Padrão	0,69	0,64	0,59
Mediana	3	3	3
Valor Mínimo	2	1	2
Valor Máximo	4	4	4

* Não houve diferenças entre os grupos do estado nutricional, de acordo com o teste de Kruskal-Wallis ($X^2=2,757$; $p=0,252$).

Na Tabela 4 está apresentada a prevalência de idosas com percepção de saúde negativa e os valores de odds ratio bruto e ajustado da associação entre

a percepção de saúde e o estado nutricional. O percentual de idosas com percepção de saúde negativa foi de 82,5 %, sendo que essa prevalência esteve diretamente associada com o estado nutricional ($X^2= 5,954$; $p= 0,015$). Na análise bruta, idosas com obesidade apresentaram 2,29 (IC 95 % =1,18-4,44) vezes mais chances de ter uma percepção de saúde negativa em comparação com as idosas com peso normal. As idosas com sobrepeso não tiveram uma chance significativamente maior de ter uma percepção de saúde negativa ao comparar com as idosas com peso normal (OR=1,78; IC 95 %: 0,99-3,21). Após o ajuste com as variáveis de confusão (tempo semanal de atividade física, anos de escolaridade, estado civil, situação ocupacional e classe econômica), a obesidade permaneceu associada com a percepção de saúde negativa. Idosas com obesidade apresentaram uma chance 2,09 (IC 95 %:1,04-4,19) vezes maior de ter uma percepção de saúde negativa, quando comparadas às idosas com peso normal. A condição de sobrepeso permaneceu não associada à percepção de saúde negativa.

Tabela 4. Regressão logística bruta e ajustada da associação entre o estado nutricional e a percepção de saúde de idosas (n = 449)

Estado Nutricional	Percepção de Saúde Negativa		
	% percepção negativa ^b	OR bruto (IC 95 %)	OR ajustado (IC 95 %) ^a
Peso normal (n=98)	73 (74,5)	1	1
Sobrepeso (n=205)	172 (83,9)	1,78 (0,99-3,21)	1,74 (0,94-3,20)
Obesidade (n=146)	127 (87,0)	2,29 (1,18-4,44)	2,09 (1,04-4,19)

a Ajustado para idade, tempo semanal de atividade física, anos de escolaridade, estado civil, situação ocupacional e classe econômica; b Diferença significativa entre as categorias do estado nutricional, de acordo com o teste de Qui-quadrado para linearidade ($X^2=5,954$; $p=0,015$); IC: intervalo de confiança de 95 % ; OR: Odds ratio.

DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou elevadas prevalências de sobrepeso (45,6 %) e obesidade (32,5 %) entre as idosas de baixa renda. Na Pesquisa de Orçamentos Familiares, um estudo nacional realizado no Brasil (13), foi evidenciado que as maiorias dos idosos apresentavam sobrepeso ou obesidade, em torno de 55 % e 15 %, com maiores taxas de prevalência entre as mulheres. As estimativas do presente estudo foram superiores às obtidas nesse estudo nacional.

Em um levantamento em idosos comunitários de programas de saúde de Vitória, Sudeste do Brasil (25), estimou-se que 41,8 % e 23,4 % dos idosos foram classificados com sobrepeso e obesos, respectivamente, sendo essas

classificações associadas inversamente à condição socioeconômica. Corroborando com estes achados, foram encontrados elevadas prevalências de obesidade entre os idosos mexicanos dos segmentos mais pobres da população (26). Dados de países desenvolvidos indicaram uma relação inversa entre sobrepeso e obesidade e o status socioeconômico (27,28). Desta forma, ações para adequação do estado nutricional na população idosa são necessárias, sobretudo para a redução da obesidade. O crescimento dessa condição de risco em indivíduos com condições socioeconômicas precárias, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, sugere uma atenção especial de instituições governamentais em ações de promoção de saúde e prevenção da obesidade nesse subgrupo populacional de risco.

