

Contribuição para o Conhecimento do Perfil de Saúde na Privação Socioeconómica

Contribution to the Understanding of the Health Profile in Socioeconomic Deprivation

RUI VALDIVIESSO¹, TERESA AMARAL²

RESUMO

Objetivos: Avaliar a presença de factores de risco cardiovascular numa amostra de indivíduos com privação socioeconómica, que recorrem a um programa de ajuda alimentar na Legião da Boa Vontade (LBV), uma instituição de solidariedade social, na cidade do Porto.

Métodos: Foi recrutada uma amostra consecutiva de 56 indivíduos de uma população de 164 inscritos neste programa. Avaliou-se a presença de factores de risco cardiovascular por questionário. Foram recolhidos dados sócio-biográficos e efectuadas medições antropométricas. Compararam-se os resultados com os provenientes de estudos Portugueses de base populacional.

Resultados: A frequência da obesidade é de 42,9%, sendo mais elevada nas mulheres que nos homens (55,6% vs. 20,0%) e mais frequente nos indivíduos de baixa escolaridade ($P < 0,005$). A ocorrência de hipertensão arterial é mais frequente entre os obesos (70,0%) e entre os indivíduos com baixa escolaridade (57,6%) ($P < 0,001$). As frequências de obesidade, diabetes *Mellitus* tipo 2 e hipertensão arterial são superiores às reportadas em outros grupos Portugueses.

Conclusões: A amostra em estudo difere significativamente da população Portuguesa, demonstrando uma maior frequência de problemas de saúde relacionados com complicações metabólicas e doença cardiovascular. As relações inversas entre o nível educacional e a obesidade e também a hipertensão arterial, põem em relevo a importância de acções de educação alimentar em indivíduos com privação socioeconómica.

PALAVRAS-CHAVE: Pobreza, Obesidade, Educação, Doenças crónicas, Privação socioeconómica

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the presence of cardiovascular disease risk factors among social economically deprived individuals who resort to a social institution, Legião da Boa Vontade (LBV), for their supply of food in Porto, Portugal.

Methods: 56 individuals from a food supply program were consecutively recruited from a population of 164 in the same program. Their health status was evaluated by questionnaire. Socio-biographic data was registered and anthropometrical measurements were taken. Data was compared with previous Portuguese population based studies.

Results: 42.9% of subjects were found to be obese and obesity was more common in women (55.6%) than in men (20%). Obesity is more frequent among participants with lower education levels ($P < 0.05$). Arterial hypertension is more frequent among obese subjects (70.0%) and low education subjects (57.6%) ($P < 0.001$). Substantial differences were found between the sampled subjects and other Portuguese population groups.

Conclusions: The studied sample differs significantly from the Portuguese population showing a higher frequency of health conditions linked to metabolic and cardiovascular diseases. Inverse relations between the educational level and obesity and hypertension reinforce the relevance of food education among these populations.

KEYWORDS: Poverty, Obesity, Education, Chronic diseases, Socioeconomic deprivation

INTRODUÇÃO

Têm sido consistentemente estabelecidas em Portugal associações entre os baixos níveis sociais, educacionais e económicos e um aumento da frequência de síndrome metabólica em mulheres em populações urbanas (1) e o aumento da prevalência da obesidade em amostras da população urbana do Porto (2). Os altos níveis educacionais foram relacionados com uma diminuição do risco de doença coronária num estudo de caso-controlo no Porto (3) e também com menor prevalência (4) e risco (5) de obesidade em Portugal. Para outros âmbitos geográficos, existe uma multiplicidade de estudos que relacionam os baixos níveis de indicadores económicos, sociais e educacionais com um aumento de prevalência da obesidade (6-8), da hipertensão (9-11) e da diabetes *Mellitus* tipo 2 em países desenvolvidos (6, 12). Por outro lado e nos países em desenvolvimento tem-se assistido à transição epidemiológica de elevadas frequências

de doenças infecciosas, para as elevadas taxas de doenças crónicas não transmissíveis, como a diabetes *Mellitus* tipo 2 e as doenças cardiovasculares (13). Com o envelhecimento populacional que se observa na maioria dos países europeus, estas doenças representam uma carga muito elevada em dias de vida activa perdidos, na perda da qualidade de vida e em custos dos sistemas de saúde (14).

