



## Perfil sociodemográfico e nutricional dos pacientes atendidos na clínica escola Vera Tamm de Andrada em Barbacena – MG

Sociodemographic and nutritional profile of patients seen at the Vera Tamm de Andrada school clinic in Barbacena – MG

Cláudia R. da S. Magalhães<sup>1</sup>, Iury A. de Souza<sup>2</sup>, Elisa G. Mendonça<sup>1\*</sup>

Submetido: 14/04/2019

Aceito: 21/05/2020

### Resumo

**Introdução:** Nas últimas décadas tem-se observado várias mudanças no perfil demográfico das populações, com relação ao aumento do número de pessoas com sobrepeso, obesidade e malnutrição. Nesse sentido, a assistência nutricional por profissionais especializados é extremamente importante e objetiva planejamento e intervenções adequadas, bem como promover monitoramento e reavaliações em um período de tempo. **Objetivo:** Avaliar o perfil sociodemográfico e os parâmetros nutricionais dos pacientes atendidos na Clínica Escola Vera Tamm de Andrada, no município de Barbacena, MG. **Materiais e Métodos:** Este foi um estudo clínico retrospectivo com revisão de protocolos de atendimento nutricional de pacientes de 18 a 75 anos, atendidos na Clínica Escola Vera Tamm de Andrada, nos períodos de 2015 a agosto de 2017 onde foram obtidos os dados sociodemográficos e antropométricos. **Resultados:** A média de idade dos pacientes foi de 40,62 anos, sendo a maioria do sexo feminino. O nível de escolaridade principal encontrado nesses indivíduos foi o ensino superior incompleto, com renda familiar entre 1.000 a 3.000 reais. A classificação do Índice de massa corporal mostrou-se acima do ideal e da circunferência abdominal a maioria encontra-se em risco para doenças cardiovasculares. Houve também, uma maior prevalência de desenvolvimento de doenças associadas à obesidade e obesidade, propriamente dita, com relação à gordura corporal. **Discussão:** O presente estudo corrobora outros achados da literatura onde dados epidemiológicos também revelam prevalência de sobrepeso, obesidade e risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. **Conclusão:** Foram revelados percentuais elevados de excesso de peso, gordura abdominal e de gordura corporal, favorecendo maiores riscos para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e outras comorbidades. O estudo contribui para o conhecimento das demandas locais no que se refere a pontos de atenção e cuidado, nutricional, podendo vir a contribuir para a tomada de medidas preventivas e elaboração de ações de saúde coletiva na Clínica Escola Vera Taam de Andrada, diante da realidade encontrada.

**Palavras-chave:** Perfil Nutricional. Avaliação Nutricional. Obesidade. Doenças Metabólicas.

<sup>1</sup> Faculdade de Nutrição, Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Campus Magnus Barbacena, Minas Gerais, Brasil. <sup>2</sup> Centro Universitário UNIFAMINAS, Campus Muriaé, Minas Gerais, Brasil. \*Endereço para correspondência: Rodovia MG 338 Km 12, Colônia Rodrigo Silva, Barbacena, MG, Brasil, CEP: 36201 – 143. Conflitos de Interesse: Nada a declarar.

## Abstract

**Introduction:** In recent decades, several changes have been observed in the demographic profile of populations, in relation to the increase in the number of overweight, obesity and malnourished people. In this sense, nutritional assistance by specialized professionals is extremely important and aims at planning and appropriate interventions, as well as promoting monitoring and reassessments over a period of time.

**Objective:** To evaluate the sociodemographic profile and nutritional parameters of patients treated at Clínica Escola Vera Tamm de Andrada, in the city of Barbacena, MG. **Materials and methods:** It was a retrospective clinical study with review of nutritional care protocols for patients aged 18 to 75 years, attended at Clínica Escola Vera Tamm de Andrada, from 2015 to August 2017, where sociodemographic and anthropometric data were obtained. **Results:** The average age of the patients was 40.62 years old, with the majority being female ones. The main level of education found in these individuals was incomplete higher education, with a family income between 1,000 and 3,000 Reais. The classification of the Body Mass Index proved to be above the ideal and of the abdominal circumference, most are at risk for cardiovascular diseases. There was also a higher prevalence of the development of diseases associated with obesity and obesity, as such, in relation to body fat.

