

**FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À DISLIPIDEMIA DE PACIENTES ADULTOS
 ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO**

Vanessa Mota Teixeira¹, Lucélia Garcia Soares¹, Alessandra Doumid Borges Pretto²
 Bruna Martins Uarthe¹, Yanne Pereira Colvara¹, Adriana Pereira Telis³, Lucas de Alvarenga Furtado¹,
 Nathalia Alves Specht¹, Larissa Sander Magalhães³, Ângela Nunes Moreira⁴

RESUMO

Introdução e objetivo: As dislipidemias são fatores de risco para as doenças cardiovasculares e sofrem influência dos hábitos alimentares e de vida. O estudo objetivou avaliar a prevalência de fatores de risco associados à dislipidemia e a evolução de pacientes adultos atendidos em um ambulatório de Nutrição. Materiais e métodos: Estudo descritivo, retrospectivo com dados obtidos de prontuários de pacientes adultos atendidos em um Ambulatório de Nutrição. Foram coletados dados socioeconômicos e antropométricos (peso, altura índice de massa corporal, circunferência do pescoço, circunferência da cintura e índice de concidade), hábitos de vida e consumo alimentar. Os fatores de risco avaliados foram: tabagismo, etilismo, comorbidades, sedentarismo, excesso de peso e consumo excessivo de gorduras saturadas e/ou trans, e carboidratos refinados. Análises estatísticas foram realizadas no Stata® 12.0, com nível de significância de 5%. Resultados: A amostra foi constituída por 206 adultos, sendo 32% dislipidêmicos. Entre os dislipidêmicos, 75% eram mulheres, 50% hipertensos, 35,94% diabéticos, 9,52% tabagistas, 7,81% etilistas e 73,44% sedentários. Foram observadas associações significativas entre dislipidemia e sedentarismo, excesso de peso e os consumos de gordura aparente das carnes, embutidos e refrigerantes ou sucos industrializados. Discussão: Pacientes dislipidêmicos apresentam hábitos alimentares e de vida inadequados que contribuem para a piora do perfil lipídico. Conclusão: Sugere-se o acompanhamento contínuo dos pacientes visando maior adesão as orientações e melhores hábitos de saúde e de vida.

Palavras-chave: Consumo alimentar. Estado nutricional. Hipertensão.

1 - Graduanda em Nutrição pela Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS, Brasil.

ABSTRACT

Risk factors associated with adult patient dyslipidemic attended in a nutrition outlet

Introduction and objective: Dyslipidemias are risk factors for cardiovascular diseases and are influenced by eating and living habits. The study aimed to assess the prevalence of risk factors associated with dyslipidemia and the evolution of adult patients seen at a Nutrition clinic. Materials and methods: Descriptive, retrospective study with data obtained from medical records of adult patients seen at a Nutrition Clinic. Socioeconomic and anthropometric data (weight, height, body mass index, neck circumference, waist circumference and taper index), life habits and food consumption were collected. The risk factors evaluated were smoking, alcoholism, comorbidities, physical inactivity, overweight and excessive consumption of saturated and / or trans fats, and refined carbohydrates. Statistical analyzes were performed on Stata® 12.0, with a 5% significance level. Results: The sample consisted of 206 adults, 32% of whom were dyslipidemic. Among dyslipidemics, 75% were women, 50% hypertensive, 35.94% diabetic, 9.52% smokers, 7.81% alcoholics and 73.44% sedentary. Significant associations were observed between dyslipidemia and inactivity, overweight and the consumption of apparent fat from meats, sausages and soft drinks or industrialized juices. Discussion: Dyslipidemic patients have inadequate eating and living habits that contribute to the worsening of the lipid profile. Conclusion: It is suggested the continuous monitoring of patients aiming at greater adherence to guidelines and better health and life habits.

Key words: Food consumption. Nutritional status. Hypertension.

2 - Doutora em Saúde e comportamento pela Universidade Católica de Pelotas, Professora Auxiliar da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas-RS, Brasil.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no mundo. Mais pessoas morrem anualmente por essas doenças do que por qualquer outra causa. Cerca de 17,7 milhões de pessoas morreram por DCV em 2016, representando 31% de todas as mortes em nível global (OMS, 2018).

As dislipidemias são fatores de risco associados às DCV e representam um distúrbio que altera os níveis séricos dos lipídeos, incluindo: colesterol total alto (CT), triglicérido (TG) alto, colesterol de lipoproteína de alta densidade (HDL) baixo e níveis elevados de colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL) (López, 2020).

Os níveis de lipídios na corrente sanguínea estão associados ao estado nutricional, idade, hábito de praticar exercícios, de ingerir bebidas alcoólicas e de consumir excesso de carboidratos e gorduras (Sarmiento e colaboradores, 2020).

O monitoramento dos indicadores de risco deve ser uma ação constante, para fornecer dados que subsidiem as políticas de promoção da saúde, visando o incentivo à adoção de um estilo de vida saudável (Korbes e colaboradores, 2020).

