

**PREVALÊNCIA DE HIPERCOLESTEROLEMIA EM IDOSOS DO  
MUNICÍPIO DE DOURADOS - MS**

**PREVALENCE OF ELDERLY HYPERCHOLESTEROLEMIA IN THE CITY  
OF DOURADOS - MS**

<sup>1</sup>FARIAS, G. V. ([glaucia.vfarias@gmail.com](mailto:glaucia.vfarias@gmail.com));

<sup>2</sup>LIMA, R. C. ([rosangelalima@ufgd.edu.br](mailto:rosangelalima@ufgd.edu.br))

<sup>3</sup>SOUZA, M. C. C. ([mariasouza@ufgd.edu.br](mailto:mariasouza@ufgd.edu.br))

<sup>1</sup>Aluna do curso de Nutrição - UFGD;

<sup>2</sup>Professora Doutora do curso de Medicina - UFGD

<sup>3</sup>Professora Doutora do curso de Nutrição - UFGD

**Abstract**

The transition of the epidemiological Brazilian profile, has the Chronic Non-transmissible Diseases (CNTD), more frequent, affecting mainly the elderly population of our country. This study assessed the prevalence of hypercholesterolemia in elderly residents in the urban area in the municipality of Dourados – MS, in 2013. A cross-sectional population-based study with a sample of individuals aged 60 or more and of both sexes. The data were collected in residences, through applying two questionnaires. In the first, they obtained information related to sociodemographic, anthropometric (weight and height) and diagnostic self-reported of hypercholesterolemia. Sociodemographic information refers to the age, sex, self-reported skin color/ race, socioeconomic level schooling in years of study. The classification of the nutritional status based on BMI. The hypercholesterolemia's prevalence was 32.8% (95% CI 29.9% - 35.7%). Women had higher rates (39.3%) and there was significant association between BMI and increased cholesterol. It was shown in this study a major prevalence of hypercholesterolemia, especially among women and those with overweight and obesity, making it crucial to adopt measures for weight control and continuous monitoring of dyslipidemia for maintaining a healthy life.

**Keyword:** Dyslipidemia, Aging, Cardiovascular disease.

## **Resumo**

A transição no perfil epidemiológico brasileiro tornou as Doenças Crônicas Não Transmissíveis mais frequentes afetando principalmente a população idosa. O presente estudo avaliou a prevalência de hipercolesterolemia em idosos residentes na área urbana do município de Dourados –MS no ano de 2013 de acordo com as características sociodemográficas e econômicas . Foi realizado um estudo transversal de base populacional sendo a amostra constituída por indivíduos de 60 anos ou mais e de ambos os sexos.Os dados foram coletados nos domicílios, mediante a aplicação de dois questionários: no primeiro, obtiveram-se informações relacionadas às características sociodemográficas, antropométricas (peso e altura) e diagnóstico de hipercolesterolemia. As informações sociodemográficas referiam-se à idade, sexo, cor da pelo autorreferida, nível socioeconômico, escolaridade em anos completos de estudo. Para a classificação do estado nutricional foi utilizado o índice de massa corporal (IMC). A prevalência de hipercolesterolemia foi de 32,8% (IC 95% = 29,9% - 35,7%) e as mulheres foram as que apresentaram as maiores taxas (39,3%) do que os homens (23,8%). Houve associação significativa entre o IMC e a hipercolesterolemia ( $p > 0,010$ ). Foi mostrado neste estudo uma importante prevalência de hipercolesterolemia, sobretudo entre as mulheres e aqueles com sobrepeso e obesidade, tornando-se primordial a adoção de medidas para controle de peso e monitoramento contínuo das dislipidemias para manutenção de uma vida saudável.

Palavra-chave: Dislipidemias, Idoso, Doenças cardiovasculares

## **Introdução**

A expectativa de vida vem aumentando em todo o mundo, levando ao crescimento considerável do número de pessoas idosas. Este fenômeno acontece tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento<sup>1</sup>, paralelamente à redução da mortalidade. Esses dois fatos são desencadeados devido à melhoria das condições de vida da população, políticas públicas e avanços tecnológicos<sup>2</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como idoso o indivíduo com mais de 65 anos em países desenvolvidos e, em países em desenvolvimento, com idade superior a 60 anos<sup>3</sup>.

De acordo com estimativas da OMS, em 2050 os idosos representarão ¼ da população mundial. A projeção para o ano de 2025 indica 32 milhões e o Brasil será o sexto país com maior população de idosos<sup>4,5</sup>. Em 2010 a proporção de idosos na população era de 11,3%, representando em torno de 21 milhões de brasileiros<sup>4</sup>.

