

OBESIDADE E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS EM ALUNOS DE MEDICINA DE UMA FACULDADE PRIVADA DE VITÓRIA-ES

OBESITY AND RELATED RISK FACTORS IN STUDENTS OF A PRIVATE UNIVERSITY IN VITÓRIA – ES

Carmen Dolores Gonçalves Brandão¹, Fátima Gislaïne Cartaxo da Cunha²

¹ Prof. Dra. Adjunta de Endocrinologia da Escola Superior de Ciências da Saúde de Vitória-EMESCAM;

² Prof. da Faculdade Salesiana de Vitória e Mestre em Ciências Fisiológicas pela Universidade Federal do Espírito Santo.

Endereço do autor responsável pela correspondência:

Carmen Dolores Gonçalves Brandão

Av. Hugo Musso, 456/804

29101-280 - Praia da Costa, Vila Velha - ES - Brasil

loloiterra.com.br

Trabalho realizado no Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória-ES.

Título abreviado: Obesidade em alunos de medicina

Palavras-chave: Obesidade, Alimentação, Sedentarismo, Jovens.

Keywords: Body Mass Index, Sedentary, Young People, Obesity

RESUMO

Objetivo: Avaliar o estado nutricional dos estudantes de medicina de uma faculdade particular de Vitória-ES. **Métodos:** Estudo de corte transversal para avaliar 219 alunos, de ambos os sexos, de 18 a 27 anos. Aplicou-se um questionário padronizado e foram realizados exames clínicos e laboratoriais. Dados foram submetidos à análise estatística descritiva e ao teste qui-quadrado. **Resultados:** Observou-se um bom estado nutricional dos alunos, com consumo diário de alimentos protetores para doenças cardiovasculares, e baixo consumo de alimentos de risco para essas doenças. Foram encontrados: obesidade, 1,4%; sobrepeso, 16,4%; peso saudável, 74,4%; baixo peso, 7,8%; 53,4% praticam atividade física; 46,6% sedentários e uma baixa frequência de dislipidemias. **Conclusões:** A importância do envolvimento das faculdades em orientar futuros médicos e enfatizar a necessidade de uma alimentação saudável e incentivar os bons hábitos de vida.

ABSTRACT

Aim: To assess the nutritional condition of medical students at a private university in Vitoria (ES). **Methods:** Through a cross-cut study we assessed 219 students, male and female, from ages 18 to 27. The students answered a questionnaire about eating habits and lifestyle. Clinical and laboratory tests were performed. The data were analyzed with the aid of descriptive statistics and the chi-square test was used to compare risk factors and their variables. **Results:** The analysis of eating frequency showed good nutrition conditions with daily ingestion of protective food against cardiovascular diseases and insufficient ingestion of those that increase their risk. The frequency of obesity was 1,4%; overweight, 16,4%; healthy weight, 74,4%; and low weight, 7,8%. Concerning physical exercises, 53,4% worked out and 46,6% did not. Low frequency of lipid disorders was found. **Conclusions:** The result points to a good-quality nutrition associated with a non-elevated index of overweight and obesity amongst these medical students. The colleges' commitment to orienting future physicians and calling out their attention to the role of nutrition, and the acquiring and maintaining good health habits is crucial.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica, cuja prevalência vem aumentando em proporções epidêmicas nas últimas décadas¹. O problema levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a criar uma Força-Tarefa Internacional para conscientizar a população e orientar o médico a tratar a obesidade na clínica diária².

O aumento da obesidade ocorre paralelamente à redução da prática de atividade física, um aumento do sedentarismo e uma dieta rica em gorduras e açúcares^{3,4}. Além disso, a redução natural do gasto energético é observada com a modernização, ocasionando estilo de vida mais sedentário^{3,5}. Assim, o sedentarismo e os hábitos nutricionais parecem representar o principal fator de risco no desenvolvimento da obesidade^{3,5-7}.

