

PREVALÊNCIA DE OBESIDADE E DEMAIS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES EM BEBEDOURO, SÃO PAULO

PREVALENCE OF OBESITY AND OTHER CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN BEBEDOURO, SÃO PAULO

Autores

Ennio da Silveira Scarpellini¹
Michele Daniela Borges dos
Santos Hiss²

Resumo

Introdução: A associação dos fatores de risco para doença da artéria coronária tem demonstrado alta prevalência na população, predispondo alta morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares. **Objetivos:** Estimar a prevalência dos principais fatores de risco de doenças cardiovasculares nos pacientes com seguimento no Programa de Saúde da Família no município de Bebedouro/SP. **Métodos:** Estudo de coorte em adultos (com idade superior a 18 anos, n=730), de ambos os sexos. Foi verificada a prevalência de obesidade, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus, circunferência abdominal aumentada (CAA), dislipidemia, tabagismo e sedentarismo. Realizou-se distribuição de frequência simples das variáveis de interesse e foi verificado se estas aumentavam a prevalência com o aumento do índice de massa corporal (IMC). Posteriormente foi calculado o risco relativo para os fatores de risco que tiveram maior ocorrência com o aumento do IMC. **Resultados:** Dos 730 voluntários estudados, 38,8% apresentavam sobrepeso, 36,6% obesidade, 48,7% HAS, 81,5% CAA, 16,3% diabetes mellitus, 16,3% dislipidemia, 57,6% tabagismo e 66,0% sedentarismo. Adicionalmente, foi verificado que os pacientes com sobrepeso têm 4 vezes mais chance de apresentar CAA, obesos grau I tem 16 vezes mais chances do que obesos grau II e III com certeza têm CAA em relação aos eutróficos. Os obesos grau III têm 4 vezes mais chances de apresentar HAS. **Conclusão:** Desta forma, os dados sugerem alta prevalência de obesidade na população estudada e maior prevalência de HAS, CAA e diabetes mellitus nos obesos em relação aos eutróficos predispondo ao maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Palavras Chaves: Obesidade. Risco Cardiovascular. Epidemiologia.

Filiação

1 Associação de Pais e Amigos dos
excepcionais de Bebedouro (SP)

2 Centro de Reabilitação do Hospital das
Clínicas da Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto – USP, Ribeirão Preto (SP)

Autor Correspondente

Ennio da Silveira Scarpellini
Associação de Pais e Amigos dos
excepcionais de Bebedouro (SP).
Av. São Francisco, 245, Res. Furquim
14048900 - Bebedouro, SP - Brasil
Telefone: (17) 33440300
ennioos@gmail.com

Abstract

Introduction: The association of risk factors for coronary artery disease has shown high prevalence in the population, predisposing high morbidity and mortality due to cardiovascular disease. **Objective:** To estimate the prevalence of major risk factors for cardiovascular disease in patients followed up in the Family Health Program in the city of Bebedouro/SP. **Method:** Cohort study in adults (aged over 18 years, n = 730) of both sexes. The prevalence of obesity, systemic arterial hypertension (SAH), diabetes mellitus, increased abdominal circumference (IAC), dyslipidemia, smoking and physical inactivity were verified. Simple frequency distribution of the variables of interest was performed and it was verified if they increased the prevalence with the increase of the body mass index (BMI). Subsequently, the relative risk for the risk factors that had the highest occurrence with the increase in BMI was calculated. **Results:** Of the 730 volunteers studied, 38.8% were overweight, 36.6% obese, 48.7% SAH, 81.5% IAC, 16.3% diabetes mellitus, 16.3% dyslipidemia, 57.6% smoking and 66.0% physical inactivity. Additionally, it was found that overweight patients are 4 times more likely to have CAA, obese grade I are 16 times more likely than obese grade II and III certainly have CAA compared to eutrophic. Obese grade III are 4 times more likely to have hypertension. **Conclusion:** Thus, the data suggest a high prevalence of obesity in the study population and a higher prevalence of hypertension, IAC and diabetes mellitus in obese individuals compared to normal weight individuals predisposing them to a higher risk of developing cardiovascular disease.