Adicionalmente, foi evidenciada uma alta prevalência de percepção de saúde negativa entre as idosas de bairros de baixa renda. Oito em cada dez idosas classificaram sua saúde como regular, ruim ou muito ruim. É importante destacar o elevado percentual de idosas de classe econômica C ou D+E (76,4 %) e de baixa escolaridade (75 %), reforçando que grande parte das idosas avaliadas estava exposta a uma condição socioeconômica de média/baixa qualidade. Contudo, a amostra do presente estudo foi composta por idosas participantes de um programa comunitário de atividade física. Embora a prática de atividade física tenha uma relação direta com a percepção de saúde e qualidade de vida (29), as estimativas de percepção de saúde negativa foram elevadas entre as idosas do presente estudo. Dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (21), realizada com cerca de 20 mil idosos brasileiros, também destacaram que idosos com menor renda apresentam uma pior percepção de saúde em comparação aos de melhor condição financeira. Outros estudos com idosos brasileiros (30,31) e de outros países (32,33) também confirmam essa hipótese. Diante dessas evidências, observa-se que condições socioeconômicas precárias, como dependência econômica, instabilidade financeira e dificuldade ao acesso a serviços de saúde e lazer, podem contribuir para uma percepção de saúde negativa entre idosas.

Ao analisar a relação entre o estado nutricional e a percepção de saúde entre idosas de bairros de baixa renda, o presente estudo identificou que a obesidade está associada a uma percepção de saúde negativa (ver Tabela 4). Essas informações têm sido confirmadas previamente (6,34-37), indicando a importância do estado nutricional para a percepção de saúde entre idosas. Contudo, esse estudo trás evidências adicionais sobre a relação entre obesidade e percepção de saúde em idosas de regiões de baixa renda, uma população de risco para o desenvolvimento de uma percepção de saúde negativa.

A associação entre obesidade e percepção de saúde negativa pode ser explicada pelas situações de depreciação ou preconceito, além da falta de apoio social que a obesidade pode originar (6). Essas questões podem gerar alterações negativas no estado psicológico e mental das idosas, piorando assim sua percepção de saúde. Adicionalmente, outra explicação inclui as complicações fisiológicas resultantes da obesidade (por exemplo, doenças cardiovasculares e osteomusculares) (36), o que também pode resultar em uma visão negativa da percepção de saúde. Dessa maneira, além das situações econômicas que afetam negativamente na percepção de saúde de idosas, a obesidade está independentemente associada a uma percepção de saúde negativa entre idosas de regiões de baixa renda.

Não foi encontrada uma relação significativa entre sobrepeso e percepção de saúde negativa, como descrito em outros estudos (37,38). Um aspecto pode justificar esses achados. Indivíduos idosos têm uma melhor habilidade de adaptação às dificuldades ou circunstâncias negativas a situação de sobrepeso, por exemplo, dificuldade de participação em atividades em grupo ou problemas para aceitar o próprio corpo, em comparação aos mais jovens. Portanto, idosos com sobrepeso podem enfrentar a situação de estar acima do peso de maneira mais natural, não afetando sua percepção de saúde (39).

A percepção de saúde possibilita a avaliação de aspectos clínicos de morbidade e mortalidade, bem como representa um bom marcador das diferenças nos subgrupos populacionais de risco à saúde. Por tanto, esse parâmetro representa um importante meio de avaliação do estado de saúde da população a partir de uma visão individual, possibilitando a investigação dos fatores associados à percepção de vida saudável (40).

Os resultados do presente estudo indicaram uma elevada proporção de idosas com alterações nutricionais (sobrepeso e obesidade) entre idosas de regiões de baixa renda de Curitiba-PR, Sul do Brasil. De modo semelhante, grande parcela da amostra apresentou uma percepção de saúde negativa. Esses resultados indicam que idosas de regiões de pior condição socioeconômica devem receber atenção especial em políticas de promoção da saúde nessa população, uma vez que esse grupo populacional se encontra fortemente exposto a condições de risco à saúde.