Estima-se que existam 250 milhões de obesos (7% da população mundial)⁸, número que tende a dobrar até 2025. Aproximadamente 40% da população brasileira adulta têm sobrepeso e 10%, obesidade. Segundo a OMS (3,5), o sobrepeso consiste em índice de massa corpórea (IMC) ≥ 25 Kg/m², e a obesidade como IMC ≥ 30 Kg/m². O sobrepeso e, sobretudo, a obesidade, implicam elevada morbimortalidade, já que favorecem a ocorrência de outras doenças, como diabetes mellitus, dislipidemia, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, artropatia degenerativa, câncer, e outras².

No trabalho de Gigante e col., em Pelotas (RS)⁹, foi observado que a prevalência de obesidade e de fatores de risco associados, em uma população de 20 a 69 anos, aumenta com a idade, sendo cerca de quatro vezes maior após os quarenta anos, em relação ao grupo entre 20 e 29 anos, e duas vezes superior em mulheres.

A prevalência de obesidade em um grupo de estudantes de uma universidade em São Paulo, cuja faixa etária era de 17 a 25 anos, foi de 7,2%¹⁰.

Com dados insuficientes acerca de obesidade em grupo etário mais jovem, crescente e elevado custo do tratamento da obesidade e comorbidade, este estudo foi desenvolvido visando avaliar o estado nutricional, a presença de obesidade, possíveis associações com perfil bioquímico, hábitos de vida e hipertensão arterial nos estudantes de medicina de uma faculdade privada de Vitória.

MÉTODOS

Foram avaliados 219 alunos, do 1º e do 2º ano (área básica), do 5º e do 6º ano (área clínica) de medicina, de ambos os sexos (41,6% sexo masculino e 58,4% sexo feminino), faixa etária de 18 a 27 anos, através de um estudo de corte transversal, no período de outubro a dezembro de 2006. A avaliação constou de três etapas (nutricional, clínica e laboratorial), e a participação foi voluntária.

Na avaliação nutricional, os alunos responderam a um questionário de frequência de consumo alimentar (QFCA), qualitativo, autoaplicativo e padronizado, composto de 55 itens, que foi baseado nos alimentos mais frequentemente citados no levantamento anterior, feito através de um recordatório de 24 horas, aplicado numa amostra da população estudada. O consumo alimentar foi determinado através de escore, onde foi estabelecido um peso para cada categoria de consumo, baseado na frequência semanal, obtendo-se, assim, a distribuição do escore. Com o objetivo de avaliar o consumo alimentar considerado de risco cardiovascular, dividimos os alimentos em dois grupos: grupo I, alimentos considerados de risco para doenças cardiovasculares (alimentos que contêm lipídeos de origem animal, frituras e margarina), e grupo II, alimentos protetores (composto de alimentos de origem vegetal com teor de fibras e menor energia).

Foram verificadas também questões relacionadas aos hábitos de vida, como a prática de atividade física e o tabagismo.

Na avaliação clínica, dados antropométricos de peso foram coletados em balança antropo-

métrica mecânica, tipo plataforma, da marca Filizola (capacidade para 150 Kg e precisão de 100 g), as pessoas sem sapatos e com roupas leves. A balança foi calibrada, e estava em nível plano e desencostada da parede. A altura foi medida em metros, com o aluno descalço sobre a plataforma da balança, de costas para o marcador, com os pés unidos, em posição ereta e com o olhar fixo na altura da linha do horizonte. Os braços estavam estendidos ao longo do corpo, os calcanhares unidos e as plantas dos pés apoiados na balança.

A circunferência abdominal (CA) foi medida entre um ponto no meio entre a costela mais baixa e a crista ilíaca, com a fita métrica ao redor da cintura, enquanto o aluno estava expirando, com abdome relaxado¹¹. Foi considerado como normalidade, pelos critérios adotados pela International Diabetes Federation (IDF), CA para homens até 94 cm, e mulheres até 80 cm¹². A medida da pressão arterial foi realizada duas vezes, no braço direito e com intervalo de cinco minutos, com o aluno sentado, após cinco minutos de repouso, utilizando o esfigmomanômetro aneróide. A pressão arterial foi considerada alta se sistólica ≥ 130 mm de mercúrio (Hg), e diastólica ≥ 85 mmHg, conforme critério proposto pela IDF¹². A classificação nutricional dos alunos, com base no IMC, foi obtida pela divisão do valor do peso (em quilogramas) pela estatura (em metros) elevada ao quadrado¹³. Como pontos de corte foram adotados os recomendados pela OMS: baixo peso (IMC menor que 18,5 Kg/m²), normal (IMC maior ou igual a 18,5 e menor que 25 Kg/m²), sobrepeso (IMC maior ou igual a 25 e menor que 30 Kg/m²) e obesidade (IMC maior ou igual a 30 Kg/m²)¹.