O exercício físico pode ajudar na prevenção e controle das dislipidemias, pois aumenta a capacidade do tecido muscular de consumir ácidos graxos e a atividade da enzima lipase lipoprotéica no músculo, aumentando os níveis de HDL e diminuindo os níveis de triglicérides, de LDL e VLDL (Carvalho e colaboradores, 2020).

O hábito de fumar pode estar associado a uma diminuição dos níveis de colesterol HDL e aumento do colesterol VLDL (Carvalho e colaboradores, 2020).

A obesidade além de reduzir a qualidade de vida, preedispõe a doenças como diabetes, DCVs, asma, esteatose hepática e até alguns tipos de câncer.

Além disto, o excesso de gordura visceral está associado com elevadas taxas de morbi-mortalidade, alterações do perfil lipídico, entre outras doenças (Ormundo, Duarte, 2017).

Também considerado como fator de risco para dislipidemia, o consumo excessivo de gorduras saturadas está associado ao aumento das taxas de LDL e CT (SBC, 2013). E a ingestão excessiva de álcool é frequentemente acompanhada de aumento dos TG (Carvalho e colaboradores, 2020).

Portanto, tendo em vista a necessidade de intervenção e acompanhamento nutricional de pacientes adultos com hábitos alimentares e de vida inadequados, associados ou não à comorbidades, o objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de fatores de risco associados a dislipidemia de pacientes adultos atendidos em um ambulatório de nutrição.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo descritivo, retrospectivo, realizado entre 2014 e 2019 em um ambulatório de Nutrição na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. Foram analisadas informações coletadas dos prontuários dos pacientes relacionadas ao perfil dos pacientes adultos.

As variáveis coletadas foram: sexo, idade, Estatura, cor de pele, escolaridade, estado civil, local onde mora (zona urbana ou rural; Pelotas ou outras cidades), patologias com ênfase para hipertensão e diabetes, hábitos de vida como o tabagismo e etilismo e as datas das consultas.

Além disso, foram avaliados na primeira e na última consulta: peso, prática e tempo de exercício físico e consumo alimentar principalmente o consumo de gordura saturada e/ou trans (embutidos, industrializados, gordura aparente das carnes, banha/manteiga/margarina, leite integral), e o consumo de frituras e de carboidratos refinados como açúcares, doces, refrigerantes e sucos industrializados.

Foram calculados: o número de consultas no período, o tempo de intervenção em meses, o índice de massa corporal (IMC) na primeira e na última consulta, e as porcentagens de variação de peso e de perda de excesso de peso entre a primeira e a última consulta, absolutas e relacionadas ao tempo de intervenção (em meses) e ao número de consultas no período.

Quanto ao consumo alimentar, foram coletadas informações tanto na primeira quanto na última consulta, conforme o Guia Alimentar (Ministério da Saúde, 2014) com algumas modificações, sobre o consumo de frutas (não consome frutas todos os dias; consome até 2 por dia unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural; 3 ou mais por dia); legumes e verduras (não come legumes, nem verduras todos os dias; até 5 colheres de sopa; 6 ou mais colheres de sopa por dia) leite e

derivados (não consome leite, nem derivados; até 2 copos de leite ou pedaços/fatias/porções por dia; 3 ou mais por dia); alimentos integrais (não consome; consome) e copos de água ao dia (até 4 copos por dia; 5 a 7 copos por dia; 8 copos ou mais por dia). Foi avaliado também o consumo de alimentos considerados não saudáveis, como açúcar e doces, refrigerantes e sucos industrializados, embutidos, alimentos industrializados e frituras (até 1 vez por semana; de 2 a 3 vezes por semana; 4 vezes ou mais vezes por semana), gordura aparente das carnes ou a pele do frango ou outro tipo de ave (sim ou não) e o hábito de colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato (sim ou não).

O peso e a altura foram obtidos utilizando-se uma balança da marca Filizola, com capacidade para 200 kg e precisão de 100 g, e um estadiômetro da mesma marca, com capacidade para 2,2 m e precisão de 0,5 cm, respectivamente. Para realização da avaliação do estado nutricional dos pacientes, utilizou-se o cálculo de IMC (Kg/m^2) (Ministério da Saúde, 2018).

O risco para desenvolvimento de complicações metabólicas, especialmente as cardiovasculares, baseada na circunferência da cintura CC, foi classificado utilizando-se critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde.

O índice de conicidade (IC), o qual avalia a obesidade central e relaciona-se às DCV, em especial a doença arterial coronariana (DAC), utiliza as medidas do peso, da estatura e da CC. Foi utilizado como ponto de corte para discriminar o risco coronariano em mulheres o valor de 1,18cm e para homens, 1,25cm (Valdez e colaboradores, 1993).