KEY WORDS: Obesity. Cardiovascular risk. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, as doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de morte no mundo e com mais de três quartos dessas ocorrendo em países com baixa e média renda. Dentre os fatores de risco modificáveis para DCV podemos citar: obesidade, dislipidemia, diabetes melitus, sedentarismo, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), estresse e dieta inadequada. Entretanto esses fatores frequentemente ocorrem de maneira concomitante (OMS, 2019; BISPO et al., 2016).

Sobrepeso e obesidade são definidos pelo índice de massa corporal (IMC) de 25-29,9 kg/m² e >30 kg/m² respectivamente. É considerada um problema de saúde pública mundial e dados brasileiros demonstram que 52,5% são sobrepesos e 17,9% obesos. Entretanto, nos Estados Unidos 35% dos adultos estão obesos (AZEVEDO; MINICUCCI; ZORNOFF, 2015).

A obesidade está muito relacionada a diversas patologias crônicas, como o Diabetes Mellitus, HAS e alguns tipos de câncer (FERREIRA; SZWARCOWALD; DAMACENA, 2019). Além disso, tem contribuição de fatores como genética, metabólica, social, ambiental e comportamental. As alterações sociais e comportamentais contribuem no sofrimento, depressão, esquivismo social acarretando em efeitos dramáticos na saúde e bem-estar nos indivíduos com sobrepeso ou obesidade (FERREIRA; SZWARCOWALD; DAMACENA, 2019; SHURT; LIBERALI; NAVARRO, 2016; LOURENÇO; RUBIATTI, 2016).

Sabe-se que maus hábitos alimentares, ingestão de álcool em excesso e o tabagismo podem ter consequências como as DCV. No entanto, a dieta inadequada (rica em açúcares e gorduras) e o sedentarismo são as causas principais da obesidade. O tratamento de sobrepeso e/ou obesidade deve ter foco multidisciplinar almejando receber orientações e planejamento de uma vida mais saudável. As mudanças de hábitos alimentares, bem como o suporte de exercícios físicos são os pilares do tratamento da obesidade e suas repercussões (LOURENÇO; RUBIATTI, 2016).

A determinação da prevalência dos fatores de risco para DCV é útil ao planejamento e na execução de políticas públicas que visem à redução da morbidade e mortalidade cardiovascular (FERREIRA; SZWARCOWALD; DAMACENA, 2019), desta forma, o presente estudo teve como objetivo estimar a prevalência de obesidade e dos principais fatores de risco para DCV nos pacientes com seguimento no Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Bebedouro, São Paulo.

MÉTODOLOGIA

Foi realizado um estudo de coorte, com coleta de dados entre julho a setembro de 2008 e julho a setembro de 2009, no município de Bebedouro/SP.

Foram entrevistados 747 voluntários de ambos os gêneros, provenientes do PSF do município de Bebedouro/SP com idade superior a 18 anos, alfabetizados e que possuíam em seu prontuário o lipidograma com data inferior há um ano em relação ao período do estudo. Foram excluídos os voluntários que desistissem em participar do estudo e gestantes.

Foi aplicada a todos os sujeitos uma ficha de avaliação contendo dados pessoais, fatores de risco para DCV, medicações em uso e frequência de atividade física. Em seguida os voluntários foram submetidos a um exame físico, sendo mensurados: altura (m), massa corporal (Kg), pressão arterial (mmHg), circunferência abdominal, circunferência do quadril, calculado o índice de massa corporal (IMC - Kg/m²) e a relação cintura-quadril.

A pressão arterial foi aferida pelo método auscultatório por meio de esfigmomanômetro aneróide, na posição sentada, após 5 minutos em repouso. Foram considerados indivíduos hipertensos, aqueles que apresentassem história prévia de HAS, uso de medicação anti-hipertensiva com o objetivo de controlar seus níveis pressóricos, ou aqueles que apresentassem pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg no momento da avaliação. De acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016), é considerada hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mmHg e a PAD ≥ 90 mmHg.