A avaliação laboratorial foi feita com coleta de amostras de sangue, realizada após jejum de 12 horas (sem ingestão de bebidas alcoólicas por 72h, não realização de atividade física no dia do exame e sem consumo de cigarro para determinação do HDL colesterol, colesterol total, triglicerídeos e glicemia. O colesterol total, glicemia e triglicerídeos foram determinados pelo método de reação enzimática de ponto final; princípio: oxidase-reação trinder e do HDL colesterol pela reação enzimática de ponto final com princípio: inibição seletiva com detergente. Os valores do perfil lipídico foram analisados de acordo com as normas do National Education Cholestrol Program/Adult Pannel Treatment III (NCEP/ATP III)¹⁴ e glicemia.

Indivíduos que fumavam mais de quatro cigarros por dia, regularmente, foram considerados fumantes. Os estudantes que negaram prática regular de atividade física com frequência de duas vezes por semana e duração menor que trinta minutos foram considerados como sedentários. O tamanho da amostra foi calculado pelo programa Epi-Info 6.0, utilizando-se a fórmula para cálculo de amostra para estudo comparativo de duas proporções. Segundo a literatura, estimamos a proporção esperada de 7% para o grupo de alunos do 1º e do 2º ano e 15% para os alunos finalistas (5º e 6º ano). Para uma precisão de 3%, nível de significância de 5% e poder de 80%, o número mínimo de indivíduos foi definido por 130 em cada grupo.

Foi realizada análise descritiva dos dados, através de tabelas de frequências com número e percentual. Gráficos de colunas foram utilizados para mostrar os resultados mais relevantes. A comparação entre os fatores de risco e as variáveis dependentes foi feita através do teste qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5% e o pacote estatístico utilizado SPSS 14 – Social Package Statistical Science – foi utilizado¹⁵.

Os alunos que participaram do projeto assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, aprovado junto à execução do trabalho, por um comitê de ética e pesquisa. É importante salientar, ainda, que os participantes da pesquisa tiveram sua identidade mantida no mais absoluto sigilo e, se detectada alguma alteração nos exames, será oferecido tratamento adequado para a determinada condição.

RESULTADOS

Dos 219 alunos avaliados, 41,6% foram do sexo masculino e 58,4% do sexo feminino, cuja faixa etária variou de 18 a 27 anos.

Em relação ao período que cursavam, 58,9% corresponderam à área básica e 41,1% à área clínica.

Foi demonstrado que, de acordo com IMC, o estado nutricional da maioria dos alunos é de eutrofia. O consumo de alimentos protetores cardiovasculares foi maior do que os de risco. Conforme demonstrado nas tabelas 1 e 2, os alunos do sexo feminino apresentaram um consumo maior de alimentos protetores do que do masculino, embora não se tenha apresentado diferença significativa quando comparamos os alunos por área do curso.

Tabela 1. Comparação do escore de hábitos e frequência de consumo de alimentos segundo o sexo de alunos do curso de medicina da faculdade estudada. Escore de consumo alimentar por grupos de alimentos de risco cardiovascular segundo o sexo.

Escore	Masculino		Feminino		p
	Média	DP	Média	DP	
Alimentos Grupo I (risco)	6,63	2,47	5,78	2,28	0,009
Alimentos Grupo II (proteção)	7,17	2,11	8,20	2,50	0,002

Tabela 2. Comparação do escore de consumo alimentar por grupos de alimentos de risco cardiovascular segundo a área acadêmica.

Escore	Área Básica		Área Clínica		p
	Média	DP	Média	DP	
Alimentos Grupo I (risco)	6,32	2,50	5,86	2,21	0,162
Alimentos Grupo II (proteção)	7,41	2,25	8,28	2,51	0,008

A análise da frequência alimentar demonstrou um bom consumo diário do tipo arroz (75,8%), feijão (61,2%), verduras cruas (41,6%), legumes (34,7%), sucos naturais (42,5%), frutas (29,7%), e baixo consumo de alimentos do tipo batata frita (3,7%), maionese (1,4%), condimentos industrializados (3,7%) e embutidos, que tiveram uma frequência diária de 0% (Tabela 3).