E a circunferência do pescoço (CP) é validada como um marcador antropométrico de risco cardiometabólico, obesidade, risco cardiovascular e resistência à insulina, a qual indica o acúmulo de gordura subcutânea na parte superior do corpo (Frison, Boscaini, 2013).

A adesão ao tratamento nutricional dos pacientes, foi avaliada comparando-se os dados antropométricos IMC, CC, CP e IC e os hábitos alimentares, principalmente o consumo de gorduras saturadas, trans e excesso de carboidratos refinados, entre a primeira e última consulta no período, avaliando-se as porcentagens de variação de peso e de perda de excesso de peso absolutas e relacionadas

ao tempo de intervenção e ao número de consultas no período.

As análises estatísticas foram realizadas através do pacote estatístico Stata® 12.0. Para avaliação de diferenças significativas nas variáveis contínuas foram utilizados os testes: Teste t, ANOVA, Mann-Whitney e para as variáveis categóricas foi utilizado o teste exato de Fischer, com significância de 5%.

O estudo fez parte de um projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPEL, sob o parecer de número 107.11.

RESULTADOS

A amostra do presente estudo foi constituída por 206 adultos, dos quais 74,3 % eram mulheres, 78% de cor branca, 34% possuíam ensino médio completo, 49% eram casados, 97% residiam na zona urbana e 86% na cidade de Pelotas.

Dentre as patologias analisadas destacou-se hipertensão (42%), seguida de dislipidemia (31%) e diabetes (28%). Em relação a prática de atividade física na primeira consulta, 67,5% não praticavam e na última consulta manteve-se elevada a prevalência de sedentarismo, com 60% de não praticantes (dados não apresentados em tabela).

Com relação à prevalência dos fatores de risco para dislipidemias, metade dos pacientes dislipidêmicos apresentava hipertensão e 35,9% diabetes; 9,52% eram tabagistas e 7,81% etilistas; a maioria era sedentário (73,44% e 64,06% na primeira e na última consulta no período, respectivamente) e obeso (73,44% e 65,63%, respectivamente); quanto ao consumo alimentar excessivo de gorduras, principalmente saturadas e trans, a maioria referiu consumir, no máximo uma vez por semana, produtos industrializados (65,57% e 78,57%, respectivamente), embutidos (65,57% e 78,57%, respectivamente) e frituras (65% e 80,65%, respectivamente) e referiu retirar as gorduras aparentes das carnes antes do preparo (61% e 83%, respectivamente).

Quanto ao consumo excessivo de carboidratos refinados, a maioria dos dislipidêmicos referiu consumir, no máximo uma vez por semana açúcares ou doces (41,27% e 58,14%, respectivamente) e refrigerantes ou sucos industrializados

(46,77% e 66,67%, respectivamente) (Tabela 1).

Tabela 1 - Prevalência dos fatores de risco hipertensão, diabetes, sedentarismo, excesso de peso e consumo alimentar excessivo de alimentos ricos em gorduras e de carboidratos refinados, na primeira e na última consulta, de adultos com e sem dislipidemia atendidos em um Ambulatório de Nutrição na cidade de Pelotas-RS, de 2014 a 2019 (n=206).

Fatores de Risco	Primeira consulta		Valor de p*	Última consulta		Valor de p*
	Dislipidêmicos n (%)	Não-Dislipidêmicos n (%)		Dislipidêmicos n (%)	Não-Dislipidêmicos n (%)	
Hipertensão	n=64	n=141	0,078			
Sim	32(50)	54(38,3)				
Não	32(50)	87(61,7)				
Diabetes	n=64	n=141	0,058			
Sim	23(35,9)	34(24,1)				
Não	41(64)	107(61,7)				
Exercício físico (min/semana) ^{αβ}	n=64	n=141	0,472	n=64	n=141	0,343
Não prática	47(73,44)	91(64,54)		41(64,06)	84(59,57)	
Prática < 150 min/sem	9(14,06)	29(20,57)		18 (28,13)	35(24,82)	
Prática >150min/sem	8(12,50)	21(14,89)		5(7,81)	22(15,60)	
Estado Nutricional ^{αβ}	n=64	n= 141	0,310	n=64	n=140	0,111
Baixo peso ou Eutrofia	2(3,13)	13(9,22)		2(3,13)	17(12,14)	
Sobrepeso	15(23,44)	34(24,11)		20(31,25)	40(28,57)	
Obesidade	47(73,44)	94(66,67)		42(65,63)	83(59,29)	
Consumo de frituras	n=60	n=134	0,308	n=31	n=78	0,337
Até 1	39(65)	95(70,90)		25(80,65)	69(88,46)	
2 a 3	15(25)	21(15,67)		5(16,13)	6(7,69)	
≥4 ou mais	6(10)	18(13,43)		1(3,23)	3(3,85)	
Consumo de gordura aparente das carnes ^{αβ}	n=57	n=123	0,229	n=36	n=71	0,470
Sim	35(61)	84(68)		30(83)	62(87)	
Não	22(39)	39(32)		6(17)	9(13)	
Tipo de gordura utilizada ^β	n=61	n=128	0,470	n=37	n=74	0,639
Óleo Vegetal	53(87)	109(85)		35(95)	72(95)	
Banha/manteiga	8(13)	18(15)		2(5)	2(5)	
Margarina/ gordura vegetal						
Tipo de Leite	n=50	n=120	0,789	n=42	n=93	0,923
Não consome	21(42)	49(41)		12(29)	29(31)	
Integral	18(36)	39(32)		13(31)	23(25)	
Semidesnatado	11(22)	32(27)		16(38)	38(41)	
Consumo de embutidos (vezes/semana) ^{αβ}	n=61	n=135	0,320	n=28	n=75	0,848
Até 1	26(41,27)	59(43,38)		25(58,14)	65(67,01)	
2 a 3	23(36,51)	9(6,62)		5(11,63)	7(7,22)	
≥4 ou mais	23(36,51)	68(50)		13(30,23)	25(25,77)	
Consumo de Alimentos industrializados	n=61	n=131	0,444	n=30	n=66	0,084