As mensurações da massa corporal e da altura foram realizadas com o paciente vestido, porém, sem agasalho ou calçado, na posição ereta, onde para tal rotina foi utilizada uma balança (Welmy® adulto com capacidade de 150 kg). A medida da altura foi avaliada através de um estadiômetro (Welmy®) com o uso de escala em centímetros, e com arredondamento em 0,1 cm. Em seguida foi calculado o IMC, segundo as recomendações da OMS. Foram classificados pacientes eutróficos quando o IMC situava-se entre 18,5 e 24,9 Kg/m², sobrepeso quando o IMC encontra-se entre 25,0 e 29,9 Kg/m², obesidade grau I IMC entre 30,0 a 34,9 Kg/m², obesidade grau II entre 35,0 a 39,9 Kg/m² e obesidade grau III quando o IMC ultrapassava 40,0 Kg/m².

A circunferência abdominal foi mensurada no ponto médio entre a crista ilíaca e a face externa da última costela. A medida da circunferência abdominal foi considerada elevada se maior que 80 cm em mulheres e 94 cm nos homens. A circunferência do quadril foi realizada ao nível do trocânter maior do fêmur. E a relação da cintura-quadril foi estabelecida pela divisão da circunferência abdominal pela circunferência do quadril, sendo que as mulheres devem possuir tal relação menor que 0,85, enquanto que os homens devem apresentar uma relação cintura-quadril menor que 0,90, conforme a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016) e guia do Ministério da Saúde (2017). Para ambas mensurações foi utilizado uma fita métrica inelástica com o voluntário em posição ortostática.

Posteriormente, foi realizada revisão do prontuário do voluntário alocado nos PSF de modo a investigar os níveis de colesterol e suas frações, triglicérides, hemograma completo e glicemia, com intuito de confirmar as comorbidades e fatores de risco relatados. Foram considerados os pontos de corte de colesterol, triglicérides e glicemia segundo as recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia (PRÉCOMA et al., 2019).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Fafibe, consoante à Declaração de Helsinque. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise estatística foi realizada através do software Graphpad InStat 3.0. Primeiramente foi utilizado Teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação da distribuição de normalidade dos dados, em seguida utilizou-se o teste Mann-Whitney para comparar as variáveis antropométricas entre os gêneros. Após esta comparação foi realizada distribuição de frequência simples das prevalências de obesidade, HAS, circunferência abdominal, diabetes mellitus, dislipidemia, tabagismo e sedentarismo de acordo com o IMC. Na sequência foi utilizado o teste Kruskal-Wallis com post-hoc de Dunn para verificar se tais fatores apresentavam maior frequência de acometimento com o aumento do IMC. Em adição, foi calculado o risco relativo com o teste exato de Fisher para os fatores de risco que tiveram maior ocorrência com o aumento do IMC. Deve-se enfatizar que o nível de significância foi preestabelecido em 5%.

Este trabalho não recebeu nenhuma fonte externa de financiamento.

RESULTADOS

Foram entrevistados 747 voluntários, no entanto 17 indivíduos foram excluídos do estudo por apresentarem os critérios de exclusão mencionados acima, assim a amostra foi composta por 730 voluntários.

As características quanto à idade, índices antropométricos e pressão arterial estão apresentados na Tabela 1, tanto para a população total como separados por gênero.

Nota-se que os homens apresentavam maiores valores quanto a idade, massa corporal, altura, relação cintura-quadril, pressão arterial sistólica e diastólica em relação às mulheres ($p < 0,05$). Apenas os valores da circunferência do quadril e IMC foram maiores nas mulheres ($p < 0,05$). Os valores de circunferência abdominal foram similares entre os gêneros ($p > 0,05$).

Tabela 1 – Características da população estudada por gênero.

Características	Todos (n/%)	Homens (n/%)	Mulheres (n/%)
n (%)	730 (100)	193 (26,4)	537 (73,6)
Idade (anos)	47±14	52±15*	45±14
Massa Corporal (Kg)	75±17	80±15*	73±17
Altura (m)	1,61±0,09	1,68±0,08*	1,57±0,07
IMC (Kg/m ²)	29,2±6	28,43±5	29,47±7*
CA (cm)	97±13	97±12	96±14
CQ (cm)	106,2±13	103±9	107±14*
RCQ	0,91±0,09	0,94±0,07*	0,90±0,09
Pressão Arterial (mmHg)			
Sistólica	126±19	130±19*	125±18
Diastólica	80±11	82±11*	79±11

Dados expressos em média+desvio padrão. IMC – Índice de Massa Corporal; CA – Circunferência Abdominal; CQ – Circunferência do Quadril; RCQ – Relação Cintura-Quadril; * $p < 0,05$ – Diferença entre os gêneros; Teste de Mann-Whitney.