**Discussion:** The present study corroborates with other findings in the literature, where epidemiological data also reveal prevalence of overweight, obesity and risk of developing cardiovascular diseases. **Conclusion:** Expressive percentages of excess weight, abdominal fat and body fat percentage were revealed, favoring greater risks for the development of cardiovascular diseases and other comorbidities. The study contributes to the knowledge of local demands regarding points of attention and nutritional care, and may contribute to the taking of preventive measures and the elaboration of collective health actions in the face of the reality found.

**Keywords:** Nutritional Profile. Nutritional Evaluation. Obesity. Metabolic Diseases.

## Introdução

Nas últimas décadas tem-se observado várias mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações. Tais mudanças são denominadas como uma “transição epidemiológica nutricional”<sup>1</sup>, que ocorreu devido a redução da desnutrição e ao aumento dos índices de sobrepeso e de casos de obesidade<sup>2</sup>, principalmente em regiões urbanas e industrializadas, em ambos os sexos<sup>3</sup>.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), 3% dos indivíduos com 18 anos ou mais são portadores de obesidade mórbida, dentre eles 4% são mulheres e 2% são homens<sup>4</sup>. As mulheres são mais vulneráveis ao excesso de peso e a obesidade, chegando a 49,0% no Brasil e 35,0% no mundo<sup>5</sup>. Considera-se que condições biológicas, renda, escolaridade, idade e paridade, estão diretamente relacionadas ao excesso de peso<sup>1</sup>.

De 1980 a 2013, a prevalência de excesso de peso aumentou 27,5% no mundo, já no Brasil, o excesso de peso chegou a 51%, e a obesidade atingiu 17% da população, sendo considerado um processo pandêmico<sup>1,3,6</sup>. De acordo com dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) 2016, a obesidade cresceu 60%, passando de 11,8% para 18,9%, já o excesso de peso cresceu 26,3%, passando de 42,6% para 53,8% de 2006 a 2016. Entretanto, observa-se que com o aumento do nível de escolaridade dessas pessoas, os índices de obesidade podem diminuir<sup>7</sup>.

Considerando tal pandemia, a assistência nutricional é extremamente importante, sendo a peça chave do profissional nutricionista para o manuseio do paciente. É por meio dela, que se determina o diagnóstico nutricional. Tal diagnóstico consiste em uma série de avaliações com o objetivo de planejar uma intervenção adequada, bem como promover monitoramento a longo prazo<sup>8,9,10</sup>. Avaliar os componentes corporais é importante indicador de alterações nas proporções de gordura e massa magra, as quais têm diferentes implicações à saúde<sup>11</sup>. Desta forma, investigar o estado nutricional dos indivíduos com doenças crônicas, serve como um valioso instrumento para a determinação terapêutica clínica e dietética<sup>12</sup>. Nesse sentido, o profissional nutricionista tem à disposição ferramentas válidas

para obtenção de estimativas desses componentes corporais<sup>13</sup>.

Marcadores antropométricos são métodos não invasivos, de baixo custo e oferecem uma boa correlação com métodos de imagem<sup>14</sup>, circunferência da cintura (CC) e circunferência abdominal (CA) e são as referências mais utilizadas para avaliar a adiposidade abdominal<sup>15</sup>. A CA em conjunto com a bioimpedância (BIA) demonstra excelente correlação com a gordura corporal<sup>6</sup>.

O excesso de gordura abdominal está relacionado com a deposição de tecido adiposo visceral, alterando o perfil metabólico, diminuindo a sensibilidade à insulina e a tolerância à glicose<sup>3,16</sup>.

Os excessos de massa gorda e de água total extracelular caracterizam a obesidade<sup>6</sup> e essa tem relação direta com o risco de comorbidades tais como: dislipidemias, doença vascular hipertensiva, diabetes mellitus tipo II, alguns tipos de neoplasias e doenças musculoesqueléticas, sendo denominadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)<sup>1,14,16</sup>. Importante fator de risco para as DCNT é a adiposidade abdominal aumentada, em que obesos apresentam de três a quatro vezes mais chances de problemas cardiometabólicos, em relação a indivíduos eutróficos<sup>3</sup>. Mais recentemente temos observado um aumento considerável de obesidade, sendo este um grande problema de saúde pública<sup>4</sup>. O diagnóstico precoce é de suma importância para prevenção de doenças, promoção da saúde e redução da morbimortalidade<sup>6</sup>.