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

(vezes/ semana)						
≤1	43(70,49)	99(75,57)		22(73,33)	59(89,39)	
2 a 3	8(13,11)	19(14,50)		5(16,67)	3(4,55)	
≥4 ou mais	10(16,39)	13(9,92)		3(10)	4(6,06)	
Consumo de açúcares e doces (vezes/semana) ^β	n=63	n=136	0,006	n=43	n=95	0,483
Até 1	26(41,27)	59(43,38)		25(58,14)	65(67,01)	
2 a 3	23(36,51)	9(6,62)		5(11,63)	7(7,22)	
≥4 ou mais	23(36,51)	68(50)		13(30,23)	25(25,77)	
Consumo de refrigerantes e sucos industrializados (vezes/semana) ^{αβ}	n=62	n=134	0,390	n=36	n=79	0,952
Até 1	29(46,77)	65(48,51)		24(66,67)	55(69,62)	
2 a 3	14(23)	20(14,93)		6(16,77)	13(16,46)	
≥4 ou mais	19(30)	49(36,57)		6(16,77)	11(13,92)	

Legenda: *Teste Exato de Fischer, para avaliar diferenças significativas entre dislipidêmicos e não-dislipidêmicos. ^α p<0,05, Teste Exato de Fischer, para avaliar diferenças significativas entre a 1ª e última consultas de dislipidêmicos e ^β p<0,05, Teste Exato de Fischer, para avaliar diferenças significativas entre a 1ª e última consultas de não-dislipidêmicos

Em relação aos hábitos alimentares considerados saudáveis, a maioria dos pacientes dislipidêmicos referiu consumir até cinco colheres de sopa de legumes e verduras por dia (67,19% e 60,38% na primeira e na última consulta no período, respectivamente), consumir até duas unidades de fruta por dia

(47,62% e 48,15%, respectivamente), consumir de cinco a sete copos de água por dia (42,86% e 54,55%, respectivamente), consumir até dois copos de leite por dia (60,32% e 70,21%, respectivamente), e consumir alimentos integrais (50% e 71,11%, respectivamente) (Tabela 2).

Tabela 2 - Associação da dislipidemia com variáveis de consumo alimentar na primeira e na última consulta de adultos com e sem dislipidemia atendidos em um Ambulatório de Nutrição na cidade de Pelotas-RS, de 2014 a 2019 (n=206).

Consumo	Primeira consulta			Última consulta		
	Dislipidêmicos n (%)	Não- Dislipidêmicos n (%)	Valor de p*	Dislipidêmicos n (%)	Não- Dislipidêmicos n (%)	Valor de p*
Legumes e verduras (colheres de sopa) ^β	n=64	n=139	0,199	n=53	n=118	0,482
Não consome todos os dias	14 (21,88)	47(33,81)		6(11,32)	20(16,95)	
Até 5	43(67,19)	81(58,21)		32(60,38)	73(61,86)	
6 ou mais	7(10,94)	11(7,91)		15(28,30)	25(21,19)	
Frutas (porções) ^β	n=63	n=141	0,532	n=54	n=127	0,932
Não consome todos os dias	22(34,92)	59(41,84)		12(22,22)	25(19,69)	
Até 2 por dia	30(47,62)	64(45,39)		26(48,15)	63(49,61)	
3 ou mais por dia	11(17,46)	18(12,77)		16(29,63)	39(30,71)	
Água(copos/dia) ^{αβ}	n=63	n= 139	0,847	n=55	n=127	0,901
≤Até 4	23(36,51)	53(38,13)		7(12,73)	19(14,96)	
5 a 7	27(42,86)	62(44,60)		30(54,55)	70(55,12)	
8 ou mais	13(20,63)	24(17,27)		18(32,73)	38(29,92)	
Leite e derivados(copos/dia) ^{αβ}	n=63	n=136	0,795	n=47	n=111	0,696
Não consome todos os dias	22(34,95)	52(38,24)		12(25,53)	35(31,53)	
Até 2	38(60,32)	79 (58,09)		33(70,21)	69(62,16)	
3 ou mais	3(4,76)	5(3,68)		2(4,26)	7(6,31)	
Alimentos integrais ^β	n=60	n=127	0,183	n=45	n=92	0,162
Não consome	30(50)	74(58,27)		13(28,89)	36(39,13)	
Consome	30(50)	53(41,73)		32(71,11)	56(60,87)	