No Mato Grosso do Sul, assim como no Brasil, houve um aumento do número de idosos. Em Dourados, a população idosa passou de 8.211 pessoas no ano de 2000 para 17.805 em 2010<sup>6</sup>.

O envelhecimento da população é um processo natural, em que ocorrem mudanças no perfil epidemiológico e nutricional, com o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)<sup>2</sup>. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), indicam que essas enfermidades atingem 75,5% da população idosa no Brasil, das quais as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte entre os idosos e levam a alto custo econômico e social, sendo responsáveis por mais de 250 mil óbitos por ano no Brasil<sup>7</sup>.

O risco cardiovascular associado à doença aterosclerótica pode ser aumentado pela presença de dislipidemias<sup>8</sup>. Caracterizada pela presença de níveis elevados de triglicerídeos (TG), de colesterol total (CT) e de lipoproteína de baixa densidade (LDL-c). Além disso a hipertensão, diabetes, tabagismo e inatividade física, são fatores de risco para o desenvolvimento da aterosclerose. Entre esses fatores, o aumento do perfil lipídico tem sido amplamente estudado pela sua elevada associação com a aterogênese<sup>9</sup>.

A transição no perfil epidemiológico brasileiro tornou as DCNT mais frequentes entre os idosos e grande parte dessas poderiam ser evitadas, baseado em controle integrado para redução dos fatores de risco, como o aumento do colesterol e redução do peso corporal. Diante desse contexto, o presente estudo buscou avaliar a prevalência de hipercolesterolemia em idosos de Dourados –MS.

## **Métodos**

Foi realizado um estudo transversal, sendo a amostra constituída por indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos, de ambos os sexos, residentes na área urbana da cidade de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil.

Este artigo faz parte do projeto intitulado “A saúde dos idosos em Dourados, MS” com amostra final de 1.022 idosos. Foi utilizada amostragem por conglomerados usando a grade de setores censitários do censo demográfico de 2010. O número de residências a serem visitadas foi definido pela divisão da amostra do estudo pelo número de pessoas por domicílio (3,2) e multiplicado pela proporção de idosos na população (0,09), de acordo com dados do IBGE (2010).

Estimou-se 3.570 residências a serem visitadas, as quais foram divididas por 30 (número de domicílios por setor) totalizando 120 setores censitários, aos quais foram acrescentados quatro setores de reserva. Foram listados os 295 setores censitários urbanos de Dourados e dispostos de acordo com a ordem crescente pela análise fatorial das variáveis percentuais de alfabetizados do setor, esgoto, água encanada e coleta de lixo. Essas variáveis foram selecionadas de forma sistemática e utilizadas como *proxy* da situação socioeconômica.

Foi sorteado o setor percorrido do ponto inicial definido pelo IBGE. O número de domicílios registrados pelo Censo Demográfico de 2010 no setor foi dividido pelas 30 residências a serem visitadas por setor, de forma a obter o pulo. Os domicílios seguintes foram determinados de forma sistemática pela adição do valor do pulo.

Anteriormente à entrevista realizou-se uma visita na qual foram explicadas as finalidades do estudo e, caso houvesse consentimento, perguntava-se a idade de todos os moradores da residência. Quando encontrados os idosos, esses foram informados que as entrevistadoras retornariam para realizar a coleta dos dados.

Os dados foram coletados mediante a aplicação de dois questionários padronizados e pré codificados aplicados por entrevistadores treinados, um domiciliar e outro individual. Quando o entrevistado não apresentou condições, foi solicitado a um parente próximo ou cuidador que respondesse ao questionário. As variáveis de estudo foram características sociodemográficas, antropométricas (peso e altura) e hipercolesterolemia autorreferida, por meio da seguinte pergunta: “*Algum médico ou profissional da saúde já disse que o Sr (a) tem colesterol alto?*”. As informações

sociodemográficas referiam-se à idade, sexo, cor da pele autorreferida, nível socioeconômico (A/B, C, D/E conforme a ABEP), escolaridade em anos completos de estudo (0-3; 4-7;  $\geq 8$ ). Foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) dividindo o peso (kg) pela altura ao quadrado ( $m^2$ ) para avaliar o estado nutricional segundo os critérios de Lipschitz et al.<sup>26</sup>. que considera,  $< 22 \text{ kg}/m^2$ :baixo peso; entre  $22 - 27 \text{ kg}/m^2$ :eutrofia;  $> 27 \text{ kg}/m^2$ :excesso de peso.