A atual pesquisa acrescentou à literatura o conceito de que a presença de obesidade pode ser um fator de exposição independentemente associado a uma percepção de saúde negativa em idosas de bairros de baixa renda. O controle

do estado nutricional inadequado, mediante a promoção de atividade física e estímulo para o estilo de vida ativo, pode ser uma ferramenta importante para a promoção da percepção de saúde positiva entre as idosas expostas às situações socioeconômicas de risco. Diante dessa evidência, a implementação de programas de saúde voltados à prevenção da obesidade poderão impactar na promoção de uma melhor percepção de saúde entre idosas, inclusive em indivíduos expostos a uma precária condição socioeconômica.

O presente estudo apresentou algumas limitações. A primeira limitação foi a seleção de idosas participantes em centros de atividades físicas. Portanto, não devem ser realizadas extrapolações para a população do município total ou de todas as regiões de baixa renda do município. Adicionalmente, a amostra incluiu somente mulheres idosas, impossibilitando a extensão dos resultados para indivíduos do sexo masculino. A última limitação está relacionada à utilização do delineamento transversal para indicar associações entre as variáveis, uma vez que é uma característica inerente ao delineamento transversal a possibilidade de causalidade reversa. Diante dessas limitações, esses resultados devem ser interpretados com devida cautela *

Agradecimentos: À Secretaria Municipal de Esportes e Lazer de Curitiba – PR, por consentir a participação das idosas do programa Idoso em Movimento e o apoio financeiro da Fundação Araucária e da Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES).

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Obesity and Overweight. Switzerland: WHO Library Cataloguing; 2011.
2. International Association for the study of obesity. Estimating the association between overweight and risk of disease. United Kingdom: IASO; 2012.
3. Reis JP, Araneta MR, Wingard DL, Macera CA, Lindsay SP, Marshall SJ. Overall obesity and abdominal adiposity as predictors of mortality in U.S. white and black adults. *Ann Epidemiol.* 2009; 19(2):134-142.
4. World Health Organization. WHO Global Health Risks Report. Switzerland: WHO Library Cataloguing; 2004.
5. World Health Organization. Women, Ageing and Health: a Framework for Action - Focus on Gender. Switzerland: WHO Library Cataloguing; 2011.
6. World Health Organization. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Switzerland: WHO Library Cataloguing; 2007.
7. Shetty P. Grey matter: ageing in developing countries. *Lancet.* 2012; 379(9823):1285-1287.
8. Program on the Global Demography of Aging. Global Population Ageing: Peril or Promise? Switzerland: World Economic Forum; 2012.
9. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