*Teste Exato de Fischer, para avaliar diferenças significativas entre dislipidêmicos e não-dislipidêmicos. α p<0,05, Teste Exato de Fischer, para avaliar diferenças significativas entre a 1ª e última consultas de dislipidêmicos e β de não-dislipidêmicos.

Quanto à classificação do risco para desenvolvimento de complicações metabólicas, especialmente as cardiovasculares, a maioria dos pacientes dislipidêmicos apresentavam risco substancialmente aumentado baseado na CC (90,4% e 92%, na primeira e na última

consulta no período, respectivamente), risco aumentado baseado na CP (94,3% e 86,2%, respectivamente) e risco coronariano baseado no IC (96,8% e 93,7%, respectivamente). Não foi observada diferença significativa nestes riscos entre dislipidêmicos e não dislipidêmicos (Tabela 3).

Tabela 3 - Classificação do risco para desenvolvimento de complicações metabólicas, especialmente as cardiovasculares, baseados na circunferência da cintura (CC), circunferência do pescoço (CP) e índice de conicidade (IC), na primeira e última consulta de pacientes adultos com e sem dislipidemia atendidos em um Ambulatório de Nutrição na cidade de Pelotas-RS, de 2014 a 2019 (n=206).

Risco	Primeira Consulta		Valor de p*	Última consulta	
	Dislipidêmicos	Não-Dislipidêmicos		Dislipidêmicos	Não-Dislipidêmicos
Baseado na CC ^β	n= 62	n= 138	0,561	n=63	n=136
Diminuído	1(1,6)	7(5)		2(3,2)	13(9,5)
Aumentado	5(8)	13(9,5)		3(4,8)	13(9,5)
Substancialmente aumentado	56(90,4)	118(85,5)		58(92)	110(81)
Baseado na CP ^{αβ}	n=53	n=110	0,753	n=58	n=1170
Diminuído	3(5,7)	9(8,8)		8(13,8)	12(10,2)
Aumentado	50(94,3)	101(91,2)		50(86,2)	105(89,8)
Coronariano baseado no IC ^{αβ}	n=62	n=135		n=64	n= 136
Sem risco	2(3,2)	5(3,7)	0,622	4(6,3)	14(10,3)
Risco	60(96,8)	132(96,3)		60(93,7)	122(89,7)

Legenda: *Teste Exato de Fischer, para avaliar diferenças significativas entre dislipidêmicos e não-dislipidêmicos. α $p < 0,05$, Teste Exato de Fischer, para avaliar diferenças significativas entre a 1ª e última consultas de dislipidêmicos e β $p < 0,05$, Teste Exato de Fischer, para avaliar diferenças significativas entre a 1ª e última consultas de não-dislipidêmicos

Já em relação à avaliação antropométrica, somente as medianas de CC na última consulta no período dos pacientes dislipidêmicos eram significativamente maiores do que as dos pacientes não dislipidêmicos. E

com exceção do IC e do tempo de atividade física em minutos por semana, houve redução significativa da média de todos os dados antropométricos e aumento do número de refeições (Tabela 4).

Tabela 4 - Médias, desvio padrão e medianas das variáveis contínuas de pacientes adultos com e sem dislipidemia atendidos em um Ambulatório de Nutrição na cidade de Pelotas-RS, de 2014 a 2019 (n=206).