Diante disso, o objetivo do estudo foi avaliar o perfil sociodemográfico e nutricional dos pacientes atendidos na Clínica Escola Vera Tamm de Andrada, situada no município de Barbacena - MG.

## Material e Métodos

Trata-se de um estudo clínico retrospectivo, com revisão de protocolos de atendimento nutricional de pacientes atendidos na Clínica Escola Vera Tamm de Andrada, localizada em Barbacena – MG e mantém relação com a Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), no período de 2015 a agosto de 2017. O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Barbacena – MG, sendo aprovado segundo parecer substanciado

sob o número 2.205.448, em conformidade com a Resolução 196/96 do CONEP.

Foram coletados os dados de 292 protocolos de atendimento nutricional, dos quais, apenas 268 foram utilizados para o estudo. Os 24 prontuários restantes foram excluídos da pesquisa por não conter os dados necessários ao mesmo.

Como critérios de inclusão foram utilizados os protocolos de pacientes entre 18 anos e 75 anos, atendidos na Clínica Escola no período mencionado, e que continham todos os dados sociodemográficos, antropométricos e de composição corporal, principalmente no que se refere ao percentual de gordura. Os critérios de exclusão incluíram pacientes fora da faixa etária estabelecida e prontuários com dados faltantes. Esses dados foram anexados em um banco de dados, no Programa Microsoft Excel 2007 e posteriormente avaliados.

Nos protocolos de avaliação nutricional dos pacientes atendidos pelo ambulatório de Nutrição da Clínica Escola foram coletados os seguintes dados sociodemográficos: gênero, idade, escolaridade e renda familiar. Os dados antropométricos coletados foram: peso, estatura, índice de massa corporal (IMC), circunferências da cintura (CC), do quadril (CQ) e abdominal (CA), percentual de gordura corporal (%GC) pelo somatório das quatro pregas (tricipital (PCT), bicipital (PCB), subescapular (PCSE) e suprailíaca (PCSI), (%GC) pelo exame de bioimpedância bipolar (BIA) e índice de adiposidade corporal (IAC). As coletas foram realizadas por pesquisador treinado e orientado para a realização das mesmas.

Os dados coletados foram analisados no software SPSS (versão 14.0). Os resultados do perfil sociodemográfico e do estado nutricional dos pacientes foram expressos como média  $\pm$  desvio padrão para quantitativos e percentuais para variáveis categóricas.

## Resultados

Dos 268 protocolos avaliados, a média de idade dos pacientes foi de  $40,62 \pm 18,06$  anos (Mín. 25 - Máx. 37 anos). A maior parte dos pacientes, 75,7% (n=203) eram do sexo feminino. No período estabelecido para a coleta de dados foi observado um maior número de atendimentos realizados na Clínica Escola no ano de 2016 (Tabela 1).

**Tabela 1.** Classificação do fluxo de pacientes atendidos de acordo com a época (ano) em que ocorreram as avaliações nutricionais na Clínica Escola.

Ano	N (%)
2015	87 (32,5)
2016	125 (46,6)
2017	56 (20,9)
<b>Total</b>	<b>268 (100)</b>

No que diz respeito ao nível de escolaridade, a maior parte dos indivíduos apresentaram ensino superior incompleto, totalizando 30,6% (n=82), seguido por ensino médio completo com 18,3% (n=49). Em relação à renda familiar, apenas 4,5% (n=12) não quiseram ou não souberam informar, 7,8% (n=21) relataram possuir renda superior a 5.000 reais. Os dados sociodemográficos referentes a escolaridade e renda estão dispostos na Tabela 2.