O presente estudo incide sobre uma população onde todos os indivíduos se encontram em privação socioeconómica, como as que são obrigadas a recorrer a instituições para ajuda alimentar, onde é espectável que os factores de risco cardiovascular sejam mais frequentes que na população Portuguesa. Como não existem estudos prévios que explorem a associação da privação socioeconómica com o estado de saúde deste tipo de populações, a sua investigação reveste-se da maior importância. O conhecimento destes

¹ Nutricionista, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

² Docente, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

Correspondência para Rui Valdiviesso: Praceta São Tomé e Príncipe, 62-3E, 4430-641 Vila Nova de Gaia valdiviesso@gmail.com

Recebido a 30 de Dezembro de 2011
Aceite a 18 de Fevereiro de 2012

dados permitirá contribuir para a adequação da afectação de recursos nos programas de ajuda alimentar e na implementação de medidas de prevenção primária nestas populações, bem como no aproveitamento da capacidade instalada e *know-how* das instituições de solidariedade social no terreno.

OBJECTIVOS

Avaliar a presença de factores de risco cardiovascular numa amostra de indivíduos que recorrem a ajuda alimentar numa instituição, e procurar associações entre estes indicadores e a escolaridade e rendimento dos indivíduos. Pretende-se também testar a hipótese de que os indicadores usados apontam para piores níveis de saúde nestes indivíduos do que na população portuguesa.

METODOLOGIA

O método de amostragem consistiu em seleccionar consecutivamente todos os indivíduos que se dirigiram à Legião da Boa Vontade (LBV), na cidade do Porto, para abrir ou actualizar processos de 26 de Abril a 9 de Junho de 2011, e, cujas condições socioeconómicas preenchessem o critério de aceitação da instituição (rendimento *per capita* mensal inferior a Euro 150). A amostra compreende 56 indivíduos em condições socioeconómicas semelhantes, que recorreram à Instituição para ajuda alimentar em formato de cabaz mensal. Esta corresponde a 34,1% do total de indivíduos que beneficiaram do mesmo programa de apoio da Instituição no mesmo período de tempo.

A recolha dos dados foi feita através de um questionário de aplicação indirecta, que compreendia dados sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, actividade profissional, composição do agregado familiar, rendimentos e despesas obrigatórias) e identificação das principais alterações do estado de saúde. Recolheram-se dados antropométricos: peso (Kg), estatura (m), perímetro da cintura (PC, cm), perímetro da anca (PA, cm), de acordo com os procedimentos de Marfell-Jones (2006) (15). A partir destes dados, calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC, $\text{kg}\cdot\text{m}^{-2}$) e a razão PA/PC. A identificação das principais doenças foi feita, preferencialmente, através de relatório médico que consta no processo do indivíduo na organização. Na falta de dados documentados, recorreu-se aos relatos dos indivíduos sobre as próprias doenças. Os pontos de corte utilizados para dados antropométricos são os preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (16).

Os valores médios dos dados antropométricos da amostra foram comparados com as últimas determinações do *Center for Disease Control* (CDC) (17). As proporções de indivíduos por classes de IMC e por doenças crónicas foram comparadas com as do Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 2005/2006 (18).

Usou-se a prova de *Kolmogorov-Smirnov* para concluir sobre a normalidade das distribuições. As médias das variáveis contínuas com distribuição normal de subgrupos da amostra foram comparadas através da prova de ANOVA. A comparação de médias de outros estudos com as médias da amostra foi feita através da prova *t* de Student para uma amostra. A independência de variáveis categóricas foi testada por Qui-quadrado. Foi usado um nível mínimo de significância de 95% em todos os testes. O tratamento estatístico

de dados foi realizado no SPSS 16.0.

RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se a 56 indivíduos, dos quais 36 são do sexo feminino, com idade mínima de 20 anos e máxima de 83. A maioria dos indivíduos (58,9%) tem baixas habilitações académicas (≤ 4 anos de escolaridade), sendo que 87,5% dos indivíduos refere não trabalhar. O rendimento *per capita* mensal médio é de Euro 85,4.