Variável Contínua	Dislipidêmicos			Não-Dislipidêmicos			Valor de p*
	n	Média ± DP	Mediana	n	Média ± DP	Mediana	
Idade (anos)	64	47,64±11,03	52,10	141	42,82±10	43,42	0,0023
Tempo de intervenção (meses)	63	13,36±13,42	7,1	141	9,47±8,22	7	0,0634
Número de consultas	64	5,68±3,28	4	141	5,35±3,01	4	0,3863
Peso (kg) ^{a, b}	64						0,1671
1ª consulta		90,56±19,93	87,57	141	88,01±22,88 ^b	83,3	0,2718
Última consulta	64	88,22±19,41	83,71	140	84,25±20,78 ^b	80,17	0,0761
IMC (kg/m ²) ^{a, b}	64	35,09±7,09	33,63	141	33,48±7,74	32,53	0,3496
1ª consulta							0,0208
Última consulta	64	34,17±6,91	32,60	140	32,02±6,86	31,23	0,0208
Circunferência da cintura (cm) ^{a, b}	62	111,28±16,38	108	138	108,17±14,42 ^b	109	0,3840
1ª consulta							0,1616
Última consulta	63	108,80±15,24	106	138	103,38±15,30	104,4	0,4130
Circunferência do pescoço (cm) ^{a, b}	53	39,74± 4,21 ^a	39	110	39,18±4,72	38,5	0,5211
1ª consulta							0,0675
Última consulta	58	39,23±4,77	38	117	38,09±4,06	37,5	0,0532
Índice de conicidade	62	1,36±0,092	1,34	137	1,34±0,090	1,35	0,0546
1ª consulta							0,0099
Última consulta	64	1,32±.190	1,34	136	1,32±0,010	1,34	0,0411
% de perda de excesso de peso Por mês	45	2,54±2,89	1,59	107	4,24±4,84	2,62	0,8105
Por consulta	46	3,71±3,45	2,67	107	5,85±6,25	3,83	0,1086
Porcentagem de perda de peso Por mês	47	-0,52±.48	-0,41	109	-0,83±0,76	-0,72	0,1373
Por consulta	48	-0,80±.58	-0,69	109	-1,16±1,00	-1,00	0,3955
Atividade física (min/semana)	17	122,64±84,11	140	50	138,4±113,76	90	0,1086
1ª consulta							0,1086
Última consulta	23	104,56±95,45	60	57	148,59±134,8	90	0,1086
Número de refeições ^b				3			
1ª consulta	64	4,64±1,10	5	140	4,42±1,093	4	0,1373
Última consulta	55	4,98±1,02	5	127	5,15±1,37 ^b	5	0,3955

Legenda: **Mann-Whitney, para avaliar diferenças significativas entre dislipidêmicos e não-dislipidêmicos **Test t, para avaliar diferenças significativas entre dislipidêmicos e não-dislipidêmicos.

DISCUSSÃO

No presente estudo houve uma predominância do sexo feminino (74,1%), resultado também evidenciado no estudo de Bortoli e colaboradores (2011), realizado com adultos e idosos (idade ≥ 20 anos) com dislipidemia de Veranópolis-RS, onde 76,4% eram mulheres, e no estudo realizado por Santos e colaboradores (2013), com adultos com idade ≥ 40 anos, atendidos em um ambulatório de Nutrição em Recife-PE (75,83%).

A alta prevalência do sexo feminino evidenciada nos três estudos pode estar relacionada com uma maior preocupação do gênero feminino com a saúde fazendo com que a procura por serviços e assistência em saúde, em sua maioria, ocorra por mulheres, resultado considerado preocupante, pois os homens também são acometidos por diversas doenças e procuram os serviços de saúde tardiamente, dificultando o tratamento (Santos e colaboradores, 2013).

Neste estudo houve prevalência de dislipidemia em 32% da amostra, resultado considerado elevado, porém esperado, já que a amostra foi realizada em um ambulatório de Nutrição que disponibiliza serviços de saúde a pacientes encaminhados por motivos de doenças, incluindo aqueles com alterações lipídicas.

Em outro estudo realizado por Moraes, Checchio, Freitas (2013), com adultos com idade ≥ 30 anos, residentes em Ribeirão Preto-São Paulo, foi encontrada uma prevalência duas vezes maior de dislipidemia (61,9%), resultados estes associados a fatores genéticos, ambientais e pelo estilo de vida destes indivíduos.

Na amostra avaliada foi observada associação entre dislipidemia e idade, onde a mediana de idade de pacientes com dislipidemia foi significativamente maior do que a dos não dislipidêmicos.

No estudo de Ribeiro, Cademartori, Rocha (2016), realizado com adultos com idade ≥ 20 anos, de Santana do Livramento-RS, observou-se associação significativa entre idade e níveis lipídicos de colesterol total e LDL-c em ambos os sexos, onde o colesterol foi mais elevado nos indivíduos de maior faixa etária (acima dos 40 anos de idade). Estes resultados podem ser explicados pelo estilo de vida e comportamento adotados pelos indivíduos dessa faixa etária, como tabagismo, sedentarismo, etilismo e hábitos alimentares.

Em outro estudo realizado por Jesus e colaboradores (2018) com adultos com idade ≥ 31 anos, realizado em um ambulatório médico na cidade de Barretos-SP, o predomínio de dislipidemia ocorreu também em pacientes com idade superior a 50 anos, com a média de 56,5 anos.

Os fatores de risco mais prevalentes nos dislipidêmicos, no presente estudo, foram: sedentarismo (73,44%), obesidade (73,44%), hipertensão (50%), diabetes (35,9%) e consumo excessivo de açúcar simples (≥ 4 vezes por semana, 36,51%).

Estes resultados foram considerados elevados e necessitam de intervenção e acompanhamento para que estes pacientes não venham a desenvolver outras doenças associadas a estes riscos.