Avaliando os dados nutricionais coletados no atendimento da clínica escola, no que se refere ao peso corporal obteve-se uma média de  $74,93 \pm 17,42$  Kg, (Mín. 39 – Máx. 145,70 Kg). De acordo com a estatura, a média foi de  $163,02 \pm 8,85$  cm, (Mín. 136 – Máx. 191,5 cm). Já pelo IMC, a média obtida foi de  $28,10 \pm 5,9$  Kg/m<sup>2</sup>, (Mín. 14,68 – Máx. 48,28 Kg/m<sup>2</sup>). Em relação à classificação, observou-se que a maioria apresentou IMC acima do ideal, englobando as classificações desde sobrepeso até obesidade classe III, o que totalizou 63,9 %. Das circunferências corporais analisadas, encontrou-se a média de  $87,11 \pm 15,02$  cm, (Mín. 54 – Máx. 146 cm) para a CC e  $95,17 \pm 16,01$  cm, (Mín. 57 – Máx. 149 cm) para CA. De acordo com a classificação da CA, a maioria dos pacientes, 57,8% encontrou-se em risco para DCV. Com relação à gordura corporal pelo somatório das quatro pregas cutâneas, a média foi de  $33,78\% \pm 8,14\%$ , onde a minoria, 7% ficou com classificação dentro da média e a maioria, 70,5% ficou classificada com risco de doenças associadas à obesidade. Já pela BIA, a média foi de  $31,74\% \pm 10,30\%$ , ficando a minoria, 1,9% com classificação na média e a maioria classificada com obesidade. De acordo com o IAC, a média foi de  $32,66\% \pm 6,66\%$ . Os dados de avaliação nutricional, compreendendo todas as análises realizadas, foram descritos na Tabela 3.

**Tabela 2.** Classificação sociodemográfica dos pacientes considerando nível de escolaridade e renda.

<b>Escolaridade</b>	<b>N (%)</b>	<b>Renda (em R\$)</b>	<b>N (%)</b>
Analfabeto	7 (2,6)	Não Informada	12 (4,5)
Ensino Médio Completo	49 (18,3)	< 1000	48 (17,9)
Ensino Superior Incompleto	82 (30,6)	1000 – 3000	149 (55,6)
Ensino Superior Completo	39 (14,6)	3000 – 5000	38 (14,2)
Outros*	91 (33,9)	> 5000	21 (7,8)
<b>Total</b>	<b>268 (100)</b>	<b>Total</b>	<b>268 (100)</b>

\*Outros: Ensino Fundamental Incompleto, Ensino Fundamental Completo, Ensino Médio Incompleto e Pós-graduado.

**Tabela 3.** Classificações dos estados nutricionais segundo IMC e IAC, risco para DCV de acordo com CA, percentual de gordura de acordo com pregas cutâneas e BIA.

<b>Classificação do IMC</b>	<b>N (%)</b>
Baixo peso	11 (4,1)
Adequado	86 (32,1)
Sobrepeso	40 (14,9)
Pré-obesidade	68 (25,4)
Obesidade Classe I	42 (15,7)
Obesidade Classe II	14 (5,3)
Obesidade classe III	7 (2,6)
<b>Classificação do risco para DCV de acordo com CA</b>	
Risco	155 (57,8)
Sem Risco	109 (40,7)
<i>Missing</i>	4 (1,5)
<b>Classificação do % de GC de acordo com o somatório das pregas cutâneas</b>	
Abaixo da Média	6 (2,20)
Acima da Média	21 (7,8)
Média	2 (7)
Risco de doenças associadas à obesidade	189 (70,5)
<i>Missing</i>	50 (18,7)
<b>Classificação do % de gordura de acordo com a BIA</b>	

Abaixo da Média	31 (11,6)
Acima da Média	34 (12,7)
Média	5 (1,9)
Obesidade	107 (39,9)
<i>Missing</i>	91 (34)
<b>Classificação do estado nutricional de acordo com a IAC</b>	
Adequado	80 (29,9)
Obesidade	96 (35,8)
Sobrepeso	92 (34,3)
<b>Total</b>	<b>268 (100)</b>

IMC: índice de massa corporal; DCV: doenças cardiovasculares; CA: circunferência abdominal; *Missing*: prontuários de pacientes que não apresentavam informações do dado analisado; % de GC: percentual de gordura corporal; %: percentual; BIA: bioimpedância; IAC: índice de adiposidade corporal.