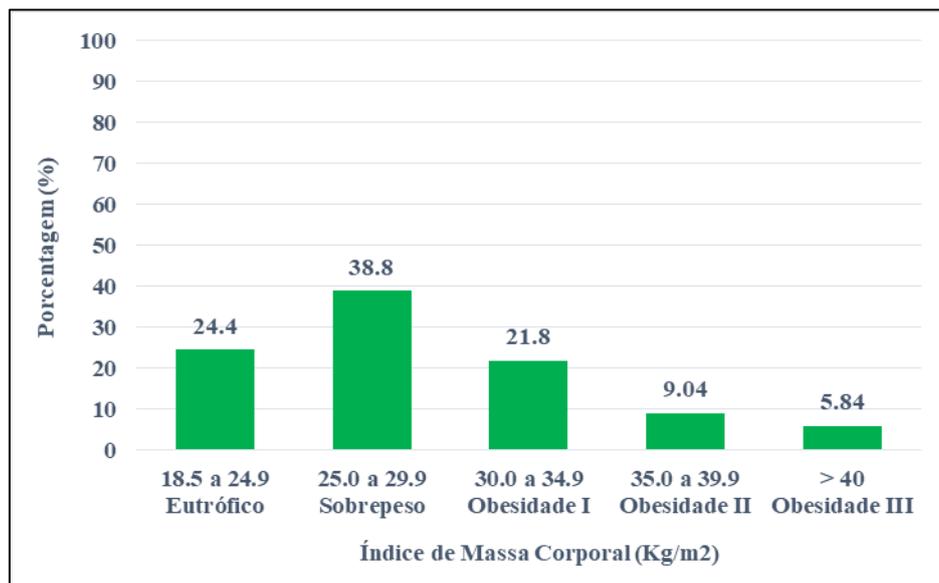


Gráfico 1 - Distribuição da população estudada segundo o IMC (n=730).

Tabela 2 – Prevalência de Dislipidemia, Tabagismo e Sedentarismo segundo o IMC.

IMC	Dislipidemia* (n=409)	Tabagismo (n=143)	Sedentarismo (486)
Eutrófico	21,3 (87)	32,2 (46)	25,3 (123)
Sobrepeso	39,1 (160)	35,0 (50)	38,3 (186)
Obesidade I	23,0 (94)	17,5 (25)	20,4 (99)
Obesidade II	10,3 (42)	11,1 (16)	9,7 (47)
Obesidade III	6,3 (26)	4,2 (6)	6,3 (31)

Dados expressos em % (n). IMC – Índice de Massa Corporal; * $p < 0,05$ - Teste de Kruskal-Wallis com post-hoc de Dunn.

Baseado no IMC realizou-se a distribuição da população estudada, no qual foi encontrado que 24,4% dos voluntários eram eutróficos (n=176), 38,8% apresentavam sobrepeso (n=279), 21,8% eram obesos grau I (n=157), 9,04% obesos grau II (n=65) e 5,84% obesos grau III (n=42) (Gráfico 1). Desta forma, 75,52% dos voluntários (n=543) apresentavam-se acima do peso recomendado pela OMS.

Com relação a presença de HAS, 48,7% dos voluntários (n=356) eram hipertensos, sendo que esta acometeu 33,1% das mulheres (n=242) e 15,6% dos homens (n=114). Já com relação

aos graus de IMC, a presença de HAS ficou distribuída da seguinte forma: acometeu 32,0% dos voluntários eutróficos (n=58), 47,0% dos com sobrepeso (n=131), 60,5% dos portadores de obesidade grau I (n=95), 57,0% dos obesos grau II (n=37) e 81,0% dos obesos grau III (n=34) (Gráfico 2). Assim observou-se o aumento da prevalência de HAS com o aumento do IMC ($p<0,05$), no qual a prevalência desta foi significativamente maior nos voluntários com sobrepeso e os três graus de obesidade em relação aos eutróficos ($p<0,05$).

