

Perfil nutricional de adultos e idosos atendidos na rede municipal de saúde de Manaus e sua associação a doenças crônico-degenerativas

Loyana Guimarães Bié de Araújo*, Marcela Reis Ribeiro*, Renata Medeiros Aguiar*, Rita Leopoldino Cavalcanti*, Vanusa Bezerra Batista*, Rafaela Liberali**, Vanessa Fernandes Coutinho***

Resumo

O aumento da incidência de excesso de peso levanta a questão sobre os riscos de doenças crônico-degenerativas. Este estudo teve por objetivo investigar o perfil nutricional de adultos e idosos e sua associação a doenças crônico-degenerativas em pacientes atendidos em policlínicas de diferentes zonas de Manaus-AM – Policlínica A (Zona Norte), Policlínica B (Zona Sul) – no período de janeiro a março de 2009. Foram estudados 129 indivíduos de ambos os sexos com idade a partir de 19 anos, escolhidos de forma aleatória e que quiseram participar de forma voluntária da pesquisa. Foi aplicado questionário estruturado com perguntas objetivas em relação aos dados pessoais, dados socioeconômicos, avaliação antropométrica e dados do consumo alimentar. O Índice de Massa Corporal - IMC médio foi $19,14 \pm 4,11$ na Policlínica A e $18,2 \pm 4,58$ na Policlínica B. Foi

encontrada associação nas mulheres obesas e alta circunferência abdominal, com risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares ($p \leq 0,05$). Em relação ao consumo alimentar, não foram observados altos índices de hábitos alimentares errôneos por parte dos analisados, porém foi encontrado nas duas policlínicas estudadas um alto indicativo de indivíduos com risco para doenças cardiovasculares. Os resultados quanto à prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas mostraram que tanto os adultos quanto os idosos estão em risco para doenças cardiovasculares, principalmente em virtude de valores altos de circunferência abdominal, embora não tenha sido comprovado com os hábitos alimentares.

Palavras-chave: Dislipidemias. Estado nutricional. Fatores de risco. Obesidade.

* Nutricionistas e especialistas em Nutrição Clínica, Fundamentos e Metabólitos pela Universidade Gama Filho.

** Educadora Física e Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora do programa de Pós-graduação Lato Sensu em Nutrição Clínica: Fundamentos e Metabólitos da Universidade Gama Filho. Endereço para correspondência: Rua Raimundo Carlos Lopes, 153 – Campeche, Florianópolis – SC. CEP: 88063-088. E-mail: rafascampeche@ig.com.br

*** Nutricionista; Doutora em Ciências dos Alimentos pela Universidade de São Paulo. Coordenadora do curso de Nutrição Clínica: Fundamentos e Metabólitos da Universidade Gama Filho.

↳ Recebido em abril de 2010 – Avaliado em junho de 2010.

↳ doi:10.5335/rbceh.2011.007

Introdução

Os seres humanos são aparentemente distintos um dos outros, porém cada um mantém características comuns. A expressão dessas características no decorrer da vida será o resultado da inter-relação das influências do macroambiente (fatores socioeconômicos, culturais e educacionais), do microambiente (fatores individuais e familiares) e da herança genética (FELIX; SILVA, 2003).

A população brasileira está passando por um processo de envelhecimento rápido e intenso (CERVATO; DERNTL; LATORRE, 2005). Estudos presentes na literatura apontam que a população brasileira crescerá 3,22 vezes até o ano de 2025, segmento acima de 65 anos aumentará 8,9 vezes e o segmento acima dos 80 anos, 15,6 vezes. Mantendo-se a tendência demográfica atual, o país terá uma das maiores populações de idosos do mundo (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; CHAIMOWICZ, 1997; CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000).

Os idosos são cronologicamente classificados, em países em desenvolvimento, como indivíduos com sessenta anos ou mais. Nos países desenvolvidos a classificação é feita a partir dos 65 anos de idade ou mais (WHO, 1995; ANDREOTTI; OKUMA, 1999).