Relativamente às doenças crónicas, a obesidade está relacionada com a ocorrência de diabetes *Mellitus* tipo 2 ($P < 0,005$) e de hipertensão ($P < 0,005$), sendo que 70,0% dos hipertensos da amostra são obesos e 95,0% dos hipertensos apresentam baixa escolaridade ($P < 0,001$).

Os valores médios de IMC, PC e PA são mais elevados nas mulheres do que nos homens ($P < 0,05$).

Para a diferença de proporções entre sexos por classes de IMC, verifica-se uma predominância de mulheres em sobrepeso (25-29,9 $\text{kg}\cdot\text{m}^{-2}$) e obesidade ($\geq 30 \text{kg}\cdot\text{m}^{-2}$) em relação aos homens (27,8% vs. 15,0%; 55,6% vs. 20,0%). Existe uma maior proporção de mulheres com $\text{PC} \geq 88 \text{cm}$ (63,9%) do que de homens com $\text{PC} \geq 102 \text{cm}$ (25,0%), o que mostra que aquelas estão em maior risco de morbilidade e de mortalidade associadas a complicações metabólicas (19). Este facto também é reforçado pela maior proporção de mulheres para as classes mais elevadas do PC/PA (16) (Tabela 1).

A obesidade é mais frequente nos indivíduos com menos de 5 anos de escolaridade relativamente aos indivíduos com 5 ou mais anos de frequência escolar (60,6% vs. 17,4%, $P < 0,05$).

Relativamente à comparação entre as médias dos dados antropométricos peso, estatura, IMC e PC da amostra com os valores médios do CDC (17), por sexo, verificou-se que a média da estatura das mulheres da amostra é mais baixa que a apresentada pelo CDC e que a média do IMC da amostra é mais alta ($P < 0,05$). As médias de todos os parâmetros antropométricos dos indivíduos do sexo masculino da amostra são inferiores às do CDC ($P < 0,01$). No que diz respeito

à avaliação do estado nutricional por IMC, a comparação da amostra com os últimos dados do INS de 2005/2006 para o Norte de Portugal (18), revelou diferenças com significado estatístico para todos os intervalos ($P < 0,001$), havendo um número mais elevado de indivíduos obesos na amostra que na população do Norte do país em 2005, especialmente do sexo feminino (55,6% vs. 15,3%). Verifica-se também uma percentagem muito menor de mulheres normoponderais na amostra do que na população do Norte de Portugal (16,7% vs. 48,7%).

Dado que diabetes *Mellitus* tipo 2 e hipertensão arterial são as doenças crónicas mais expressivas na amostra em estudo que estão relacionadas com síndrome metabólica (20), as suas proporções na presente amostra foram comparadas com as do INS (18), por sexo, tendo-se encontrado diferenças acentuadas, no sentido em que as mulheres da amostra têm uma frequência mais elevada de diabetes de tipo 2 que a generalidade das mulheres do Norte de Portugal (38,9% vs. 8,2%), passando-se o mesmo com os homens (30,0% vs. 6,5%). Relativamente à hipertensão arterial, se a sua frequência nas mulheres não é tão díspar (27,8% vs. 21,7%), nos homens é muito superior à da população do Norte de Portugal (30,0% vs. 14,3%).

Foi também comparada a distribuição dos participantes pelos intervalos de IMC para excesso de peso (25 - 29,9 $\text{kg}\cdot\text{m}^{-2}$) e obesidade ($\geq 30 \text{kg}\cdot\text{m}^{-2}$) por sexo e os dados de diversos estudos realizados em Portugal com população adulta (Tabela 2). Apesar das limitações impostas pelas diferentes aproximações metodológicas, esta compilação de resultados demonstra uma ligeira tendência para o aumento do excesso de peso e da obesidade desde 1999 e, por outro lado, a enorme diferença entre as frequências destes intervalos de IMC de diversas populações com as da presente amostra. Veja-se, por exemplo, como uma frequência de 55,6% de mulheres obesas na presente amostra difere substancialmente da frequência mais alta obtida por outros estudos (15,4%, SPEO (21)).

