

## **RELAÇÃO CINTURA/ESTATURA DE HOMENS ADULTOS ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO NO MUNICÍPIO DE PELOTAS/RS**

YANNE PEREIRA COLVARA<sup>1</sup>; ALESSANDRA DOUMID BORGES PRETTO<sup>2</sup>;  
ÂNGELA NUNES MOREIRA<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – yannepereiraa@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas - alidoumid@gmail.com

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas - angelanmoreira@yahoo.com.br

### **1. INTRODUÇÃO**

A obesidade é uma doença crônica não transmissível, que vem sendo apontada como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. A projeção é que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso; e mais de 700 milhões, obesos. No Brasil, a obesidade vem crescendo cada vez mais. Alguns levantamentos apontam que mais de 50% da população está acima do peso, ou seja, na faixa de sobrepeso e obesidade (ABESO, 2018).

Em virtude da distribuição desigual de tecido adiposo pelo corpo, a concentração do mesmo na região abdominal requer atenção, representando maior risco para doenças e agravos metabólicos e cardiovasculares do que a obesidade generalizada (SABOIA et. al, 2016). O acúmulo de gordura na região do tronco e abdômen, denominada de obesidade abdominal ou central (andróide), mais frequente nos homens, está associado à maior morbidez e mortalidade que a gordura corporal localizada na região periférica, especialmente nas coxas e glúteos (ginóide), que é mais comum nas mulheres (ALMEIDA et. al, 2011).

Um dos métodos com maior acessibilidade e de fácil aplicação para o diagnóstico de obesidade abdominal em uma abordagem populacional, em adultos brasileiros, é a relação cintura/estatura (RCEst) (PITANGA, 2011). A RCEst fundamenta-se no fato de que a medida da circunferência da cintura (CC) do indivíduo não deve ser superior à metade da sua estatura. Além de oferecer boa correlação com a gordura visceral, a RCEst tem como vantagem um ponto de corte semelhante entre os sexos, entre diferentes etnias e idades (SABOIA et. al, 2016).

O seguinte estudo teve como objetivo avaliar a RCEst de homens adultos atendidos em um ambulatório de Nutrição no município de Pelotas/RS, bem como a sua relação com os dados antropométricos índice de massa corporal (IMC), CC, circunferência do pescoço (CP) e índice de conicidade (IC), com a presença de patologias e com os hábitos alimentares dos pacientes.

### **2. METODOLOGIA**

Estudo descritivo, retrospectivo, com base na análise dos prontuários de pacientes adultos, do sexo masculino, atendidos no Ambulatório de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), na cidade de Pelotas/RS, no período de 2013 a 2017. Os critérios para inclusão dos pacientes no estudo foram: ser do sexo masculino, ter idade superior a 18 anos e inferior a 60 anos e ter

consultado no mínimo três vezes no local. Os critérios para exclusão foram: ser do sexo feminino, ter menos de 18 anos ou mais de 60 anos, ter consultado menos de três vezes no serviço e apresentar alguma doença que possa levar a perda de peso não intencional, como AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida) e câncer.

As variáveis coletadas foram: idade, cor, altura, grau de escolaridade, estado civil, local onde morava e patologias apresentadas (hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, doenças cardiovasculares (DCV) e outras patologias). Além disso, foram avaliados na primeira e última consulta no período: peso, CC, CP e, prática e tempo de atividade física. E foram calculados: o tempo de intervenção em meses, IMC, IC e RCEst.

A RCEst foi obtida pela divisão da cintura (cm) pela altura (cm) sendo adotado o ponto de corte para homens de 0,52 cm, para risco coronariano elevado (PITANGA E LESSA, 2006). O estado nutricional foi avaliado utilizando-se o cálculo do IMC, que se dá através da razão entre a medida do peso em quilos e o quadrado da estatura em metros ( $\text{kg/m}^2$ ), de acordo com o que foi preconizando pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000).

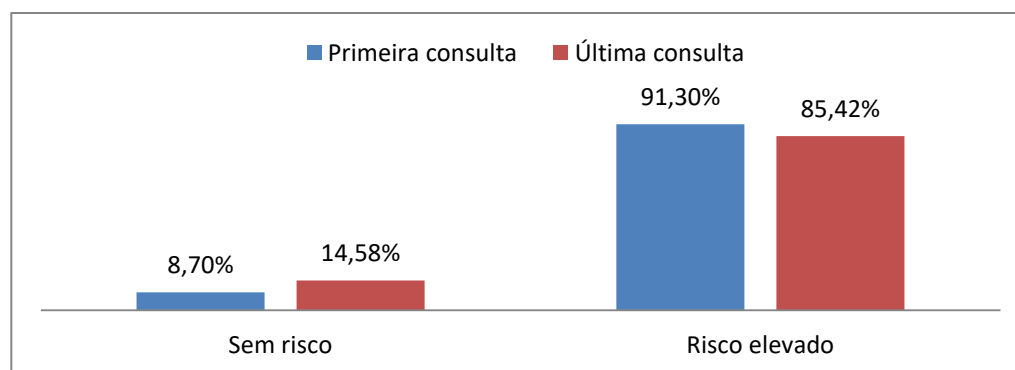
Os dados coletados foram analisados em banco software Microsoft Excel® e as análises estatísticas foram realizadas através do pacote estatístico Stata® 11.1. Para avaliação de diferenças significativas nas variáveis contínuas foram utilizados os testes: Teste T, ANOVA, *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*. Para 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 107.114.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por 50 homens adultos, sendo que a maioria da população avaliada era composta por homens da cor branca (79,49%), solteiros (52,94%); que tinham o ensino médio completo (25%); residiam em Pelotas (92%) e na zona urbana (96%). Entre as patologias analisadas, a que apresentou maior prevalência foi o diabetes (55,1%), a idade variou entre 20 e 60 anos (média 45,66 anos); o número de consultas teve o mínimo de 3 e máximo de 19 consultas (mediana de 5 consultas); o tempo de intervenção ficou entre 1 mês e 56 meses (mediana de 8 meses).