O quadro nutricional do Brasil já revela, há mais de trinta anos, mudanças na transição nutricional, indicando a coexistência de desnutrição e de sobrepeso e obesidade em todos os segmentos da população. Essas são situações de extrema gravidade social, pois desequilibram a saúde de um indivíduo expondo-o ao ris-

co maior de adoecer ou morrer (FELIX; SILVA, 2003; SELLMAYER et al. 2001).

As explicações dadas pelos epidemiologistas para o crescimento acelerado da obesidade nas populações apontam a modernização das sociedades, a qual, entre outras coisas, provocou maior oferta de alimentos, aliada à melhoria dos instrumentos de trabalho, como a mecanização e automação. A economia de gasto de energia humana no trabalho e a maior oferta de alimentos mudaram radicalmente o modo de viver. O sedentarismo, concomitantemente à mudança na alimentação denominada de “transição nutricional”, caracterizada pelo aumento no consumo de gorduras, açúcar e cereais refinados e pela redução no consumo de carboidratos complexos e fontes de fibras, mudou o perfil de morbimortalidade nas sociedades, destacando-se o excesso de peso e a obesidade como doenças fundamentais. Por essas razões, a obesidade tem sido denominada como “doença da civilização” ou “síndrome do novo mundo” (MARINHO et al., 2003). O conceito de excesso de peso reúne indivíduos com sobrepeso (índice de massa corpórea de 25 a 29,9 kg/m²) e obesidade (índice de massa corpórea $\geq$ 30 kg/m²); admite-se correlação do aumento do índice de massa corpórea com o aumento do risco de doenças cardiovasculares (CALLE et al., 1999).

A obesidade é uma doença de alta prevalência, com sérias implicações sociais, psicológicas e médicas (AGREN et al., 2002). Esta patologia associa-se, com grande frequência, a condições tais como dislipidemia (DL), diabetes (DM) e hipertensão arterial (HA), que favorecem

a ocorrência de eventos cardiovasculares, principal causa de morte em nosso país (LOTUFO, 1998). De acordo com o Consenso Latino Americano de Obesidade (1999), cerca de duzentas mil pessoas morrem por ano em razão de doenças associadas ao excesso de peso. Nos Estados Unidos, estima-se que este número seja de trezentas mil pessoas (MUSTA et al., 1999).

O acúmulo de gordura na região do abdômen vem sendo descrito como o tipo de obesidade que oferece maior risco à saúde dos indivíduos. A incidência de diabetes, aterosclerose, gota, cálculo urinário e morte cardíaca súbita é elevada em pessoas obesas, porém um aspecto da adiposidade que desperta a atenção é a distribuição regional da gordura no corpo (PITANGA; LESSA, 2005).

No Brasil, os estudos epidemiológicos sobre a prevalência de obesidade são poucos, considerando-se a imensidão do problema. Os trabalhos nacionais datados de 1974 e 1989 mostraram um crescimento alarmante e um aumento de 100% na prevalência de obesidade entre os homens e de 70% entre as mulheres. A Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) mostrou que a prevalência do excesso de peso acompanha o aumento do poder aquisitivo, principalmente entre os homens, e que, do total de obesos brasileiros, mais de 70% eram mulheres (COUTINHO et al., 1991). Por estar o perfil nutricional associado a patologias importantes¹⁴, a perda ou ganho de peso implicar a redução do consumo de medicamentos e a conseqüente diminuição dos custos de tratamento em pacientes diabéticos e/ou portadores de doença cardiovascular (AGREN et al., 2002).

O presente estudo teve como objetivo verificar o perfil nutricional de indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 19 a 84 anos, atendidos em duas policlínicas de diferentes localidades de Manaus/AM e sua associação a doenças crônico-degenerativas.

Materiais e métodos

Amostra

Foram estudados 129 adultos e idosos atendidos em duas policlínicas de Manaus no período de janeiro de 2009 a março de 2009, do no consultório de Nutrição, com idades entre 19 a 84 anos, de ambos os sexos, escolhidos de forma aleatória e que aceitaram participar de forma voluntária da pesquisa. Foi realizado um trabalho de esclarecimento e de explicações sobre os procedimentos de avaliação, bem como seus benefícios e precauções observadas para evitar quaisquer malefícios à integridade dos participantes. Porém, não participaram grávidas e/ou portadores de deficiência física.