Tabela 3. Frequência de consumo de alimentos por alunos.

Alimento	< 1x mês	De 15/15 dias	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-7 vezes por semana
Leite integral	43,4	9,6	6,8	15,5	24,7
Leite desnatado	40,6	13,2	6,4	15,1	24,7
logurte	18,7	27,4	22,8	24,2	6,8
Queijos brancos	15,6	20,6	21,1	30,3	12,4
Queijos amarelos	11,9	19,2	25,6	34,2	9,1
Ovo	18,7	28,3	29,7	22,8	0,5
Frango	0,5	2,3	21,5	63,0	12,8
Carne bovina	2,3	5,5	8,2	61,6	22,4
Hambúguer	26,9	39,7	26,5	5,5	1,4
Carne suína	49,3	31,5	14,6	4,6	0,0
Peixe	28,8	30,6	32,4	7,8	0,5
Mortadela, presunto	15,1	23,7	24,2	28,8	8,2
Linguiça/Salsicha	30,1	34,7	29,7	5,5	0,0
Bacon/Toucinho	63,9	20,5	11,0	4,6	0,0
Verduras cruas	10,0	6,8	10,5	31,1	41,6
Legumes cozidos	11,4	6,8	13,7	33,3	34,7
Frutas	6,4	7,8	18,7	37,4	29,7
Sucos naturais	1,8	5,0	13,7	37,0	42,5
Sucos artificiais	32,9	19,2	21,9	18,3	7,8
Pão francês	3,2	7,3	6,4	33,8	49,3
Pão integral	36,5	13,7	14,2	20,1	15,5
Cereais matinais	53,4	21,9	12,3	8,7	3,7
Barra de cereais	32,0	18,7	17,4	18,7	13,2
Arroz cozido	2,7	2,7	5,0	13,7	75,8
Macarrão	4,1	16,9	37,9	33,3	7,8

Batata cozida	5,5	18,3	41,3	27,1	7,8
Batatas fritas	14,6	35,6	32,0	14,2	3,7
Feijão cozido	3,7	2,7	8,2	24,2	61,2
Óleo de soja	11,9	7,3	14,2	22,8	43,8
Margarina	41,6	16,9	15,1	14,6	11,9
Manteiga	20,5	18,3	16,4	26,0	18,7
Chocolates	4,1	22,4	33,8	26,5	13,2
Achocolatado	22,8	14,2	13,2	24,7	25,1
Sobremesas cremosas	32,0	39,7	22,4	5,0	0,9
Sorvetes cremosos	20,5	41,6	30,6	7,3	0,0
Salgadinhos	18,7	23,7	32,9	21,0	3,7
Biscoito recheado	32,9	21,5	27,4	16,0	2,3
Biscoito de sal	24,3	27,5	21,6	22,5	4,1
Biscoito (cheetos)	45,2	30,1	18,3	5,9	0,5
Bolo/Torta recheada	17,4	35,6	37,9	8,7	0,5
Pizza	15,1	39,7	37,9	6,4	0,9
Pão de queijo	23,3	35,2	27,9	11,4	2,3
Sanduíches	20,5	37,9	27,9	10,5	3,2
Refrigerantes	12,8	10,0	24,7	37,9	14,6
Cerveja	42,0	16,4	25,6	14,6	1,4
Café	30,6	11,0	13,7	15,5	29,2
Molho maionese	33,8	31,1	24,2	9,6	1,4
Molhos industrializados	26,0	27,9	26,5	16,0	3,7
Açúcar	28,9	17,0	15,1	25,2	13,8
Balas	12,4	11,9	22,0	32,6	21,1
Sal	28,0	18,3	15,6	26,6	11,5
Bebidas energéticas	73,7	17,1	6,0	1,8	1,4
Suplementos nutricionais	90,0	2,8	0,9	3,3	2,8