## Discussão

Os dados obtidos através dos prontuários analisados apontaram para uma predominância de pacientes atendidos do sexo feminino, na faixa etária 40 anos. Segundo o estudo de Gomes *et al.* (2007)<sup>17</sup>, o homem procura menos os serviços de saúde por causa de amarras culturais, pois acham que isso os tornariam vulneráveis e fracos, implicando na sua masculinidade. Outros fatores descritos são a falta de unidades específicas para o tratamento da saúde do homem, o fato das campanhas de saúde pública terem enfoque para esse público, o temor da descoberta de uma doença grave e, ainda, a vergonha de expor o corpo ao profissional de saúde. A “menor procura” dos homens por serviço de saúde também pode estar relacionada a hábitos de prevenção, que usualmente são mais associados às mulheres do que aos homens. No que se refere à idade, Pinheiro *et al.* (2016)<sup>14</sup> realizaram estudo em mulheres com mais de 40 anos, o que concordou com nosso estudo.

Em nosso estudo quando avaliamos a escolaridade e renda, as maiores prevalências foram de indivíduos com ensino superior incompleto e renda entre 1.000 a 3.000 reais, o que difere dos resultados obtidos por Cabral *et al.* (2013)<sup>18</sup>, que observaram em seu estudo uma maior prevalência de pessoas de baixa escolaridade, sendo cerca de 70% analfabetos funcionais com renda familiar abaixo de 500 reais. Podemos sugerir que muitos dos pacientes podem ter omitido

valor de renda no momento das consultas, ou não sabiam informar de forma clara, já que o protocolo utilizado abrangia renda familiar e não individual. Ainda, ressalta-se que, para que ocorra o atendimento na clínica, o indivíduo deve apresentar apenas o seu cartão do Sistema Único de Saúde, sendo assim, a renda é variável e não fator determinante para a realização do atendimento. Assim, alguns pacientes, podem apresentar uma renda acima da mencionada.

A maioria dos protocolos analisados foi de habitantes de municípios vizinhos à cidade de Barbacena. Achados de Costa *et al.* (2014)<sup>1</sup> apontaram que os pacientes da zona rural são os mais afetados com a prevalência de excesso de peso. O estudo de Soares *et al.* (2015)<sup>19</sup>, por exemplo, avaliou o perfil nutricional de adultos em comunidades rurais quilombolas e encontrou alto índice de excesso de peso, principalmente entre as mulheres. Nosso estudo corrobora observações nas quais o excesso de peso e a obesidade vêm aumentando nos países de média e alta renda e estão dentre os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas.

A antropometria é uma avaliação de fácil execução e não necessita de pessoal especializado, porém, não diferencia a gordura visceral da subcutânea e a variabilidade intra e inter examinador é relativamente elevada<sup>20</sup>. De acordo com a classificação do estado nutricional por meio do IMC, as frequências de sobrepeso e obesidade foram muito elevadas, demonstrando o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade na

população, concordando com o aumento que vem sendo acompanhado por diversos estudos. Na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2002-2003, estimou que cerca de 40% dos indivíduos adultos do país apresentavam excesso de peso<sup>21</sup>. Sperandio *et al.*(2017)<sup>22</sup> compararam em seu estudo os dados da prevalência de excesso de peso em adultos, da POF 2008/09 (cujas medidas foram aferidas) (49%), com a do VIGITEL de 2009 (cujas medidas foram autorreferidas) (46%) e observou que os resultados de prevalência foram próximos, encontrando boa concordância do diagnóstico nutricional, determinado pelas duas metodologias. De acordo com dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) 2016, a obesidade cresceu 60%, passando de 11,8% para 18,9%, já o excesso de peso cresceu 26,3%, passando de 42,6% para 53,8% de 2006 a 2016. Segundo estudo realizado por Costa *et al.*(2012)<sup>2</sup>, os hábitos alimentares inadequados podem ser responsáveis pela alta prevalência da obesidade que vem sendo encontrada no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que pelo menos 2,8 milhões de pessoas morrem anualmente como resultado do excesso de peso<sup>5</sup>.