Cuidados éticos

No que refere aos aspectos éticos, as avaliações não tinham nenhum dado que identificasse o indivíduo e que lhe causasse constrangimento ao responder. Além disso, foram incluídos no estudo os adultos que aceitaram participar voluntariamente após obtenção de consentimento verbal dos participantes e autorização por escrito. Dessa forma, os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki e na resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacio-

nal de Saúde foram respeitados em todo o processo de realização desta pesquisa. Porém, do ponto de vista acadêmico, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da universidade, ainda que o termo de consentimento livre e esclarecido tenha sido assinado em duas vias pelos sujeitos entrevistados.

Instrumentos e procedimentos

Foi realizado com os pacientes atendidos nas referidas policlínicas um questionário estruturado com perguntas objetivas e subjetivas em relação aos dados pessoais (nome, sexo, data de nascimento, idade), dados socioeconômicos (renda, escolaridade, número de filhos, número de pessoas na casa, número de pessoas com renda em casa e situação familiar), avaliação antropométrica (peso atual, estatura, IMC e circunferência abdominal) e dados do consumo alimentar (Questionário de Frequência alimentar). Para aferição de peso foi utilizada balança tipo plataforma da marca Filizola®, com capacidade de 150 kg e precisão de 100g, solicitando-se aos pacientes que subiram na plataforma da balança estando com roupas leves e sem calçados. A altura foi medida com a utilização do antropômetro vertical fixo à balança, sendo os indivíduos medidos com os pés descalços e juntos, em posição ereta, de forma a manter o chamado “Plano de Frankfurt” (MARINHO et al., 2003).

Para o cálculo do índice de massa corpórea (IMC), adotaram-se os critérios propostos pelo Sistema de Vigilância Nutricional (Sisvan) (BRASIL, 2002), pelo qual o diagnóstico para *adultos* dá-

-se: Baixo peso: $< 18,5 \text{ kg/m}^2$; Eutrofia: $18,5\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$; Sobrepeso: $29,9 \text{ kg/m}^2$; Obesidade I: $30\text{-}34,9 \text{ kg/m}^2$; Obesidade II: $35\text{-}39,9 \text{ kg/m}^2$; Obesidade III: $> 40,0 \text{ kg/m}^2$. A classificação de IMC para idosos teve os seguintes parâmetros: Baixo peso: $< 22 \text{ kg/m}^2$; Eutróficos: > 22 e $< 27 \text{ kg/m}^2$; Sobrepeso: $\geq 27 \text{ kg/m}^2$. A circunferência abdominal (CA) foi aferida com uma fita antropométrica inextensível da marca TBW, estando o sujeito com o mínimo de roupa possível; a fita foi posicionada na direção da cicatriz umbilical, sem apertar, em posição paralela à do solo, com ponto de corte de CA aumentada: $> 90 \text{ cm}$ em homens e $> 80 \text{ cm}$ em mulheres (CONSENSO..., 2007)

Análise estatística

A análise descritiva dos dados serviu para caracterizar a amostra, com a distribuição de frequência, cálculo de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão). Após verificada a normalidade dos dados pelo teste Kolmogorov-Smirnov, foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes e o teste U Mann-Whitney para verificar a diferença entre as variáveis quantitativas e qualitativas. Para análise das variáveis categóricas utilizou-se o teste de qui-quadrado. O teste de correlação de contingência C destinou-se a verificar a associação entre as variáveis. O nível de significância adotado foi $p \leq 0,05$.

Resultados

Foram estudados 129 adultos e idosos atendidos em duas policlínicas de Manaus: na Policlínica A foram estudados 55 indivíduos, sendo (n = 6) 10,9% eram do sexo masculino e (n = 49) 89,1% do sexo feminino; na Policlínica B foram avaliados 74 indivíduos, sendo (n = 17) 23% do sexo masculino e (n = 57) 77% do sexo feminino. A faixa etária correspondente na Policlínica A é de 21 a 78 anos e na Policlínica B, de 19 a 84 anos, sendo que o teste t de Student para amostras independentes não mostrou diferenças estatisticamente significativas (p = 0,18) entre as faixas etárias das duas clínicas, o qual apresentou média de idade de (34,5 ± 23,4) para a Policlínica A e (38,8 ± 14,4) para a Policlínica B.