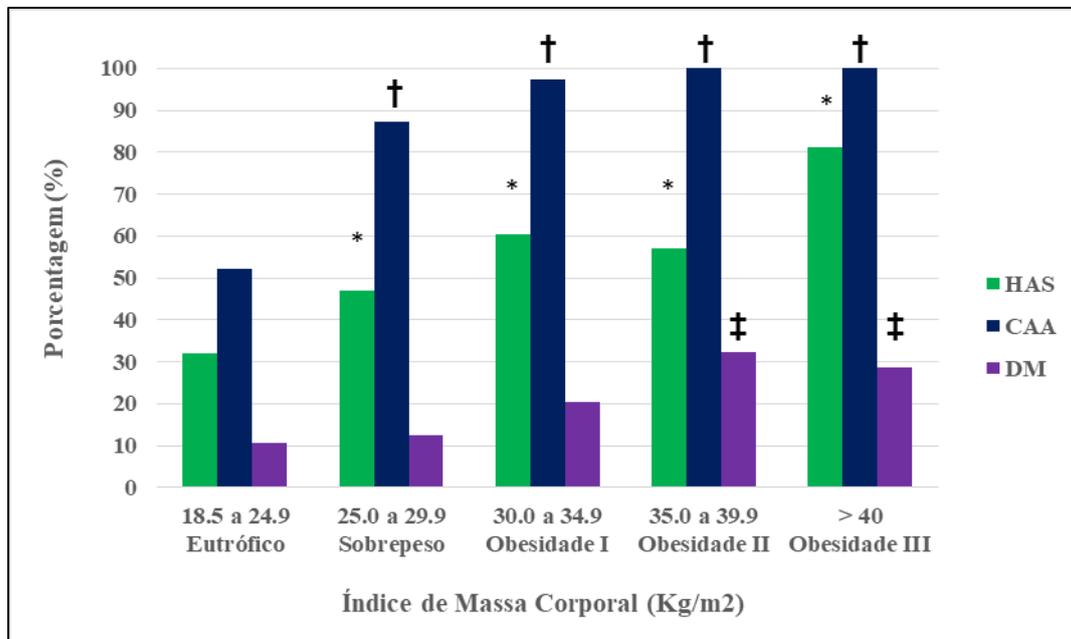


Gráfico 2 – Distribuição de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Circunferência Abdominal Aumentada (CAA) e Diabetes mellitus (DM) segundo o IMC (n=730) (*,† $p<0,05$ – em relação aos eutróficos hipertensos e com circunferência abdominal aumentada; ‡ $p<0,05$ – em relação aos diabéticos eutróficos; Teste de Kruskal-Wallis com post-hoc de Dunn).

Tabela 3 – Risco Relativo de HAS, CAA, DM e DLP em relação ao IMC.

	HAS	CAA	DM	DLP
Eutrófico x Sobrepeso	1,3*	3,8*	1,02	1,27*
Eutrófico x Obesos 1	1,7*	16,1*	1,12*	1,35*
Eutrófico x Obesos 2	1,6*	Infinito*	1,32*	1,53*
Eutrófico x Obesos 3	3,6*	Infinito*	1,25*	1,42

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); Circunferência abdominal aumentada (CAA); Diabetes Mellitus (DM); Dislipidemias (DLP); * $p<0,05$ - Teste exato de Fisher.

Da mesma forma, a Circunferência Abdominal Aumentada (CAA), é um forte marcador de predisposição de DCV, no qual esteve presente em 81,5% da amostra (n=595), sendo presente em 52,2% dos eutróficos (n=92), 87,4% dos sobrepesos (n=243), 97,4% dos obesos grau I (n=152) e 100,0% dos obesos grau II e III (n=65 e 42, respectivamente) (Gráfico 2). Verificou-se que com o aumento do IMC houve aumento significativo de presença de CAA ($p<0,05$). Desta forma, voluntários eutróficos apresentam menor frequência de CAA em relação aos portadores de sobrepeso e dos três graus de obesidade ($p<0,05$).