Nos estudos de Santos e colaboradores (2013) e de Bortoli e colaboradores (2011) também foi observada uma elevada prevalência de excesso de peso (80% e 79,2%, respectivamente).

A obesidade é um dos mais graves problemas de saúde pública, visto que o excesso de peso, em conjunto com hábitos alimentares inadequados, é associado a alterações no perfil lipídico e desenvolvimento de outras doenças (Uarthe e colaboradores, 2019).

Resultado divergente foi encontrado no estudo de Garcez e colaboradores (2014), com amostra representativa de residentes do município de São Paulo-SP, em que a maior parte da população era eutrófica (49,81%), resultado considerado atípico já que a maior parte da população atualmente encontra-se acima do peso adequado.

Quanto à inatividade física, no estudo de Bortoli e colaboradores (2011) houve uma prevalência de 51,7% de sedentarismo, resultado inferior ao encontrado no presente estudo, mas também considerado elevado já que mais da metade da amostra não praticava nenhum tipo de atividade física, aumentando o risco para obesidade e desenvolvimento de outras doenças.

No presente estudo houve melhora significativa, entre a primeira consulta e a última consulta no período, entre dislipidêmicos, na prevalência de excesso de peso, inatividade física, consumo de refrigerantes ou sucos industrializados e de água, o que evidencia uma boa adesão dos dislipidêmicos ao tratamento nutricional.

O hábito de fumar e consumir bebidas alcoólicas foram menos frequentes na amostra

do presente estudo (entre os dislipidêmicos: 9,52% e 7,81%, respectivamente).

Nos estudos de Bortoli e colaboradores (2011) e Pereira e colaboradores (2015) com indivíduos com idade ≥ 18 anos, residentes nas capitais dos estados da Região Centro Oeste, às prevalências de tabagismo foram semelhantes (6,6 % e 15,3%, respectivamente).

Ambos os resultados foram considerados baixos, porém deve ser levado em consideração que muitos indivíduos não referem à existência desses hábitos, o que torna a amostra não representativa para estas variáveis.

Já no estudo realizado por Pereira e colaboradores (2015) observou-se uma maior prevalência de consumo de bebida alcoólica (40,6%), resultado este considerado elevado, porém representativo, pois muitos indivíduos consomem bebidas alcoólicas, o que os tornam sensíveis para o desenvolvimento de outros problemas de saúde.

Quanto ao consumo de gorduras, principalmente as saturadas e trans, houve uma melhora significativa entre a primeira e última consulta no consumo da gordura aparente das carnes e de embutidos (redução significativa), e de leite desnatado ou semidesnatado (aumento significativo), evidenciando uma boa adesão ao tratamento.

E houve um aumento significativo na média do número de refeições. No estudo de Bortoli e colaboradores (2011), que avaliou a ingestão dietética de gordura saturada em adultos, 64% da amostra consumia 7% ou menos de gordura saturada, ou seja, apresentava uma prática considerada adequada.

No presente estudo, apesar de quase a totalidade dos dislipidêmicos apresentarem risco aumentado para desenvolvimento de complicações metabólicas, especialmente as cardiovasculares, baseados na CC, CP e IC, foi observada uma redução significativa da porcentagem de pacientes com dislipidemia que apresentavam risco baseado nos três marcadores, na última consulta no período, e uma redução significativa da média de todos os dados antropométricos (com exceção do IC), resultados que também evidenciam uma boa adesão dos pacientes ao tratamento nutricional.

E houve associação da dislipidemia somente com a CC na última consulta no período e com as porcentagens de perda de

peso e de perda de excesso de peso, por mês e por consulta.

CONCLUSÃO

Houve melhoras nos hábitos alimentares e de vida dos pacientes avaliados, mas são necessárias ações constantes a fim de garantir maior adesão ao tratamento e as orientações, bem como melhorias em hábitos de saúde e de vida.