Em relação à situação familiar, foi verificado que 43,64% dos indivíduos

convivem com companheiro(a), com filhos e outros familiares; 38,18% possuem nível médio completo e 41,82% têm renda familiar acima de R\$ 600,00 reais. Para o índice de massa corporal (IMC) foi verificado que 47,27% encontravam-se com sobrepeso. Em relação à escolaridade, 41,89% convivem com companheiro(a) e com filhos, 71,62% possuem renda superior a R\$ 600,00 reais. O teste de qui-quadrado de independência partição 1 x c demonstrou diferenças estatisticamente significativas entre as policlínicas A e B nas variáveis: escolaridade ($\chi^2 = 28,7$ e $p < 0,000$); situação familiar ($\chi^2 = 23,1$ e $p < 0,000$) renda familiar ($\chi^2 = 27,10$ e $p < 0,000$) e IMC ($\chi^2 = 76,2$ e $p < 0,000$), demonstrando, assim, que cada policlínica tem seu próprio perfil, pois os grupos são bem heterogêneos, como demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Valores do perfil da amostra.

Perfil	Policlínica A	Policlínica B	Total
Escolaridade			
Não sabe ler	0 (0,00%)	1 (1,35%)	1 (0,77%)
Alfabetizado	5 (9,09%)	5 (6,75%)	10 (7,75%)
Fundamental incompleto*	13 (23,64%)	10 (13,51%)	23 (17,8%)
Fundamental completo*	3 (5,45%)	6 (8,11%)	9 (6,97%)
Médio incompleto*	7 (12,73%)	1 (1,35%)	8 (6,20%)
Médio completo*	21 (38,18%)	28 (37,84%)	49 (37,9%)
Superior incompleto*	3 (5,45%)	20 (27,03%)	23 (17,80%)
Superior completo	3 (5,45%)	3 (4,05%)	6 (4,65%)
Situação familiar			
Convive com companheira(o) e filho(s)*	10 (18,18%)	31 (41,89%)	41 (31,70%)
Convive com companheira(o), e sem filho(s)*	1 (1,82%)	3 (4,05%)	4 (3,10%)
Convive com companheira(o), filho(s) e/ou outro familiar*	24 (43,64%)	6 (8,11%)	30 (23,20%)
Convive com familiar, sem companheira(o)*	16 (29,09%)	32 (43,24%)	48 (37,20%)
Convive com outras pessoas*	4 (7,27%)	0 (0,00%)	4 (3,10%)
Vive só*	0 (0,00%)	2 (2,70%)	2 (1,55%)

Cont.

Perfil	Policlínica A	Policlínica B	Total
Renda familiar			
Até R\$ 150,00*	3 (5,45%)	5 (6,75%)	8 (6,20%)
R\$ 150,00 a R\$ 300,00*	8 (14,55%)	0 (0,00%)	8 (6,20%)
R\$ 300,00 a R\$ 600,00*	21 (38,18%)	16 (21,62%)	37 (28,60%)
R\$ > R\$ 600,00*	23 (41,82%)	53 (71,62%)	76 (58,90%)
IMC			
Baixo Peso*	(1,82%)	31 (41,89%)	32 (24,80%)
Eutrófico*	18 (32,73%)	30 (40,54%)	48 (37,30%)
Sobrepeso*	26 (47,27%)	6 (8,11%)	32 (24,80%)
Obesidade 1*	8 (14,55%)	3 (4,05%)	11 (8,52%)
Obesidade 2*	2 (3,64%)	1 (1,35%)	3 (2,32%)
Obesidade 3*	0 (0,00%)	3 (4,05%)	3 (2,32%)

* Resultados estatisticamente significativos. Teste qui-quadrado para um $p \leq 0,05$.