A CC é o método mais comumente utilizado na literatura para avaliar a adiposidade visceral, havendo sugestões de pontos de corte associados ao risco cardiovascular. Os valores da CC de 88 cm para mulheres e 102 cm para homens, associam-se à presença de risco cardiovascular muito elevado<sup>23</sup>. De acordo com o estudo de revisão de Menezes *et al.*(2014)<sup>15</sup> as prevalências de obesidade abdominal através da CC ficaram entre 8,2% e 95,9%, sendo, a menor prevalência obtida no estudo realizado com os indivíduos de menor faixa etária e a maior no estudo realizado com idosos. Diferente do que ocorreu no estudo de Couto *et al.* (2016)<sup>24</sup> em que a média obtida para CC foi de 79,84 cm classificando os pacientes sem risco para DCV.

Com relação à adiposidade abdominal, no presente estudo encontrou-se prevalência de risco para DCV em 57,8% dos pacientes, no entanto o percentual ainda foi inferior em comparação aos percentuais obtidos pelos estudos realizados por Pimenta *et al.* (2014)<sup>25</sup> e Oliveira *et al.*(2015)<sup>26</sup> que foi de 76,8% para o primeiro e de 62,1% para o segundo. Já o estudo de Pinho *et al.*(2013)<sup>27</sup> que avaliou a prevalência de obesidade abdominal nos adultos do Estado de Pernambuco obteve percentual de 51,9%, inferior ao do presente

estudo. Hasselmann *et al.*(2008)<sup>28</sup> em seu estudo utilizando a CA em mulheres de 24 a 69 anos de idade, constataram prevalência de obesidade abdominal de 39,8%. Neto *et al.* (2005)<sup>29</sup>, por sua vez, verificaram prevalência de obesidade abdominal de 95,9% em mulheres idosas e de 52,9% em homens idosos. Obter o %GC utilizando o adipômetro é uma ferramenta útil quando se tem um avaliador treinado e confiável, e este pode ser utilizado para monitorar a composição corporal da população. Mas, o número de equações utilizadas para tal e a variabilidade intra e inter examinadores fazem com que aumente ainda mais o erro esperado deste método<sup>20,30</sup>. Esta, pode ter sido uma limitação do estudo, pois os pacientes eram atendidos por diferentes avaliadores, devido serem alunos em estágio realizando as medidas, treinados, mas muitas vezes apresentavam dificuldades no que se referia a marcar a prega para medida. De acordo com os estudos verificados há divergências no uso de protocolos utilizados para avaliar o % GC pelas pregas como, por exemplo, nos estudos de Couto *et al.* (2016)<sup>24</sup> e Neto *et al.* (2005)<sup>29</sup> que usaram 7 pregas cutâneas (peitoral, tricipital, subescapular, suprailíaca, abdominal, coxa e axilar média) e 9 pregas cutâneas (subescapular, tricipital, peitoral, médio axilar, bicipital, supra ilíaca, abdominal, coxa medial e panturrilha medial), respectivamente. Fatos esses que podem ter influenciado apenas no resultado do somatório das 4 pregas, ainda assim todos os dados mostraram prevalência de obesidade.

A BIA é um método não invasivo, indolor, livre de radiação, rápido, seguro e simples, para estimar a composição corporal. O aparelho de BIA é relativamente barato, portátil, sendo mais acessível do que outros métodos sofisticados. Antes do exame algumas precauções devem ser adotadas para não comprometer o resultado da análise, são elas: não comer ou beber nas 4 horas anteriores; não fazer exercícios por 24 horas; urinar 30 minutos; não fazer uso de nenhum medicamento diurético nos últimos 7 dias que antecedem o exame; não estar no período menstrual<sup>26</sup>. Quando se avaliou os resultados do % GC pelas classificações das 4 pregas e da BIA obteve-se uma diferença entre os quantitativos, o que pode ser sugerido por tais condições citadas acima.