Em relação aos dados antropométricos dos alunos (CA, IMC) e nível de pressão arterial (Tabela 4), verificamos que a medida da cintura abdominal esteve alterada em 8,7%. Não houve diferença estatística comparando os dois grupos quanto a CA ($p=0,39$). O IMC encontrava-se normal em 74,4%. A frequência de obesidade foi de 1,4%. Comparando os dois grupos, podemos

observar que, no grupo da área clínica, o sobrepeso e a obesidade foram prevalentes, comparando com grupo da área básica, com diferença estatística ($p=0,04$) (Figura 1). O excesso de peso foi diagnosticado em 17,8%, sendo prevalente no sexo masculino (36,3%); no feminino, o índice foi de 4,7% (Figura 2). Esses dados dos gráficos foram em distribuição percentual.

Tabela 4. Dados antropométricos de alunos do curso de medicina da faculdade estudada.

Característica	Número	Percentual
IMC (kg/m²)		
Baixo	17	7,8
Normal	163	74,4
Sobrepeso	36	16,4
Obesidade	3	1,4
CA (cm)		
Alterado	19	8,7
Normal	200	91,3
PA (mmHg)		
Hipertenso	20	9,1
Normotenso	199	90,9

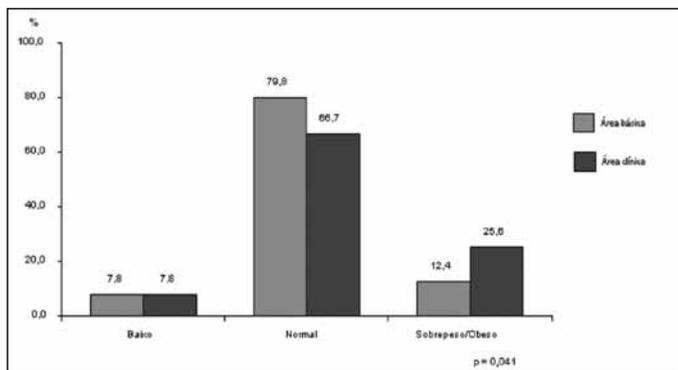


Figura 1. Relação entre IMC e área de alunos do curso de medicina da faculdade estudada

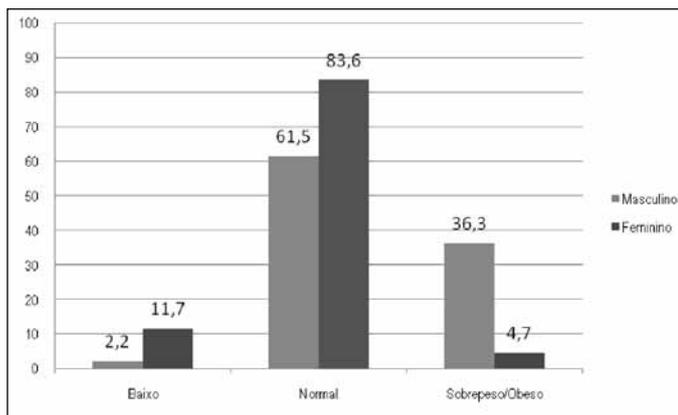


Figura 2. Relação entre IMC e sexo de alunos do curso de medicina da faculdade estudada.

A hipertensão arterial esteve presente em 9,1% dos alunos avaliados, mas não houve diferença estatística entre os dois grupos ($p=0,92$) (Tabela 4).

Em relação aos fatores de risco analisados na tabela 5, o sedentarismo esteve presente em 46,6%. Comparando a prática de atividade física entre os dois grupos, observamos que a área básica pratica mais exercícios que a área clínica ($p=0,09$) (Figura 3).

O tabagismo esteve presente em apenas 1,4% dos alunos.