Na população avaliada, 16,3% eram portadores de diabetes mellitus (n=119) (Gráfico 2). A prevalência de diabéticos aumentou com o aumento do IMC ($p<0,05$), sendo significativamente maior nos voluntários com obesidade grau II e III em relação aos eutróficos ($p<0,05$). Desta forma, o diabetes mellitus atingiu 10,5% dos eutróficos (n=19), 12,5% dos

sobrepesos (n=35), 20,4% dos obesos grau I (n=32), 32,3% dos obesos grau II (n=21) e 28,6% dos obesos grau III (n=12).

As prevalências de sedentarismo, dislipidemia e tabagismo na população estudada (n=730), foram de 66,0%, 57,6% e 19,1%, respectivamente, sendo que a prevalência de acometimento destas patologias na população estudada de acordo com o IMC estão expressas na tabela 2.

Devido a prevalência da HAS, da circunferência abdominal aumentada, do diabetes mellitus e das dislipidemias se elevarem com o aumento do IMC foi calculado o risco relativo (RR). Na tabela 3, observa-se que voluntários com obesidade grau III apresentam 3 vezes mais chances de desenvolver HAS comparados com voluntários eutróficos (RR=3,6; $p<0,05$), enquanto que os voluntários com sobrepeso e obesidade graus I e II apresentam o mesmo risco que voluntários eutróficos ($p<0,05$).

Ainda na tabela 3, verifica-se que voluntários com sobrepeso têm 4 vezes mais chance de ter CAA em relação aos eutróficos (RR=3,8; $p<0,05$), enquanto que voluntários com

obesidade grau I tem 16 vezes mais chance (RR=16,1; $p<0,05$) e voluntários com obesidade graus II e III com certeza tem CAA (RR=infinito; $p<0,05$). Em relação ao diabetes mellitus foi observado que voluntários com obesidade graus I, II e III apresentam o mesmo risco que voluntários eutróficos ($p<0,05$). Já os participantes com dislipidemias, foi observado que estes apresentam o mesmo risco que voluntários com sobrepeso, obesidade grau I e II ($p<0,05$).

DISCUSSÃO

No presente estudo verificou-se a prevalência dos principais fatores de risco para DCV, sendo que a obesidade está diretamente relacionada com uma maior morbi-mortalidade. De acordo com a Atualização da Diretriz Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2019), obesos morrem relativamente mais do aparelho circulatório, principalmente de acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio em relação aos indivíduos eutróficos (PRÉCOMA et al., 2019).

Os resultados do presente estudo revelaram alta prevalência de sobrepeso e obesidade, ou seja, 38,2% (n=279) dos voluntários apresentavam sobrepeso e 36,2% (n=264) eram obesos, portanto, um total de 74,4% (n=543) da população avaliada encontrava-se acima do peso. Em pesquisa realizada em Portugal sobre a prevalência de obesidade e sobrepeso com participantes de idade entre 25-75 anos, os autores encontraram que o sobrepeso esteve presente em 38,9% dos estudados e 28,7% eram obesos. Os autores encontraram maior prevalência de sobrepeso nos homens e de maior prevalência de obesidade nas mulheres (GAIO et al., 2018).

Da mesma forma, em pesquisa realizada na cidade de Ibaté/SP no ano de 2016, foram estudados 50 adultos com idades entre 18-30 anos. Os autores encontraram prevalência de obesidade de 48% da amostra estudada (LOURENÇO; RUBIATTI, 2016).

Desta forma nossos resultados são superiores aos dos trabalhos pesquisados, pois estas comorbidades nos trabalhos nacionais é bem diversificada e depende da população estudada. Neste contexto a população brasileira vem sofrendo uma transição nutricional, resultando em maior prevalência de obesidade e sobrepeso, o qual os hábitos alimentares e de atividades físicas tem papel fundamental no aumento destas prevalências.

A prevalência de HAS varia muito de acordo com as regiões estudadas e estudos brasileiros apontam prevalência desta patologia acima de 30,0%. Em uma elegante pesquisa de prevalência de HAS segundo três critérios diagnósticos: autorreferida, medida por instrumento (pressão arterial > 140/90 mmHg) medida e/ou uso de medicamentos anti-hipertensivos. Assim os autores encontraram prevalência de 21,4% (autorreferida), 22,8% (hipertensão mensurada) e 32,3% (hipertensão mensurada e/ou uso de medicação). Os autores encontraram maior prevalência de HAS nos homens (MALTA et al., 2018).