Na análise do perfil nutricional, verificou-se que em ambas policlínicas, adultos e idosos estão em risco para doenças cardiovasculares, com 89,1% e 79,73%, respectivamente. Na Policlínica A, 49,1% possuem hipertensão arterial, colesterol e triglicerídeos elevados e 94,5% relataram ter doenças cardiovasculares. Foi realizado o cruzamento estatístico das duas policlínicas para verificar a diferença entre os grupos e observou-se que entre o cruzamento do sim x não, tanto da Policlínica A ($\chi^2 = 310,2$ e $p = 0,00$) quanto da Policlínica B ($\chi^2 = 294,7$ e

$p = 0,00$) obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas, demonstrando que o grupo dentro de cada policlínica é muito heterogêneo quanto aos fatores do perfil nutricional. Já no cruzamento entre o sim da Policlínica A x sim da policlínica B não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 22,72$ e $p = 0,07$), nem entre o não da Policlínica A x não da Policlínica B ($\chi^2 = 23,9$ e $p = 0,06$), demonstrando, assim, que o perfil nutricional é homogêneo entre as duas policlínicas (Tabela 2).

Tabela 2 - Perfil nutricional.

Perfil nutricional	Policlínica A		Policlínica B	
	Sim	Não	Sim	Não
Risco para doenças cardíacas*	49 (89,10%)	6 (10,90%)	59 (79,70%)	15 (20,27%)
Fumante*	5 (9,10%)	50 (90,90%)	08 (10,80%)	66 (89,19%)
Atividade física*	38 (69,10%)	17 (30,90%)	25 (33,80%)	49 (66,20%)
Bebida alcoólica*	28 (50,90%)	27 (49,10%)	22 (29,70%)	52 (70,27%)
Uso de medicamentos*	22 (40%)	33 (60%)	17 (21,62%)	57 (77,03%)
Anemia*	2 (3,64%)	53 (96,36%)	2 (2,70%)	72 (97,30%)
Colesterol elevado*	27 (49,10%)	28 (50,90%)	25 (33,78%)	49 (66,22%)
Triglicerídeos elevados*	27 (49,10%)	28 (50,90%)	17 (22,97%)	57 (77,03%)
Diabetes mellitus tipo 2*	2 (3,64%)	53 (96,36%)	8 (10,80%)	66 (89,19%)
Doenças cardiovasculares*	52 (94,55%)	3 (5,45%)	60 (81,10%)	14 (18,90%)
Hipertensão arterial*	27 (49,10%)	28 (50,90%)	11 (14,90%)	63 (85,14%)
Outras doenças*	5 (9,10%)	50 (90,90%)	6 (8,10%)	68 (91,9%)
Sem doenças*	35 (63,64%)	20 (36,40%)	27 (35,49%)	47 (65,51%)
Outras deficiências*	0 (0,00%)	55 (100%)	3 (4,05%)	71 (95,95%)
Sem deficiências*	36 (65,50%)	19 (34,55%)	27 (35,49%)	47 (65,51%)

* Resultados estatisticamente significativos. Teste qui-quadrado para um $p \leq 0,05$.

A média de circunferência abdominal foi de $94,4 \pm 9,91$ cm na Policlínica A e $92,8 \pm 10,4$ cm na Policlínica B, indicando fator de risco para doenças cardiovasculares para a maioria dos avaliados. Observa-se na Tabela 3 que a altura e a circunferência abdominal

(CA) deram diferenças estatisticamente significativas entre as duas policlínicas. As demais variáveis, peso e IMC, não revelaram diferenças estatisticamente significativas, mostrando um grupo homogêneo.

Tabela 3 - Valores descritivos antropométricos.

Valores antropométricos		$x \pm s$	Máximo	Mínimo	p
Peso	Policlínica A	$65,47 \pm 11,22$	93,4	42,5	0,63
	Policlínica B	$66,55 \pm 12,91$	118,0	30	
Altura	Policlínica A	$1,55 \pm 0,08$	1,82	1,38	0,00*
	Policlínica B	$1,60 \pm 0,09$	1,79	1,39	
IMC	Policlínica A	$27,07 \pm 4,11$	39,3	19,1	0,09
	Policlínica B	$26,04 \pm 4,58$	40,0	18,2	
CA	Policlínica A	$94,4 \pm 9,91$	121,5	69,0	0,04*
	Policlínica B	$91,5 \pm 10,4$	139,0	69,0	

* Resultados estatisticamente significativos. Teste U Mann-Whitney para $p \leq 0,05$.