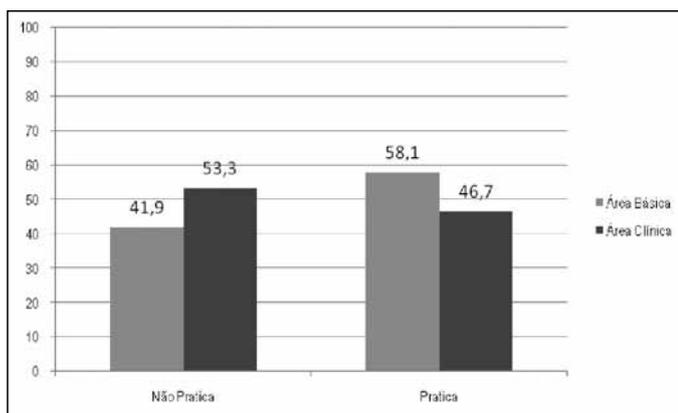


Figura 3. Relação entre prática de exercícios físicos e área de alunos do curso de medicina da faculdade estudada.

Tabela 5. Dados sobre fatores de risco de alunos do curso de medicina da faculdade estudada.

Característica	Número	Percentual
Prática de exercícios físicos		
Não	102	46,6
Sim	117	53,4
Fuma		
Sim	3	1,4
Não	216	98,6

Quarenta e um por cento (41,6%) dos alunos se submeteram à dosagem plasmática do perfil bioquímico. Apenas dois alunos apresentaram síndrome metabólica (um da área básica e outro da área clínica), de acordo com os critérios da IDF. Em relação às dislipidemias, a hipercolesterolemia foi diagnosticada em oito alunos (8,8%), a hipertrigliceridemia em cinco (5,5%), a hipotalipoproteinemia em quatro (4,4%) e a dislipidemia mista em três (3,3%). As glicemias de jejum eram normais em todos os alunos. As mulheres apresentaram média de HDL colesterol superior e glicemia de jejum menor que a dos homens, não havendo diferença estatística significante em relação às demais médias. Em relação ao perfil bioquímico entre os dois grupos (básica e clínica), não houve diferença estatisticamente significante. Quando comparado o perfil bioquímico entre o grupo sedentário e o que pratica atividade física, observamos que o nível de triglicerídeos foi menor no grupo que pratica exercícios ($p=0,03$).

DISCUSSÃO

Devido ao aumento crescente da obesidade em jovens e às implicações que poderão acarretar na saúde desses indivíduos, essa população tornou-se alvo do estudo.

O padrão alimentar dessa população pode ser considerado satisfatório, segundo as recomendações do guia alimentar para a população brasileira do Ministério da Saúde, que estabelece que uma dieta saudável deva ser rica em grãos, pães, tubérculos (de preferência integrais), variada em verduras, legumes e frutas, diminuída em carnes e laticínios, e com baixo teor de gordura, sal e açúcar.

Estudos tentam demonstrar que as dietas ricas em gorduras são mais propensas a causar ganho de peso do que as dietas isocalóricas ricas em carboidratos complexos. Esse ganho de peso pode ser devido não apenas ao aumento da ingestão, mas também a diferenças no processamento pós-absorção³.

Classificar a qualidade alimentar de um grupo populacional tem sido um desafio para os estudiosos, pois são poucas as ferramentas disponíveis para esse fim; mas, desde a década de 1960, o questionário de frequência de consumo alimentar tem sido capaz de distinguir os diferentes padrões de consumo dos indivíduos¹⁶. O QFCA é o método retrospectivo mais utilizado para avaliar o consumo alimentar em estudos populacionais^{16,17}.

Ao verificarmos o consumo de alimentos como de risco e protetores para doenças cardiovasculares, verificamos que o consumo maior foi dos alimentos protetores cardiovasculares, caracterizando, mais uma vez, um bom padrão alimentar desse grupo, o que pode estar contribuindo, dessa forma, para a baixa frequência de alterações no perfil lipídico e outros fatores de risco cardiovascular.

Vários estudos, como o de Fisberg, et al.¹⁸, têm demonstrado um aumento na prevalência de doenças cardiovasculares cada vez maior em jovens e a influência de uma alimentação rica

em lipídios e açúcar no aparecimento desse quadro.