Foi observado no presente estudo, uma prevalência de HAS de 15,6% (n=114) nos homens e 33,1% (n=242) nas mulheres, sendo que a ocorrência de HAS aumentou significativamente com o aumento do IMC. Deve-se ressaltar que no presente estudo os voluntários com obesidade grau III apresentaram risco de desenvolver HAS 4 vezes maior que nos voluntários eutróficos. Estudo realizado através de inquérito telefônico (Vigitel) no ano de 2013, residentes nas 26 capitais brasileiras e distrito federal. A prevalência da HAS autorreferida nos entrevistados foi de 24,1%, sendo maior no sexo feminino e progredindo com a idade (MALTA et al., 2017).

Em nosso estudo, a prevalência de HAS nos homens foi inferior ao trabalho supracitado. Já nas mulheres, nossos resultados foram superiores a pesquisa (MALTA et al., 2017). No presente trabalho foi encontrada uma prevalência de 48,6% de hipertensos considerando toda a população avaliada, sendo superior do trabalho pesquisado. Uma possível explicação para a diferença de prevalência do nosso estudo, pode ser a correlação dos hábitos alimentares com as atividades físicas, próprios de uma cidade do interior, como também o excesso de peso se associa a maior prevalência de HAS o que foi visto no presente estudo com alta prevalência de obesidade/sobrepeso.

Já em relação a CAA, a população estudada apresentou prevalência de 81,2% (n=730), atingindo 96,8% dos obesos grau I e 100,0% dos obesos graus II e III. Adicionalmente, verificou-se que os voluntários com sobrepeso apresentavam 4 vezes mais chance de ter CAA em relação aos eutróficos, enquanto voluntários com obesidade grau I apresentavam 16 vezes mais chance e voluntários com obesidade grau II e III certamente apresentavam CAA. Em trabalho realizado na cidade de Goiânia/GO (SILVEIRA; VIEIRA; SOUZA, 2018) com coleta de dados entre 2008-2009, foram avaliados 418 voluntários idosos com idade de 60 anos ou mais, a prevalência de CAA encontrada pelos autores foi de 55,1%, sendo 65,5% nas mulheres e 34,8% nos homens. Nossos dados são discordantes do trabalho pesquisado, pois a prevalência de CAA no presente estudo foi muito superior a encontrada no trabalho consultado, sendo de 81,2% (n=730). Em nosso estudo, a prevalência de CAA foi de 62,8% nas mulheres e 17,0% nos homens, sendo esta prevalência inferior ao trabalho consultado.

No presente estudo, a prevalência de diabetes mellitus na população total estudada foi de 16,3% (n=730), sendo 10,7% nas mulheres e 5,61% nos homens. Pesquisa realizada com dados provenientes da Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades, o qual estudou 12423 participantes adultos com idade entre 20-70 anos. A prevalência nesta população foi de 7,5%, e os autores descrevem maior prevalência DM nos indivíduos com obesidade e sedentarismo (FLOR; CAMPOS, 2017). Assim em nosso estudo, a prevalência de diabetes mellitus em ambos os gêneros foi inferior ao trabalho consultado provavelmente devido a nossa amostra ser composta por indivíduos jovens e de meia idade, além dos idosos. Por outro lado, em pesquisa realizada na cidade de Goiânia/GO, sendo entrevistados 418 adultos com idade 60 anos ou mais (SILVEIRA; VIEIRA; SOUZA, 2018), a prevalência de diabetes mellitus encontrada pelos pesquisadores foi de 39,39% na população estudada, sendo esta prevalência superior a obtida em nosso estudo.

As dislipidemias atingiram 57,6% (n=730) da amostra, e a prevalência aumentou com a elevação do IMC. De acordo com um estudo realizado com dados provenientes de estudo transversal de base populacional Inquérito de Saúde de São Paulo/SP, os autores encontraram uma prevalência de 59,7% para dislipidemias na população estudada (GARCEZ et al., 2014). Por outro lado, Pesquisa realizada com dados provenientes da Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades, o qual estudou 12423 participantes adultos com idade entre 20-70 anos, a prevalência de dislipidemia atingiu 14,2% da população estudada¹⁵. Nossos resultados são discordantes ao último trabalho descrito (14,2%), mas concordante com a pesquisa realizada de base populacional em São Paulo/SP (59,7%).