TABELA 1: Distribuição das proporções da classificação por pontos de corte dos parâmetros antropométricos IMC, PC e PC/PA de acordo com o sexo

Parâmetro	Pontos de corte	Sexo		P
		Feminino	Masculino	
IMC	<18,5	0 (0)	3 (15,0)	0,007
	18,5 - 24,9	6 (16,7)	10 (50,0)	
	25 - 29,9	10 (27,8)	3 (15,0)	
	≥ 30	20 (55,6)	4 (20,0)	
PC	F <88	13 (36,1)	-	0,005
	F ≥ 88	23 (63,9)	-	
	M <102	-	15 (75,0)	
	M ≥ 102	-	5 (25,0)	
PC/PA	F <0,80	4 (11,1)	-	0,005
	F 0,80 - 0,85	11 (30,6)	-	
	F $\geq 0,85$	21 (58,3)	-	
	M <0,90	-	10 (50)	
	M 0,90 - 0,95	-	3 (15)	
	M $\geq 0,95$	-	7 (35)	

Resultados em n (%). IMC, índice de massa corporal, em $\text{kg}\cdot\text{m}^{-2}$. PC, perímetro da cintura (cm). PA, perímetro da anca (cm). PC/PA, razão entre o perímetro da cintura e o perímetro da anca. PC e PC/PA com pontos de corte diferentes por sexo: F, feminino; M, masculino. P para o χ^2 da independência entre sexos

TABELA 2: Comparação das percentagens para os intervalos de IMC de sobrepeso e obesidade, entre o observado na amostra e outros estudos realizados em Portugal com população adulta

	IMC			
	Mulheres		Homens	
	25 -29,9	≥30	25 - 29,9	≥30
INS (1998/99) (18)	31,4	12,3	41,4	10,2
Afonso (1999) (24)	28,1	10,8	38,8	7,3
SPEO (1999) (21)	30,8	15,4	41,1	12,9
Carmo et al. (2003/05) (4)	34,4	13,4	45,2	15,0
INS (2005/06) (18)	33,0	15,3	40,3	14,7
Amostra	27,8	55,6	15,0	20,0

Resultados em %. IMC em Kg.m². Os dados do INS de 1998/99 e 2005/06 são relativos à região Norte

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra estudada apresenta uma frequência de obesidade muito superior à da população Portuguesa, especialmente as mulheres, bem como uma frequência mais elevada de diabetes mellitus tipo 2, de hipertensão arterial e de cancro. O rendimento económico não está relacionado com o estado de saúde nesta amostra. Este aspecto poderá estar relacionado com o facto de todos os elementos da amostra terem rendimentos *per capita* muito baixos.

A baixa escolaridade afigura-se como um factor importante na amostra estudada. De certa forma, estes achados corroboram as relações positivas entre baixas habilitações académicas e estados de saúde alterados, encontradas em estudos anteriores (3-12), mas numa população ainda mais específica.

As limitações deste estudo encontram-se, sobretudo, no seu baixo tamanho amostral, que pode ter limitado a identificação de mais associações com significado estatístico, de parte da informação assentar em autorrelato e no facto de se ter recorrido a uma população muito específica, que embora permita assumir a validade interna dos resultados, pode não ter validade externa quando aplicado a outras populações com características semelhantes, pelo que seria interessante replicar a investigação noutras instituições. No entanto, e de acordo com o nosso conhecimento, o presente estudo é o primeiro entre nós a demonstrar que existe uma maior frequência de factores de risco para as doenças cardiovasculares nesta população. Os dados do relatório mais recente sobre rendimentos e condições de vida do Instituto Nacional de Estatística (22) indicam que 43,4% da população de Portugal estaria em risco de pobreza se não fossem as transferências sociais (reformas e pensões), cujo impacto sofreu um grande aumento relativamente a 2008. Estima-se que, no futuro, mais pessoas vão estar dependentes de transferências sociais enquanto aumentam o desemprego (23) e o custo de vida, o que poderá levar a um incremento do número de pessoas que, tal como os participantes no presente estudo, terão que recorrer a ajuda alimentar. Torna-se, assim, urgente reflectir sobre este problema e implementar medidas de contenção de riscos no que concerne ao agravamento progressivo das condições

de saúde destes indivíduos.