A obesidade, assim como o sobrepeso, vem aparecendo como um dos fatores de riscos para doenças cardiovasculares que mais tem crescido nas populações jovens do mundo inteiro. A nossa amostra apresentou uma baixa frequência de sobrepeso e obesidade, assim como baixa frequência de outros fatores de risco cardiovascular, diabetes mellitus e dislipidemia, quando comparadas com outros estudos como o de Bustos et al.¹⁹ que encontrou uma alta frequência desses fatores no grupo de jovens estudados no Chile, e o de Griz et al.²⁰, em Recife. Entretanto, Gerber e Zielinski²¹ e Rabelo et al.¹⁰ também relataram uma frequência relativamente baixa de sobrepeso e obesidade (6,33% e 7,2%, respectivamente) nessa mesma população. Esta baixa proporção de excesso de peso é um dado interessante, visto que, segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares, cerca de 40,0% dos indivíduos adultos do país apresentam excesso de peso.

Como o nosso grupo pode ser considerado com uma boa condição socioeconômica, por se tratar de estudantes de uma faculdade particular de medicina, podemos também atribuir esses resultados ao apelo para um padrão de beleza e pressão social exigidos, principalmente no sexo feminino. Chamou atenção a frequência de desnutrição encontrada entre esses estudantes mais comum no sexo feminino e maior que a frequência de obesidade.

Embora neste estudo a amostra tenha sido específica, observou-se que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) surge como um importante problema de saúde já entre adultos jovens e aparentemente saudáveis, pois apesar de sua frequência ter sido inferior às encontradas na população adulta brasileira (22,3% a 43,9%)(20), a HAS tem sido considerada como doença do adulto de alta morbimortalidade, que pode ter seu início na infância, na adolescência e na fase adulta jovem. A HAS tem sido uma das afecções mais estudadas em toda a medicina. A presença de diabetes mellitus responde, atualmente, como uma das principais causas de dislipidemias, doença cardiovascular e óbito. Em nossa amostra, nenhum aluno apresentou glicemia de jejum alterada, o mesmo resultado encontrado por Rabelo *et al.*¹⁰.

No que se refere aos hábitos de vida como fatores de risco das doenças cardiovasculares, o tabagismo, neste estudo, foi observado em 1,4%. Consideramos, portanto, uma baixa frequência em nossos alunos, se compararmos com o índice de 15,8% encontrado por Rabelo *et al.*¹⁰. Sabemos que o tabagismo é uma das influências mais danosas para doenças cardiovasculares. Em relação à prática de atividade física, o sedentarismo esteve presente em 46,6%, apesar de a maioria dos nossos alunos praticarem algum tipo de atividade física.

Um dos fatores que podem contribuir para o sedentarismo nos estudantes universitários da área de saúde é a falta de tempo, visto se tratar de cursos ministrados em horário integral (manhã e tarde). No entanto, esta situação se torna controversa ao pensar que, por serem estudantes da área de saúde, têm o total conhecimento da importância da prática regular de atividade física na qualidade de vida e na promoção da saúde, atuando, inclusive, como um fator protetor contra o aparecimento de doenças cardiovasculares.

As dislipidemias não costumam ser elevadas nessa faixa etária. Alguns estudos¹⁰ o demonstram e aqui não foi diferente. O índice de hipercolesterolemia foi de 8,8%, e os de hipertrigliceridemia, 5,5%, menor se comparado à Rabelo *et al.*¹⁰ (9,9% e 16,3%, respectivamente).

A nossa amostra foi realizada em um grupo selecionado. Este grupo tem um maior conhecimento em relação aos alimentos e sua implicação na prática diária, associado a um bom nível socioeconômico, o que provavelmente justifica os resultados.

CONCLUSÃO

Concluímos que se faz necessário intensificar as orientações aos futuros profissionais da área de saúde pública quanto a uma correta alimentação, associada ao incentivo de bons hábitos

de vida, pois o envolvimento das faculdades no processo educacional pode ser de grande valia para a prevenção de doenças cardiometabólicas.

AGRADECIMENTOS:

Alfredo Nunes Ferreira Neto; Felipe Ramos Bernardo; Felipe Bertollo Ferreira; Flávio Pereira das Posses; Igor Camprostrini Pagiola; Luiz Henrique Peyneau Lessa; Marcelo Assis Rocha; Rafael Lemos Nascif (acadêmicos de medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM), que tornaram este trabalho uma realidade.