Depois de revisados e codificados, os questionários foram digitados em duplicata utilizando o programa Epidata versão 3.1. Convertem-se o banco de dados final para o pacote estatístico STATA 13.0, e foram realizadas análises descritivas para caracterizar a amostra. Em seguida, foram efetuadas análises bivariadas, com os testes Qui-quadrado, para tendência linear e Exato de Fisher.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **Resultados**

Dos 1121 idosos elegíveis encontrados nos domicílios sorteados, 90,9% foram selecionados e participaram do estudo. A amostra final do presente estudo compreendeu 1022 idosos. A hipercolesterolemia foi autorreferida por 335 idosos, 32,8% da amostra (IC95% = 29,9-35,7%).

Quando analisadas as características sociodemográficas e econômicas dos idosos que auto referiram hipercolesterolemia, foi verificada prevalência significativamente maior entre as mulheres (39,3%,  $p < 0,010$ ) do que entre os homens (23,8%) e esta aumentou conforme o IMC ( $p < 0,010$ ). A idade, cor ou raça, nível socioeconômico e escolaridade não se associaram à hipercolesterolemia (Tabela 1).

## **Discussão**

Este estudo identificou a prevalência de 32,8% de hipercolesterolemia. Valores inferiores foram obtidos por Perdigão et al.<sup>14</sup>, a partir da aplicação de questionários a indivíduos portugueses, com idade  $\geq 40$  anos, realizado no estudo AMALIA, em que 38.893 pessoas foram entrevistadas, identificou uma prevalência de 19,7% de hipercolesterolemia autorreferida, e essa prevalência foi maior entre as mulheres do que

nos homens. Um estudo recente feito por Pereira et al.<sup>8</sup> nas populações da região centro oeste do Brasil encontrou uma prevalência de dislipidemia autorreferida de 15%, que aumentou linearmente com a idade, não havendo diferença significativa entre os sexos. As prevalências descritas por esses autores foram menores do que as descritas no presente estudo. Isso possivelmente se dá pelos critérios de seleção dos indivíduos, em que os adultos jovens constituíam maior parte da amostra.

Em uma pesquisa para avaliar a prevalência de DCNT e o estado nutricional de idosos atendidos em Centros de Referência e Cidadania em João Pessoa, Leite et al.<sup>11</sup> identificaram em uma amostra de 117 idosos de ambos os sexos, que 33,3% referiram ter algum tipo de dislipidemia dos quais 94% eram mulheres. Esse resultado foi semelhante ao presente estudo possivelmente por se tratar de idosos, que são mais acometidos por DCNT.

Resultados obtidos por meio de amostras de sangue apontaram um padrão de prevalência semelhante ao atual estudo. Estudo que avaliou 99 exames bioquímicos de idosos atendidos no município de Criciúma observou que em 31,3% da amostra o LDL-c apresentou-se alterado e 61,9% da amostra eram mulheres. Outros estudos encontraram resultados superiores. Cortez-Dias et al.<sup>12</sup> em um estudo observacional transversal com 719 usuários da atenção primária em Portugal, com média de idade de 58 anos, detectou prevalência de hipercolesterolemia de 47%, sem diferença entre os sexos, mas variou de acordo com a idade, com propensão a ser maior em homens de meia idade, mas predominou em mulheres em faixas etárias mais elevadas. No Senegal, em um estudo retrospectivo, revendo 14.116 resultados de solicitação do perfil lipídico, Doupa et al.<sup>13</sup> encontraram uma prevalência de hipercolesterolemia também superior ao estudo atual (60,9%), sendo maior entre indivíduos maiores de 50 anos (62,4%) do sexo feminino (66,2%). Ao analisar amostras de sangue de 891 idosos, Oliveira et al.<sup>16</sup> observaram que entre os fatores de risco cardiovasculares modificáveis, 66,4% apresentaram hipercolesterolemia. A diferença entre a percepção e a dosagem é significativa, provavelmente devido a falta de periodicidade a monitorização do perfil lipídico da população em geral.

Na distribuição entre os sexos, as mulheres apresentaram diferença estatisticamente significativa de hipercolesterolemia no presente estudo. Considerando a elevada prevalência de idosos do sexo feminino, as mulheres vivem 7,6 anos a mais que

os homens, o que justifica o maior número de mulheres em estudos realizado com idosos segundo os dados do IBGE<sup>17</sup>.