Foi verificada a frequência de consumo alimentar semanal com o intuito de associar hábitos alimentares com risco para doenças crônico-degenerativas. Neste caso, para alguns alimentos considerados hipercalóricos e com baixo valor vitamínico-mineral, como batata frita, embutidos, bolachas salgadas e outros salgados industrializados, bolachas doces e refrigerantes, notou-se que a maioria dos participantes relatou que não

come tais alimentos, ou os come com uma frequência de um a dois dias por semana. Alimentos como salada crua, legumes e verduras cozidos, frutas frescas também não tiveram grande participação na dieta semanal dos analisados na Tabela 4.

Observa-se na Tabela 4 que todos os alimentos mostraram diferenças estatisticamente significativas entre as categorias de frequência de não comer até todos os dias ($\chi^2 = 23,43$ e $p < 0,00$).

Tabela 4 - Frequência de consumo semanal de alimentos por adultos e idosos em duas policlínicas de Manaus.

Alimento	Não come Fa (fr)	1 dia Fa (fr)	2 dias Fa (fr)	3 dias Fa (fr)	4 dias Fa (fr)	5 dias Fa (fr)	6 dias Fa (fr)	Todos dias
Salada crua*	-	22 (40%)	9 (16,4%)	12 (21,8%)	1 (1,82%)	2 (3,64%)	1 (1,82%)	-
Legumes/verduras* ¹	3 (4,17)	15 (21,70%)	15 (21,70%)	14 (20,30%)	1 (1,45%)	4 (5,80%)	1 (1,45%)	19 (27,50%)
Frutas frescas*	-	21 (29,20%)	14 (19,40%)	10 (13,90%)	-	4 (5,56%)	1 (1,39%)	22 (30,60%)
Feijão*	1 (1,39%)	9 (12,50%)	13 (18,10%)	15 (20,80%)	2 (2,78%)	2 (2,78%)	1 (1,39%)	29 (40,30%)
Leite ou iogurte*	2 (2,78%)	9 (12,50%)	8 (11,10%)	1 (1,39%)	2 (2,78%)	2 (2,78%)	-	48 (66,70%)
Batata frita*	39 (54,20%)	24 (33,30%)	7 (9,720%)	-	2 (2,78%)	-	-	-
Embutidos*	15 (20,80%)	22 (30,60%)	19 (26,40%)	1 (1,39%)	1 (1,39%)	2 (2,78%)	4 (5,56%)	8 (11,10%)
Bolachas salgadas*	20 (27,80%)	23 (31,90%)	12 (16,70%)	7 (9,720%)	1 (1,39%)	2 (2,78%)	4 (5,56%)	3 (4,17%)
Bolachas doces*	34 (47,20%)	16 (22,20%)	7 (9,72%)	9 (12,50%)	-	-	-	6 (8,33%)
Refrigerante*	10 (13,90%)	14 (19,40%)	11 (15,30%)	8 (11,10%)	4 (5,56%)	4 (5,56%)	6 (8,33%)	15 (20,80%)

* Resultados estatisticamente significativos. Teste de qui-quadrado para $p \leq 0,05$.

¹ Alimentos cozidos

Quando se associou o IMC com a circunferência abdominal (CA), foi possível perceber que entre as mulheres tem relação direta com o IMC alto e o risco de circunferência abdominal acima de

80 cm. Não foi possível associar entre os indivíduos de sexo masculino, em virtude de um tamanho amostral pequeno (Tabela 5).

Tabela 5 - Valores entre índice de massa corporal (IMC) e circunferência abdominal (CA) em mulheres atendidas na Policlínica Ana Barreto do município de Manaus - AM.

CA	IMC		Total	p
	Eutrófico	Sobrepeso		
< 80	11 (28,2%)	4 (10,3%)	15 (28,2%)	< 0,000*
> 80	3 (7,7%)	21 (53,8%)	24 (28,2%)	
Total	14 (35,9%)	25 (64,1%)	39 (100,0%)	

* Resultado estatisticamente significativo. Teste exato de Fisher para um $p \leq 0,05$.