REFERÊNCIAS

1. WHO - World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva, Switzerland:WHO;1998. 14p. Report Nº: 894.
2. Suplicy HL. Obesidade - Epidemiologia, prevenção, etiopatogenia e diagnóstico. In: Coronejo, V. Tratado de Endocrinologia e Cirurgia Endócrina. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A. 2001, cap. 19 p.166-173.
3. Pereira LO, Francischi RP, Lancha Jr AH. Hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina. Arq Bras Endocrinol Metab. 2003; 72:111-27.
4. Martinez JA. Body-weight regulation: causes of obesity. Proc Nutr Soc 2000;59:337-45.
5. Franschi RP, Pereira LO, Freitas CS, Klopfer M, Santos RC, Viera P, *et al.* Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. Rev Nutr 2000; 13:17-28.
6. Pereira LO, Francischi RP, Klopfer M, Sawada LA, Santos, R; Vieira, P, *et al.* Obesidade e suas implicações - Ação da Atividade Física e Controle Nutricional. Rev Bras Nutr Clin 1999; 14:9-17.
7. Mancini MC, Halpern A. Tratamento medicamentoso da obesidade. In: Vilar, L Endocrinologia Clínica. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A. 2006. cap 60, p. 778-794.
8. Marques APO, Arruda IKG, Espírito Santo ACG, Raposo MCF, Guerra MD, Sales TF. Prevalência de obesidade e fatores associados em mulheres idosas. Arq. Bras. Endoc. Metab. 2005; 49(3): 441-48.
9. Gigante DP, Barros FC, Cora LA, Olinto MAT. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. Rev Saúde Publ 1997; 31:236-46.
10. Rabelo LM, Viana RM, Schimith MA, Patin RV, Valverde MA, Denadai RC, Cleary AP, Lemes S, Auriemo C, Fisberg M, Martinez TLR. Fatores de risco para doença aterosclerótica em estudantes de uma universidade privada em São Paulo-Brasil. Arq Bras Cardiol. 1999; 72(5):569-74.
11. Després JP, Lemieux L. *et al.* Treatment of obesity: need to focus on high risk abdominally obese patients. BMJ [online]. 24 Março 2001 [citado 25 Junho 2007]; 322:716-720. Disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/322/7288/716>.
12. Godoy-Matos AF, Moreira RO. Síndrome Metabólica: Implicações Clínicas e tratamento. In: Vilar, L. Endocrinologia Clínica. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA.2006. cap 62, p. 804-812.
13. Anjos LA. Índice de massa corporal (massa corporal / estatura²) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão de literatura. Rev Saúde Publ. 1992; 26(6) 431-6.
14. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Consenso Brasileiro sobre Dislipidemias: Detecção, avaliação e tratamento. Arq Bras Cardiol. 1996; 67: 113-8.
15. Soares JF, Siqueira LS. Introdução à Estatística Médica. 1º Ed. Belo Horizonte: Departamento de Estatística, UFMG; 1999.
16. Slater B, Philipi ST, Marchoni DM, Fisberg RM. Validação de Questionário de Frequência Alimentar-QFA: considerações metodológicas. Rev Bras Epidemiol. 2003;6(3):200-8.
17. Moreira P, Peres E. Alimentação de adolescentes. Rev Aliment Humana 1996; 2(44):4-44.
18. Fisberg RM, *et al.* Lipid profile of nutrition students and its association with cardiovascular

- disease risk factors. Arq Bras Cardiol [online]. 2001 [citado 25 Junho 2007]; 76(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2001000200005&lng=pt&nrm=iso.
19. Bustos M, Amigo PC, Arteaga HLL, *et al*. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos jóvenes. Rev. Med. Chile. [online]. Set. 2003. [citado 25 Junho 2007]; 131(9): 973-980. Disponível em : http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900002&lng=pt&nrm=iso.
20. Griz LHM; Viégas M; Barros M; Griz AL; Freese E; Bandeira F. Prevalence of central obesity in a larger sample of adolescents from public schools in Recife, Brazil. Arq Bras Endocrinol Metab.2010;54(7):607-11
21. Gerber ZRS, Zielinsky P. Fatores de risco de aterosclerose na infância. Um estudo epidemiológico. Arq Bras Cardiol. 1997;69:231-6.
- Submissão: 16/10/2010
Aceito para publicação: 03/12/2010