Couto *et al.*(2016)<sup>24</sup> analisaram o % GC e constataram que tanto mulheres quanto homens ficaram com classificação acima da média, onde os percentuais foram de 26,61% e 17,07%,

respectivamente. Pela BIA o % GC obtido, teve média geral de 30,11%, ficando classificados os indivíduos com alto % GC. Em contrapartida, no presente estudo 70,5% dos pacientes foram classificados com risco de doenças associadas à obesidade no que se refere ao % de GC obtido pelo somatório das 4 pregas cutâneas e 39,9% ficaram classificados com obesidade em relação à BIA.

No presente estudo, no que se refere ao IAC, a maior prevalência foi de 35,8%, o que classifica a população estudada com obesidade. Já o estudo de Segheto *et al.* (2018)<sup>31</sup> concluiu que o IAC foi de 31,8% em mulheres e 25,1% em homens, observou-se ainda um aumento dos valores do IAC com o avançar da idade tanto em homens quanto em mulheres, o que pode justificar o maior percentual obtido no presente estudo, uma vez que a média de idade encontrada foi maior do que a encontrada no estudo citado, 40,62 e 35,8 anos, respectivamente. De acordo com o autor, o estudo foi o pioneiro a identificar a prevalência de adiposidade corporal pelo IAC, associando-o a fatores comportamentais, sociodemográficos comorbidades.

### Conclusão

Diante dos resultados, os quais revelaram percentuais expressivos de excesso de peso, gordura abdominal e percentual de gordura corporal, favorecendo maiores riscos para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e outras comorbidades, evidencia-se a importância do conhecimento de tais parâmetros na população local, visto que, os mesmos permitem o entendimento de pontos que requerem atenção e cuidado nutricional no que tange o desenvolvimento de ações e medidas preventivas. Assim, este estudo, pode contribuir para o embasamento científico e técnico para a elaboração de medidas de saúde coletiva, considerando também o envolvimento de outras áreas, contribuindo para trabalhos multidisciplinares na Clínica Escola Vera Taam de Andrada.

### Referências

1. Costa EC, Lira PIC, Oliveira JS, Menezes RCM, Tavares FCLP, Filho MB. Evolução do excesso de peso e fatores associados em mulheres de 10 a 49 anos em Pernambuco, Nordeste, Brasil. *Rev Nutr Campinas*. 2014; 27(5): 513-524.
2. Costa D, Reis BZ, Vieira DAS, Costa JO, Teixeira PDS, Raposo OFF, *et al.* Índice de qualidade da dieta de mulheres usuárias de um programa de atividade física regular “Academia da Cidade”, Aracajú, SE. *Rev Nutr Campinas*. 2012; 25(6): 731-741.
3. Siqueira DGB, Souza RKT, Mesas AE, Santo HG, Bortoletto MSS. Diferenças entre sexos nos determinantes da obesidade abdominal em adultos de 40 anos ou mais: estudo de base populacional. *Rev Nutr Campinas*. 2015; 28(5): 485-496.
4. Scabim VM, Jose Eluf-Neto J, Tess BH. Adesão ao seguimento nutricional ambulatorial pós-cirurgia bariátrica e fatores associados. *Rev Nutr Campinas*. 2012; 25(4): 497-506.
5. World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization. 2011; 1-176.
6. Souza RGM, Gomes AC, Prado CMM, Mota JF. Métodos de análise da composição corporal em adultos obesos. *Rev Nutr Campinas*. 2014; 27(5): 569-583.
7. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM). Ministério da Saúde: Vigitel 2016. Disponível em: <https://www.endocrino.org.br/ministerio-da-saude-divulga-dados-do-vigitel-2016/>.
8. Nunes FF, Bassani L, Fernandes SA, Deutch ME, Pivato BC, Marroni CA. Food Consumption of Cirrhotic patients, comparison with the nutritional status and disease staging. *Arq Gastroenterol*. 2016; 53(4): 250-6.
9. Width M, Reinhard T. Manual de Sobrevivência para nutrição clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2012.
10. Ritter L, Gazzola J. Avaliação nutricional no paciente cirrótico: uma abordagem objetiva, subjetiva ou multicompartimental? *Arq Gastroenterol*. 2006; 43(1): 66-69.
11. Ushida M, Pinheiro MM, Castro CHM, Szejnfeld. Body Composition analysis by DXA (dual X-ray absorptiometry) in Brazilian men: normative data. *J Bone Miner Metab*. 2016; 1-8.
12. Barbosa RMR, Fornés NS. Avaliação nutricional em pacientes infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida. *Rev de Nutr*. 2003; 16(4): 461-70.