O testes de correlação de contingência C analisa o grau de associação entre variáveis. A Tabela 6 demonstrou que existe associação estatisticamente significativa entre escolaridade e renda x

IMC, ou seja, os valores antropométricos são afetados pela escolaridade e renda do indivíduo nas duas policlínicas.

Tabela 6 - Teste de correlação de contingência C.

Variáveis associadas	r	p
Escolaridade policlínica A x IMC	0,48	0,00*
Escolaridade policlínica B x IMC	0,51	0,00*
Renda policlínica A x IMC	0,53	0,00*
Renda policlínica B x IMC	0,59	0,00*

* Resultados estatisticamente significativos para $p \leq 0,05$.

Discussão

Estudos que determinem a prevalência de obesidade são importantes, uma vez que está diretamente relacionada com uma maior morbimortalidade (POLANCZYK, 1990).

A manutenção do estado nutricional adequado não significa, necessariamente, maior sobrevida, mas interfere positivamente, influenciando no maior número de pessoas a se aproximarem do seu ciclo máximo de vida (CAMPOS et al., 2006).

Este estudo mostrou que 30,9% e 66% dos indivíduos frequentadores das duas policlínicas não praticavam nenhuma atividade física. Estudo semelhante foi encontrado em 77,6% dos indivíduos que realizam apenas atividades física ocupacional, classificada como leve, o que é indicativo de uma população sedentária. Como a atividade física é um componente modificável do estilo de vida, mudanças podem ser extremamente favoráveis nessa condição em se tratando de indivíduos idosos (CABRAL et al., 2003).

Os fatores de risco para doenças cardiovasculares encontrados neste estudo, somados ao estilo de vida dos participantes, reforçam os achados de diminuição da qualidade de vida e associação ao aparecimento de outras doenças ainda na fase adulta. Quando pacientes hipertensos são comparados a indivíduos normotensos, uma das maiores diferenças encontradas tem sido um aumento na prevalência de obesidade (KAPLAN, 1998). Em outro estudo, 70% dos casos de hipertensão em homens e 61% nas

mulheres foram atribuídos diretamente ao excesso de adiposidade (HUBERT et al., 1983). Em Campos, 53,3% dos obesos apresentaram hipertensão arterial sistêmica (SOUZA, 2003).

Verificou-se certa contradição entre o que foi relatado pelos indivíduos analisados quanto ao não consumo de alimentos hipercalóricos e confirmação de obesidade, doenças cardiovasculares, níveis elevados de colesterol e triglicerídeos, fatores esses intimamente ligados aos maus hábitos alimentares e que alguns levantamentos epidemiológicos apontam haver associação (SETAS et al., 2004; KAC et al., 2001).

Conclusão

As conclusões dos dados obtidos deverão ser interpretadas levando-se em consideração as características da população estudada, restrita a uma clientela de ambulatórios públicos onde o pesquisador desenvolve atividades clínicas, com demanda encaminhada por um especialista e abrangendo diferentes níveis sociais. É necessário ressaltar que essas conclusões não podem ser extrapoladas para toda uma população, pois foram estudados apenas adultos e idosos que tiveram auxílio ambulatorial no setor de nutrição.

Os resultados quanto à prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas mostraram que tanto os adultos quanto os idosos estão em risco para doenças cardiovasculares, principalmente em virtude de altos valores de circunferência abdominal, embora não tenha sido comprovado com os hábitos alimentares.

Dessa forma, sugere-se que mais estudos possam aprofundar a relação entre obesidade e doenças crônico-degenerativas, principalmente em nível local, onde há escassez de informações, assim como contribuir para a melhoria dos serviços públicos de saúde.