Com relação ao IMC, A associação entre dislipidemia e sobrepeso, foi investigada em estudo de base populacional realizado por Garcez et al.<sup>21</sup> em São Paulo, observaram que de uma amostra 263 idosos 60,4% eram do sexo feminino e 60,3% apresentaram algum tipo de dislipidemia por meio de análises de exames bioquímicos. Com relação ao IMC, classificação segundo a (OPAS, 2002), houve maior proporção de dislipidemia entre os idosos e adultos com excesso de peso, não sendo significativa apenas para o LDL-c (hipercolesterolemia isolada), porém indica uma tendência no aumento da mortalidade por doença cardiovascular (DCV) no Brasil e sua relação com a IMC elevado.

Foi observado no presente estudo a associação da hipercolesterolemia com o sobrepeso, sendo que nos indivíduos com baixo peso a prevalência foi de 18%, nos eutróficos 29,8% e nos portadores de sobrepeso 37,7%. De acordo com SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), que fornece um diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população, permite conhecer os problemas de nutrição, identifica áreas geográficas, segmentos sociais, grupos populacionais e maior risco dos distúrbios nutricionais, dos 999 idosos acompanhados em 2013, 61,2% apresentaram sobrepeso e houve maior prevalência entre as mulheres (64,2%), o que justifica um aumento de sobrepeso e obesidade nesta categoria<sup>22</sup>.

Pereira et al<sup>8</sup> encontraram, também, uma associação entre as dislipidemias e o excesso de peso. Em indivíduos com sobrepeso e obesidade a prevalência foi de 49% e 83% respectivamente, sendo maior que a observada em indivíduos com baixo peso ou eutróficos. Ao passo que Perdigão et al<sup>14</sup>. em Portugal, detectaram prevalência de 33% entre os obesos e 29,3% entre obesos mórbidos e mais baixa em indivíduos eutróficos 13,6% ou baixo peso 10,1%. Do mesmo modo, Da Cruz et al<sup>3</sup>. citou que pesquisadores do estudo de Framingham, destacaram a relação entre obesidade e envelhecimento. Caso esse aumento na gordura corporal fosse diagnosticado, provavelmente viria acompanhado de hipercolesterolemia e intolerância à glicose. Contudo, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013)<sup>23</sup> relata que a principal causa de morte no país são as DCV e o colesterol elevado é considerado um dos principais fatores de risco modificáveis baseado em estudos de caso controle, observacionais, de base genética e

de tratamento. Assim, com a redução dos níveis de LDL-c, por meio de mudanças no estilo de vida, é possível obter benefícios na limitação de DCV.

Oliveira <sup>16</sup>, observou maior proporção do sexo feminino, na faixa etária dos 60 aos 69 anos (57%) de cor parda, sem escolaridade e/ou com escolaridade muito baixa, pertencentes às classes sociais D/E. Ainda de acordo com o nível de escolaridade Perdigão et al.<sup>14</sup>, encontraram prevalência mais elevada em indivíduos com baixa escolaridade (22,1%). Ao examinar 120 prontuários de pacientes idosos atendidos no ambulatório da UNESC (Universidade do Extremo Sul Catarinense) para avaliar a prevalência dos fatores de risco cardiovasculares negros tiveram maiores taxas de triglicérides altos (48%) comparado aos brancos (42%), e estes apresentaram alteração nos níveis de HDL-c, LDL-c e Colesterol total em relação aos negros, o que é compatível com a pesquisa atual. Em estudo no Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Federal de Pernambuco, Marques<sup>19</sup> também relatou a presença de idosas com idade entre 60 a 69 anos, consideradas idosas jovens segundo a classificação de Veras. Dentre elas 56,9% tinham de um a quatro anos de estudo.

Pesquisa realizada em 2008 por meio de entrevistas telefônicas (VIGITEL), relatou que o excesso de peso e a obesidade tendem a serem menores entre mulheres com maior escolaridade. Hábitos alimentares saudáveis também melhoram nos níveis de maior escolaridade em ambos os sexos. De acordo com Malta <sup>18</sup>, quanto maior a escolaridade, maior é o acesso a medidas de promoção e prevenção, o que pode explicar maior prevalência de doenças. Segundo Talarolli Jr et al.<sup>19</sup> a escolaridade é um importante indicador de caracterização socioeconômica, relacionando-se as possibilidades de acesso a renda, utilização de serviços de saúde e adesão aos programas educacionais e sanitários. Conte et al. relatam que através da renda e escolaridade, pode se relacionar o grau de conhecimento, consciência, saúde e também de qualidade de vida das pessoas. Pessoas de baixo poder aquisitivo tendem a consumir alimentos mais baratos, de alta densidade calórica, rico em gorduras e açúcares, contribuindo para o desenvolvimento da obesidade e DCNT<sup>20</sup>.