13. Heyward VH. Methods recommendation: body composition assessment. *Journal of Exercise Physiology*. 2001; 4(4): 1-12.
14. Pinheiro MM, Oliveira JS, Leal VS, Lira PIC, Souza NP, Campos FACS. Prevalência do excesso de peso e fatores associados em mulheres em idade reprodutiva no Nordeste do Brasil. *Rev Nutr Campinas*. 2016; 29(5): 679-689.
15. Menezes TN, Rocha FL, Belém PLO, Pedraza DF. Obesidade abdominal: revisão crítica das técnicas de aferição e dos pontos de corte de indicadores antropométricos adotados no Brasil. *Ciê & Saú Cole*. 2014; 19(6): 1741-1754.
16. Costa CS, Schneider BC, Cesar J A. Obesidade geral e abdominal em idosos do Sul do Brasil: resultados do estudo COMO VAI? *Ciê & Saú Cole*. 2016; 21(11): 3585-3596.
17. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saú Púb*. 2007; 23(3): 565-574.
18. Cabral MJ, Vieira KA, Sawaya AL, Florêncio TMMT. Perfil socioeconômico, nutricional e de ingestão alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família. *Est Avanç*. 2013; 27(78): 71-87
19. Soares DA, Barreto SM. Indicadores nutricionais combinados e fatores associados em população Quilombola no Sudoeste da Bahia, Brasil. *Ciê & Saú Col*. 2015; 20(3): 821- 832.
20. Filho FER, Mariosa LS, Ferreira SRG, Zanella MZ. Gordura Visceral e Síndrome Metabólica: Mais Que Uma Simples Associação. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2006; 50(2): 230-2038.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de orçamentos familiares, 2002-2003 (POF): análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro. 2004.
22. Sperandio N, Priore SE. Inquéritos antropométricos e alimentares na população brasileira: importante fonte de dados para o desenvolvimento de pesquisas. *Ciê & Saú Col*. 2017; 22(2): 499-508.
23. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (Abeso). Diretrizes brasileiras de obesidade. São Paulo: AC Farmacêutica. 2009.
24. Couto AN, Dummel KL, Renner JDP, Pohl HH. Métodos de avaliação antropométrica e bioimpedância: um estudo correlacional em trabalhadores da indústria. 2016; 1-11.
25. Pimenta IL, Sanches RC, Pereira JPR , Hourí BF , Machado ELG , Machado FSG. Medidas das circunferências abdominal e cervical para mensurar riscos cardiovasculares. *Rev Med Minas Gerais*. 2014; 24(9): 16-19.
26. Oliveira LC, West LEM, Araújo EA, Brito JS, Sobrinho CLN. Prevalência de adiposidade abdominal em adultos de São Francisco do Conde, Bahia, Brasil, 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015; 24(1): 135-144
27. Pinho CPS, Diniz AS, Arruda IKG, Filho MB, Coelho PC, Sequeira LAS, *et al*. Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal em indivíduos na faixa etária de 25 a 59 anos do Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saú Púb*. 2013; 29(2): 313-324.
28. Hasselmann MH, Faerstein E, Werneck GL, Dóra Chor D, Lopes CS. Associação entre circunferência abdominal e hipertensão arterial em mulheres: Estudo. *Cad. Saú Púb*. 2008; 24(5): 1187-1191.
29. Neto AP, César MC. Avaliação da composição corporal de atletas de basquetebol do sexo masculino participantes da liga nacional 2003. *Rev. Bras. Cine. Des. Hum*. 2005;7(1): 35-44.
30. Neves EB, Ripka WL, Ulbricht L, Stadnik AMW. Comparação do percentual de gordura obtido por bioimpedância, ultrassom e dobras cutâneas em adultos. *Rev Bras Med Esporte*. 2013; 19(5): 323-327.
31. Segheto W. Fatores associados e índice de adiposidade corporal (IAC) em adultos: estudo de base populacional. *Rev Assoc Bras Saú Col*. 2018. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>.