De acordo com a classificação do risco para desenvolvimento de complicações metabólicas, especialmente as cardiovasculares, baseado na RCEst, 91,3% e 85,42% dos pacientes apresentavam risco elevado na primeira e na última consulta, respectivamente [ $p < 0,001$ , Teste Exato de Fischer] (Figura 1).



**Figura 1.** Classificação de risco para desenvolvimento de complicações metabólicas, especialmente as cardiovasculares, baseado na RCEst, na primeira e última consulta de pacientes adultos do sexo masculino, atendidos em um ambulatório de Nutrição no município de Pelotas/RS, entre 2013 e 2017.

No presente estudo, foi observado que a classificação do risco para desenvolvimento de complicações metabólicas, especialmente as cardiovasculares, baseada na RCEst apresentou maior sensibilidade do que as baseadas na CC e no IC, pois 3 dos 40 pacientes classificados como com risco elevado pela RCEst, foram classificados como sem risco pela CC e pelo IC ( $p < 0,001$  e  $p = 0,023$ , respectivamente).

Foi observado um aumento significativo na proporção de pacientes que praticavam atividade física na última consulta (64,86%), quando comparado com a primeira (37,83%,  $p = 0,009$ , Teste Exato de Fischer) (resultados não apresentados em tabela) e que a média de tempo de atividade física, em minutos por semana, aumentou significativamente da primeira (48,75 minutos por semana) para a última consulta (50,25 minutos por semana) no período ( $p = 0,017$ , Teste de Mann Whitney) (resultados não apresentados). Mesmo havendo um aumento significativo, o tempo de atividade física, ainda está abaixo do recomendado pela OMS (OMS, 2011), de no mínimo 150 minutos por semana.

Foi observada associação entre RCEst e dislipidemia, pois as médias da RCEst dos pacientes que apresentavam dislipidemia foram significativamente maiores do que as dos pacientes que não apresentavam a doença (resultados não apresentados em tabela). Resultado semelhante ao encontrado no estudo de Almeida (ALMEIDA, 2011), realizado com funcionárias de uma instituição de ensino superior no estado da Bahia, no qual 77,4% realizavam atividade física insuficiente, ou seja, praticavam menos de 150 minutos por semana, tempo mínimo recomendado pela OMS (2011).

#### 4. CONCLUSÕES

A maioria dos pacientes avaliados apresentava risco elevado baseado tanto na RCEst, como na CC, CP e IC, na primeira e na última consulta, sendo observado um aumento significativo na proporção de pacientes classificados como sem risco pela RCEst, CC e IC da primeira para a última consulta no período. Foi observada associação entre RCEst e dislipidemia e a RCEst foi mais sensível ao avaliar risco de complicações metabólicas e cardiovasculares,

quando comparada com a CC e o IC. Portanto, a RCEst pode ser considerada um bom índice para discriminar as complicações metabólicas e o surgimento de doenças cardiovasculares, em homens adultos, sendo necessário mais estudos e com número maior de indivíduos.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Brasileira de Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica: **Mapa da Obesidade no Brasil e no mundo** [Internet]. 2018 [citado 03 de fevereiro]. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>.

Sabóia RS, Araújo AP, Barbosa JMA, Galvão CEP, Cruvel JMS, Ferreira SCN. Obesidade abdominal e fatores associados em adultos atendidos em uma clínica escola. **Revista Brasileira em Promoção à Saúde**. 29(2): 259-267, 2016.

Almeida RT, Almeida MMG, Araújo TM, Lima DER. Prevalência de obesidade abdominal e fatores associados em trabalhadoras de uma instituição de ensino superior. **Revista Baiana de Saúde Pública**. 2011 Out-Dez; 35(4): 911-931.

Pitanga FJG. Antropometria na avaliação da obesidade abdominal e risco coronariano. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. 2011; 13(3): 238-24. DOI: 10.5007/1980-0037.2011v13n3p238

Pitanga FJG, Lessa I. Razão cintura-estatura como discriminador do risco coronariano de adultos. **Revista da Associação Médica Brasileira**. 2006; 52(3): 157-161.

World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. **Geneva: World Health Organization**. 2000, 284: 256.

**World Health Organization** [Internet]. 2011 [Acesso em: 15/07/18]. Disponível em: [http://www.who.int/dietphysicalactivitypublications/recommendations18\\_64yearsol/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivitypublications/recommendations18_64yearsol/en/).