A prevalência de tabagismo no presente estudo foi de 19,1%, sendo diferente da apresentada pela literatura. De acordo com estudo realizado com dados provenientes de estudo transversal de base populacional Inquérito de Saúde de São Paulo/SP (FLOR; CAMPOS, 2017), os autores relatam uma prevalência de tabagismo na população estudada de 44,3%. Já o sedentarismo atingiu 66,0% da amostra estudada, porém a

prevalência não se elevou com o aumento do IMC. A literatura também mostra prevalência conflitante em relação ao sedentarismo, sendo que estudo transversal de base populacional na cidade de São Paulo/SP (FLOR; CAMPOS, 2017), os pesquisadores encontraram uma prevalência de 29,8%.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo mostram uma alta prevalência de obesidade e de importantes fatores de risco para desenvolvimento de DCV. A prevalência de HAS, CAA e diabetes mellitus aumentaram com o excesso de peso. Desta forma, o conhecimento dessas prevalências é fundamental para que políticas públicas de saúde sejam desenvolvidas com maior ênfase na modificação dos fatores de risco para DCV e a implementação da atividade física como parte do tratamento não-medicamentoso nesta população.

REFERÊNCIAS

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE. Obesidade e Sobrepeso. 2019. [Accessed 2019 Sep 20] Available from: <http://www.who.int/topics/obesity/en/>
- BISPO, I.M.J.; SANTOS, PHS.; CARNEIRO, M.A.O. et al. Fatores de risco cardiovascular e características sociodemográficas em idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, v.40, n.3, p.344-42, 2016.
- AZEVEDO, P.S.; MINICUCCI, M.F.; ZORNOFF, L.A.M.; Obesidade: Problema crescente com múltiplas facetas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v.105, n.5, p.448-449, nov. 2015.
- FERREIRA, A.P.S.; SZWARCOWALD, C.L.; DAMACENA, G.N. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional em Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.22, n.1, Abr. 2019.
- SCHURT, A.; LIBERALI, R.; NAVARRO, F. Exercício contra resistência e sua eficácia no tratamento da obesidade: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, v.10, n.59, p.215-223, Set./Out. 2016.
- LOURENÇO, L.; RUBIATTI, A.M.M. Perfil Nutricional de portadores de obesidade de uma unidade básica de saúde de Ibaté-SP. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, v.10, n.55, p.25-39, Jan./Fev. 2016.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. 7ª Diretriz Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v.107, n.3, Supl.3, Set. 2016.
- Ministério da Saúde. Só o IMC não diz como você está, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/component/content/article/804-imc/40508-so-o-imc-nao-diz-como-voce-esta>> Acesso em: 19/10/2019.
- PRÉCOMA, D.B.; OLIVEIRA, G.M.M.; SIMÃO, A.F. et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, ahead of print, 2019.
- GAIO, V.; ANTUNES, L.; BARRETO, M. et al. Prevalência de excesso de peso e de obesidade em Portugal: Resultados do primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015), *Observações Boletim Epidemiológico*, v.22, n.7, p.29-33, 2018.
- MALTA, D.C.; GONÇALVES, R.P.F.; MACHADO, I.E. et al. Prevalência de hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, *Pesquisa Nacional de Saúde. Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.21, supl.1, p.1-15, 2018.
- MALTA, D.C.; BERNAL, R.T.I.; ANDRADE, S.S.C.A. et al. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, v.51, supl.1, p.1-11s, 2017.
- SILVEIRA, E.A.; VIEIRA, L.L.; SOUZA, J.D. Elevada prevalência de obesidade abdominal em idosos e associação com diabetes, hipertensão e doenças respiratórias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.23, n.3, p.903-12, 2018.
- FLOR, L.S.; CAMPOS, M.R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.20, n.1, p.16-29, Jan./Mar. 2017.
- GARCEZ, M.R.; PEREIRA, J.L.; FONTANELLI, M.M. et al. Prevalência de dislipidemia segundo estado nutricional em Amostra Representativa de São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v.103, n.6, p.476-484, out. 2014.