REFERÊNCIAS

- 1-Bortoli, C.; Bonatto, S.; Bruscatto, N.M.; Siviero, J. Ingestão Dietética de Gordura Saturada e Carboidratos em Adultos e Idosos com Dislipidemias Oriundos do Projeto Veranópolis. *Revista Brasileira de Cardiologia*. Vol. 24. Num. 1. 2011. p. 33-41.
- 2-Carvalho, T.; Milani, M.; Ferraz, A.S.; Silveira, A.D.; Herdy, A.H.; Hossri, C.A.C.; Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*. Vol. 114. Num. 5. 2020. p. 943-87.
- 3-Frison, V.; Boscaini, C. Circunferência do pescoço, fatores de risco para doenças cardiovasculares e consumo alimentar. *Revista Brasileira de Cardiologia*. Vol. 26. Num. 6. 2013. p. 426-3
- 4-Garcez, M.R.; Pereira, J.L.; Fontanelli, M.M.; Marchioni, D.M.L.; Fisberg, R.M. Prevalência de Dislipidemia Segundo Estado Nutricional em Amostra Representativa de São Paulo. *Revista Brasileira de Cardiologia*. São Paulo. Vol. 103. Num. 6. 2014. p. 476-484.
- 5-Korbes, A. S.; Marchi, M.E.; Santos, R.Z.; Lucca, L.; Martins, E.T.C.; Karsten, M.; Benetti, M. Relações entre Atividade Física, Hábitos Alimentares e IMC de Hipertensos de uma Unidade Básica de Saúde. *RevDERC*. Vol. 26. Num. 2. 2020. p. 49-55.
- 6-Jesus, L.M.; Colombo, T.E.; Camilo, N.S.R.; Barboza, M.A. Influência da dislipidemia no surgimento e agravamento de cardiopatia sem adultos na cidade de Barretos-SP. *Health Sci Inst*. Vol. 36. Num. 1. 2018. p. 19-22.
- 7-López, V.L. Prevalência de dislipidemias em pacientes obesos. *MEDISAN*. Vol. 24. Núm. 2. 2020. p. 1-12.

8-Ministério da Saúde. Brasil. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília-DF. Ministério da Saúde. 2014.

9-Ministério da Saúde. Brasil. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Brasília-DF. Ministério da Saúde. 2018.

10-Moraes, S.A.; Checchio, M.V.; Freitas, I.C.M. Dislipidemia e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto-SP. Resultados do Projeto EPIDCV. Revista Brasileira Endocrinologia Metabolismo. Vol.57. Num. 9. 2013. p. 691-701.

11-Ormundo, L.S.; Duarte, S.F.P. Avaliar a Correlação da Obesidade com Hipertensão Arterial em Adultos Sedentários na Cidade de Vitória da Conquista. Rev. Mult. Psic. Vol.11. Num. 38. 2017. p. 791-798.

12-OMS. Organização Mundial da Saúde/Organização Pan Americana da Saúde. São Paulo. 2018.

13-Pereira, L.P.; Sichieri, R.; Segri, N.J.; Silva, R.M.V.G.; Ferreira, M.G. Dislipidemia autorreferida na região Centro-Oeste do Brasil: prevalência e fatores associados. Revista Ciência saúde coletiva. Vol. 20. Num. 6. 2015. p. 1815-1824.

14-Ribeiro, S.C.P.; Cademartori, B.G.; Rocha, A.S. Avaliação do perfil lipídico em adultos no Sul do Brasil. Revista Saúde. Vol.42. Num. 2. 2016. p. 1-9.

15-Santos, C.M.; Silva, C.S.; Araújo, E.C.; Arruda, I.K.G.; Diniz, A.S.; Cabral, P.C. Perfil lipídico e glicídico de pacientes atendidos em ambulatório e sua correlação com índices antropométricos. Revista Portuguesa Cardiologia. Vol. 32. Num. 1. 2013. p. 35-41.

16-Sarmento, C.V.; Vilela, A.C.V.; Saraiva, A.L.P.; Coury, M.I.F. Gordura trans: mecanismos bioquímicos e patologias associadas. Vol. 57. Num. 2. 2020. p. 63-82.

17-SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia: V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Vol. 101. Num. 4. Supl. 1. 2013.

18-Uarthe, B.M.; Pretto, A.D.B.; Massaut, K.B.; Colvara, Y.P.; Deniz, M.A.; Pacheco, F.B.;

Moreira, A.N. Avaliação do índice de conicidade como preditor de risco cardiometabólico e suas associações em pacientes adultos submetidos a atendimento ambulatorial no Sul do Brasil. Semina: Ciências biológicas e da saúde. Vol. 40. Num. 2. 2019. p.157-172

19-Valdez, R.; Seidell, J.C.; Ahn, Y.I.; Weiss, K.M. A new index of abdominal adiposity as an indicator of risk for cardiovascular disease. International Journal of Obesity. Vol. 17. Num. 2. 1993. p.77-88.

3 - Mestranda no Programa de Nutrição e Alimentos da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS, Brasil.

4 - Doutora em Biotecnologia pela Universidade Federal de Pelotas, Professora Associada da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas-RS, Brasil.

E-mail dos autores:

vanessamotta@hotmail.com
 lucelliagsoeres@gmail.com
 alidoumid@yahoo.com.br
 bruarthe@gmail.com
 yannepereira@gmail.com
 adriana-telis@hotmail.com
 lucasffurtado20@gmail.com
 nathaliaaspecht@gmail.com
 larissasama@hotmail.com
 larissasama@hotmail.com
 angelmanmoreira@yahoo.com.br

Autor para correspondência:

Alessandra Doumid Borges Pretto.
 alidoumid@yahoo.com.br
 General Telles 645, ap. 302.
 Centro, Pelotas-RS, Brasil.
 CEP: 96010-310.
 Telefone: (53) 981564831

Recebido para publicação em 07/09/2020

Aceito em 14/03/2021