A consistência do dado autorreferido é uma limitação, pois está sujeito ao viés de informação podendo subestimar ou superestimar relatos já que este método sofre influência do acesso aos serviços de saúde e viés de memória. Vale ressaltar o viés de sobrevivência comum em estudos com idosos. Porém, alguns inquéritos compararam dados

aferidos com referidos de dislipidemias e encontraram resultados semelhantes<sup>24</sup>. Em contrapartida, a adoção de medidas referidas em estudos epidemiológicos de base populacional é uma alternativa para aumentar a praticidade da coleta dos dados e baratear custos.

Estes estudos são relevantes, pois fornecem um mapeamento da prevalência de doenças crônicas e informações necessárias para o planejamento dos serviços de saúde. O monitoramento continuado de hipercolesterolemia pode ser eficaz para o controle de altas prevalências, quando realizado aconselhamento nutricional como um método de intervenção.

### **Conclusão**

Foi mostrado neste estudo uma importante prevalência de hipercolesterolemia, sobretudo entre mulheres e aqueles com excesso de peso, tornando-se primordial a adoção de medidas para controle de peso e monitoramento contínuo das dislipidemias para manutenção de uma vida saudável.

É necessária a implantação de intervenções específicas como programas de educação nutricional, que retardem o desenvolvimento de doenças associadas à hipercolesterolemia, uma vez que os idosos representam uma grande parcela da demanda dos serviços de saúde.

### **Referências Bibliográficas**

- 1 Basller, T. C; Vianna, L. A. C. Perfil nutricional de idosos residentes na área urbana do município de Nova mutum-MT: uma proposta de monitoramento. *Uniciências*, 2014.
- 2 Follmann, L. Estado nutricional dos idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre-RS. 2011.
- 3 Cruz, D. T,da., Caetano, V. C., & Leite, I. C. G. (2010). Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso..
- 4 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil 2010. Estudos e pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, 2010.
- 5 Brito, F. (2008). Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. *Rev Bras Estud Popul*, 25(01), 5-26.
- 6 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil 2014. Estudos e pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, 2014.
- 7Grillo, L. P; Caleffi, F; Mariath, A .B; Mezdri. T. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos assistidos por equipe estratégia saúde da família no sul do Brasil. *Tempus Actas de Saúde Colet*, 131-141, 2015.
- 8 Pereira, L. P., Sichieri, R., Segri, N. J., da Silva, R. M. V. G., & Ferreira, M. G. (2015). Dislipidemia autorreferida na região Centro-Oeste do Brasil: prevalência e fatores associados. *Rev Ciên & Saúde Colet*, 20(6).
- 9 Krause, M. P., Hallage, T., Gama, M. P., Sasaki, J. E., Miculis, C. P., Buzzachera, C. F., & Silva, S. G. D. (2007). Associação entre perfil lipídico e adiposidade corporal em mulheres com mais de 60 anos de idade. *Arq Bras Cardiol*, 89(3), 163-169.
- 10 Moretti, T., Moretti, M. P., Moretti, M., Sakae, T. M., Sakae, D. Y., & Araújo, D. (2009). Estado nutricional e prevalência de dislipidemias em idosos. *ArqCatarinMed*, 38(3), 12-16.
- 11 Leite-Cavalcanti, C., Rodrigues-Gonçalves, M. D. C., Rios-Asciutti, L. S., & Leite-Cavalcanti, A. (2009). Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. *Revsalud pública*, 11(6), 865-77.
- 12 Cortez-Dias, N., Martins, S. R., Belo, A., & Fiúza, M. (2013). Characterization of lipid profile in primary health care users in Portugal. *Rev Port de Cardio (English Edit5on)*, 32(12), 987-996.
- 13 Doupa, D., Mbengue, A. S., Diallo, F. A., Jobe, M., Ndiaye, A., Kane, A., Touré, M. (2014). Lipid profile frequency and the prevalence of dyslipidaemia from biochemical tests at Saint Louis University Hospital in Senegal. *Pan Afr Med J*, 17.
- 14 Perdigão, C., Rocha, E., Duarte, J. S., Santos, A., & Macedo, A. (2011). Prevalência, caracterização e distribuição dos principais factores de risco cardiovascular em Portugal. Uma análise do Estudo AMÁLIA. *Rev Port Cardiol*, 30(04), 393-432.