Nutritional profile of adults and older people assisted in Manaus Municipal Health Network and its association the chronic-degenerative diseases

Abstract

The increasing incidence of overweight raises the question about the risks of chronic degenerative diseases. This study aimed to investigate the nutritional profile of adults and elderly and their association with chronic degenerative diseases in patients seen at polyclinics in different zones Polyclinic A (North Zone) and Polyclinic B (South Zone) in Manaus-AM in January-March period of 2009. We studied 129 individuals of both sexes aged from 19 years. Body Mass Index - BMI average was 19.14 ± 4.11 in the Polyclinic A and 18.2 ± 4.58 in the Polyclinic B. Association were found in obese women, high waist circumference with risk for development of cardiovascular diseases ($p \leq 0.05$). In relation to food consumption, was not seen high levels of dietary misconceptions by analyzed, however, was found in two polyclinics studied a high rate of individuals at risk for cardiovascular disease. The results regarding the prevalence of some risk factors for chronic diseases showed that both the adults and the elderly are at risk for cardiovascular diseases, mainly due to high values of waist circumference, although not proven with the dietary habits.

Keywords: Dyslipidemias. Nutritional Status. Obesity. Risk factors.

Referências

- AGREN, G. et al. Long-term effects of weight loss on pharmaceutical costs in obese subjects. A report from the SOS intervention study. *Int Journal Obes Relat Metabol Disord*, v. 26, p. 184-192, 2002.
- ANDREOTTI, R. A.; OKUMA, S. S. Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. *Revista Paulista Educação Física*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 46-66, jan./jun. 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigilância alimentar e nutricional – SISVAN*, Brasília, 2002.
- CAMPOS, M. T. F. S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELAS, A. P. R. C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Nutrição*, Campinas, v. 13, n. 3, p. 157-165, 2000.
- CAMPOS, M. A. G. et al. Estado Nutricional e fatores associados em idosos. *Revista Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 52, n. 4, 2006.
- CABRAL, A. et al. Avaliação antropométrica e dietética de hipertensos atendidos em ambulatório de um hospital universitário. *Nutrição*, Campinas, v. 16, n. 1, p. 61-71, 2003.
- CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista Saude Publica*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.
- CALLE, E. E. et al. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *N. Engl. J. Med.*, v. 341, p. 1097-1105, 1999.
- CERVATO, A. M. et al. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para Terceira Idade. *Nutrição*, Campinas, v. 18, n. 1, p. 41-52, 2005.
- COUTINHO, D. C. et al. *Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos*. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, MS/INAM. Brasília, 1991.

CONSENSO DA FEDERAÇÃO INTERNACIONAL PARA DIABETES. Diabetic Medicine. 2007.

DEVELOPMENT CORE TEAM. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2008.

HUBERT, H. B. et al. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants of the Framingham Heart Study. *Circulation*, v. 67, p. 968-977, 1983.

KAC, G. et al. Fatores associados à obesidade abdominal em mulheres em idade reprodutiva. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 46-51, 2001.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista Saúde Pública*, São Paulo. v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.

KAPLAN, N. M. Obesity in hypertension: effects on prognosis and treatment. *J. Hypertens*, v. 16, p. S35-S37, 1998.

LOTUFO, P. A. Mortalidade precoce por doenças do coração no Brasil; comparação com outros países. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 70, p. 321-325, 1998.

MARINHO, S. P. et al. Obesidade em adultos de segmentos pauperizados da sociedade. *Nutrição*, Campinas, v. 16, n. 12, p. 195-201, 2003.

MUST, A. et al. The disease burden associated with overweight and obesity. *JAMA*, v. 282, p. 1523-1529, 1999.

PITANGA, F. J.; LESSA, I. Indicadores antropométricos de obesidade como instrumento de triagem para risco coronariano elevado em adultos na cidade de Salvador – Bahia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. São Paulo, v. 85, n. 1, p. 26-31, 2005.

POLANCZYK, C. A. et al. Obesidade: prevalência, correlação com doenças crônicas e grau de conscientização do problema. *R AMRIGS*, v. 2, p. 87-91, 1990.

SETAS, C. D. et al. Avaliação da ingestão energética circadiana. *Acta Med Port*, v. 17, p. 417-426, 2004.

SELLMEYER, R. et al. A high ratio of dietary animal to vegetable protein increases the rate of bone loss and the risk of fracture in postmenopausal women. *AJCN*, v. 73, n. 1, p. 118-122, Jan, 2001.

SOUZA, L. J. et al. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos, Rio de Janeiro. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 669-676, 2003.

WHO. World health organization. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva, (Technical Report Series), 1995.