10. Gigante DP, Moura EC, Sardinha LMV. Prevalence of overweight and obesity and associated factors, Brazil, 2006. *Ver. Saúde Pública.* 2009; 43(sup2):2-7.
11. Cavalcanti CL, Gonçalves MCR, Asciutti LSR, Cavalcanti AL. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. *Rev. Salud Pública.* 2009; 11(6):865-877.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
13. 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: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
14. Fernandez-Martinez B, Prieto-Flores M, Forjaz MJ, Fernández-Mayoralas G, Rojo-Pérez F, Matínez-Martín P. Self-perceived health status in older adults: regional and sociodemographic inequalities in Spain. *Rev. Saúde Pública* 2012; 46(2):310-319.
15. Ng N, Hakimi M, Byass P, Wilopo S, Wall S. Health and quality of life among older rural people in Purworejo District, Indonesia. *Global Health Action.* 2010; 2(sup2):78-87.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: Uma análise da condição de vida. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
17. Menec VH, Shooshtari S, Nowicki S, Fournier S. Does the Relationship Between Neighborhood Socioeconomic Status and Health Outcomes Persist Into Very Old Age? A Population-Based Study. *J Aging Health.* 2010; 22(1):27-47.
18. Shankar A, Mcmunn A, Steptoe A. Health-Related Behaviors in Older Adults. *Am J Prev Med.* 2010; 38(1): 39-46.
19. Instituto de pesquisa e planejamento urbano de Curitiba. Dados socioeconômicos dos bairros de Curitiba. Curitiba: IPPUC; 2000.
20. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO technical report series 894); 2000.
21. Rodrigues CG, Maia AG. Como a posição social influencia a autoavaliação do estado de saúde? Uma análise comparativa entre 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(4):762-774.
22. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. Rio de Janeiro: ABEP; 2008.
23. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fís Saúde.* 2001; 6(2):05-18.
24. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Switzerland: WHO Library Cataloguing; 2010.
25. Andrade FB, Caldas Junior AF, Kitoko PM, Batista JEM, Andrade TB. Prevalence of overweight and obesity in elderly people from Vitória-ES, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012; 17(3):749-756.
26. Monteverde M, Noronha K, Palloni A, Novak B. Obesity and excess mortality among the elderly in the United States and Mexico. *Demography.* 2010; 47(1):79-96.
27. Mokdad AH, Bowman BA, Ford ES, Vinicor F, Marks JS, Koplan JP. The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States. *Jama.* 2001; 286(10):1195-1200.
28. Gomez-Cabello A, Pedrero-Chamizo R, Olivares RP, Luzardo L, Juez-Bengoechea A, Mata E, Albers U, Aznar S, Villa G, Espino L, Gusi N, Gonzalez-Gross M, Casajus JA, Ara I. Prevalence of overweight and obesity in non-institutionalized people aged 65 or over from Spain: the elderly EXERNET multi-centre study. *Obes Rev.* 2011; 12(8):583-592.
29. Vagetti GC, Oliveira V, Barbosa Filho VC, Moreira NB, Campos W. Predição da qualidade de vida global em idosas ativas por meio dos domínios do WHOQOL-BREF e do WHOQOL-OLD. *Motricidade.* 2012; 8(sup2):709-18.

30. Lima MG, Barros MB, César CL, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(10):2159-67.
31. Sousa AI, Silver LD. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosos de uma localidade de baixa renda. *Esc Anna Nery Rev Enfermagem*. 2008; 12(4):706-716.
32. Jakobsson U, Hallberg IR, Westergren A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Qual Life Res*. 2004; 13(1):125-136.
33. Hu J, Wallace DC, Tesh AS. Physical activity, obesity, nutritional health and quality of life in low-income hispanic adults with diabetes. *J Community Health Nurs*. 2010; 27(2):70-83.
34. Mannucci E, Petroni ML, Villanova N, Rotella CM, Apolone G, Marchesini G, Quovadis SG. Clinical and psychological correlates of health-related quality of life in obese patients. *Health Qual Life Outcomes*. 2010; 8(90):1-9.
35. Backes V, Olinto MTA, Henn RL, Cremonese C, Pattussi MP. Associação entre aspectos psicossociais e excesso de peso referido em adultos de um município de médio porte do Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(3):573-80.
36. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(4):769-80.
37. Dong H, Unosson M, Wressle E, Marcusson J. Health Consequences Associated with Being Overweight or Obese: A Swedish Population-Based Study of 85-Year-Olds. *J Am Geriatr Soc*. 2012; 60(2):243-250.
38. Wild B, Herzog W, Lechner S, Niehoff D, Brenner H, Müller H, Rothenbacher D, Stegmaier C, Raum E. Gender specific temporal and cross-sectional associations between BMI-class and symptoms of depression in the elderly. *J Psychosom Res*. 2012; 72(5):376-382.
39. Franco OH, Wong YL, Kandala N, Ferrie JE, Dorn JM, Kivimaki M, Clarke A, Donahue RP, Manoux AS, Freudenheim JL, Trevisan M, Stranges S. Cross-cultural comparison of correlates of quality of life and health status: the Whitehall II Study (UK) and the Western New York Health Study (US). *Eur J Epidemiol*. 2012; 27(4):255-65.
40. Bezerra PCL, Opitz SP, Koifman RJ, Muniz PT. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(12):2441-2451.