- 15 Moraes Arns, B., Moretti, M., Moretti, M. P., Sakae, T. M., Bonatteli, T. H., Corrêa, A., & Teodoro, R. D. (2009). Prevalência dos fatores de risco cardiovasculares nos pacientes atendidos no ambulatório de geriatria da UNESC. *Arq Catar Med*, 38(1).
- 16 Oliveira, J. A. S. D. (2010). Aglomerados de fatores de risco cardiovascular e síndrome de fragilidade em idosos.
- 17 Diniz, M. A., & dos Santos Tavares, D. M. (2013). Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos de um município do interior de Minas Gerais. *Texto & Contexto Enfer*, 22(4), 885-892.
- 18 Malta, D. C., Oliveira, M. R. D., Moura, E. C. D., Silva, S. A., Zouain, C. S., Santos, F. P. D., ... & Penna, G. D. O. (2011). Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. *Rev Ciên & Saúde Colet*, 16(3), 2011-2022.
- 19 Marques, A. P. D. O., Arruda, I. K. G. D., do Espírito Santo, A. C., Raposo, M. C. F., Guerra, M. D., & Sales, T. F. (2005). Prevalência de obesidade e fatores associados em mulheres idosas. *Arq. Bras. Endocrinol & Metab*, 49(3), 441-448.
- 20 Conte, F. A., & Franz, L. B. B. (2015). Estado Nutricional e de saúde em mulheres pós-menopausa. *Saúde (Santa Maria)*, 41(1), 77-84.
- 21 Garcez, M. R., Pereira, J. L., de Mello Fontanelli, M., Marchioni, D. M. L., & Fisberg, R. M. (2014). Prevalência de Dislipidemia Segundo Estado Nutricional em Amostra Representativa de São Paulo. *Arq Bras Cardiol*, 103(6), 476-484.
- 22 Ministério da Saúde, **Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional: SISVAN**. Brasília, DF, 2013.
- 23 Xavier, H. T., Izar, M. C., Faria Neto, J. R., Assad, M. H., Rocha, V. Z., Sposito, A. C., ... & Ramires, J. A. F. (2013). V Diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. *Arq Bras Cardio*, 101(4), 1-20.
- 24 Francisco, P. M. S. B., Barros, M. B. D. A., Segri, N. J., & Alves, M. C. G. P. (2013). Comparison of estimates of population-based surveys. *Rev. Saúde Públ*, 47(1), 60-68., 2013.
- 25 Conde, W. L., Oliveira, D. R., Borges, C. A., & Baraldi, L. G. (2013). Consistência entre medidas antropométricas em inquéritos nacionais. *Rev. Saúde Públ*, 47(1), 69-76.
- 26 Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care* 1994; 21:55-67

**Tabela 1** – Características demográficas, socioeconômicas e antropométricas em idosos residentes na cidade de Dourados, MS, Brasil, 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>Sem hipercolesterolemia n(%)</b>	<b>Com hipercolesterolemia n(%)</b>	<b>p valor</b>
<b>Idade (anos)</b>			
60-69	386(67,6)	185 (32,4)	0,344*
70-79	184(64,3)	102 (35,7)	0,728**
>80	117(70,9)	48 (29,1)	
<b>Sexo</b>			
Masculino	329(76,2)	103(23,8)	<0,010***
Feminino	358(60,7)	232(39,3)	
<b>Cor ou Raça</b>			
Branca/ Amarela	365(64,6)	200(35,4)	0,052***
Outras	322(70,5)	135(29,5)	
<b>Nível Socioeconômico ABEP</b>			
A/B	164(65,6)	86(34,4)	0,091*
C	336(65,2)	179(34,8)	0,084**
D/E	187(72,8)	70(27,2)	
<b>Escolaridade (anos) §</b>			
0-3	373 (69,1)	167(30,9)	0,331*
4-7	189 (64,1)	106(35,9)	0,314**
≥8	123 (66,5)	62(33,5)	
<b>Índice de Massa Corporal (kg/m<sup>2</sup>) §§</b>			
Baixo peso	82(82,0)	18(18,0)	<0,010*
Eutrofia	212(70,2)	90(29,8)	<0,010**
Excesso de peso	357(62,3)	216(37,7)	

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas; §Dados ausentes para 02 idosos; §§Dados ausentes para 36 idosos; \*Teste Qui-Quadrado; \*\*Teste para tendência Linear; \*\*\*Teste Exato de Fisher