CONCLUSÕES

A amostra em estudo difere significativamente da população portuguesa, demonstrando uma maior frequência de problemas de saúde relacionados com complicações metabólicas e doença cardiovascular. As relações inversas entre o nível educacional e a obesidade e também a hipertensão arterial, põem em relevo a importância de acções de educação alimentar em indivíduos com privação socioeconómica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Santos AC, Ebrahim S, Barros H. Gender, socio-economic status and metabolic syndrome in middle-aged and old adults. *BMC Public Health*. 2008; 8:62
- Santos AC, Barros H. Prevalence and determinants of obesity in an urban sample of Portuguese adults. *Public Health*. 2003; 117(6):430-7
- von Hafe P, Lopes C, Fernando PB, Ramos E, Andrade MJ, Coelho R, et al. (Risk factors for myocardial infarct: a case-control study in Oporto, Portugal). *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 1997; 16(9):695-702, 664
- do Carmo I, Dos Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, et al. Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obes Rev*. 2008; 9(1):11-9
- Moreira P, Padrao P. Educational, economic and dietary determinants of obesity in Portuguese adults: a cross-sectional study. *Eat Behav*. 2006; 7(3):220-8
- Drewnowski A. Obesity, diets, and social inequalities. *Nutrition Reviews*. 2009; 67 Suppl 1:S36-9
- Barbosa J, Cabral P, Lira P, Florêncio T. Factores socioeconómicos associados ao excesso de peso em população de baixa renda do Nordeste Brasileiro. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. 2009; 59(1):22-29
- Velásquez-Meléndez G, Pimenta A, Kac G. Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus factores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo transversal de base populacional. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2004; 16(5):308-14
- Bell AC, Adair LS, Popkin BM. Understanding the role of mediating risk factors and proxy effects in the association between socio-economic status and untreated hypertension. *Social Science and Medicine*. 2004; 59(2):275-83
- Molina M, Cunha R, Herkenhoff L, Mill J. Hipertensão arte-

rial e consumo de sal em população urbana. *Revista de Saude Publica*. 2003; 37(6):743-50

11. MacMahon S, Peto R, Cutler J. Blood pressure, stroke and coronary heart disease: effects of prolonged differences in blood pressure - evidence from nine prospective observational studies corrected for dilution bias. *Lancet*. 1995; 335:765-74

12. Connolly V, Unwin N, Sherriff P, Bilous R, Kelly W. Diabetes prevalence and socioeconomic status: a population based study showing increased prevalence of type 2 diabetes mellitus in deprived areas. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2000(54):173-7

13. Amuna P, Zotor FB. Epidemiological and nutrition transition in developing countries: impact on human health and development. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2008; 67(1):82-90

14. The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050). DG ECFIN Special Report n° 1/2006. Economic Policy Committee and European Commission; 2006. 1-207

15. Marfell-Jones M, Olds T, Stewart A, Carter J. International Standards for Anthropometrical Assessment. 2006

16. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. *World Health Organization Technical Report Series*. 1995; 854:1-452

17. McDowell M, Fryar C, Ogden C, Flegal K. Anthropometric Reference Data for Children and Adults. United States, 2003-2006. *National Health Statistics Report*. 2008; 10:1-48

18. Inquérito Nacional de Saúde 2005/06. Instituto Nacional de Estatística / Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge. 2009:1-330

19. Lean ME, Han TS, Morrison CE. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. *BMJ*. 1995; 311(6998):158-61

20. Leal J, Garganta R, Seabra A, Chaves R, Souza M, Maia M. Um resumo do estado da arte acerca da Síndrome Metabólica. Conceito, operacionalização, estratégias de análise estatística e sua associação a níveis distintos de actividade física. *Rev Port Cien Desp*. 2007; 9(2-3):231-44

21. Carmo I, Carreira M, de Almeida M, Lima Reis J, Medina J, Galvão Teles A. Estudo da prevalência da obesidade em Portugal. *Boletim da SPEO*. 2000. 3-5

22. Rendimento e Condições de Vida 2010. Instituto Nacional de Estatística - Destaque - informação à comunicação social. 2011:1-11

23. Estatísticas do Emprego - 3º trimestre de 2011. Instituto Nacional de Estatística - Destaque - informação à comunicação social. 2011:1-7

24. Afonso C. Saúde, actividade física e peso corporal: contributo para o seu conhecimento numa amostra da população adulta Portuguesa. Porto: Universidade do Porto; 1999