

AVALIAÇÃO CLÍNICA E NUTRICIONAL DE IDOSOS CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA WARISLÂNDIA, ESTADO DO PARÁ

Nutritional and clinical evaluation of elderly people registered with the Family Health Strategy, Warislândia, state of Pará

Vinicius Costa Souza¹, Paulo Henrique Barbosa de Araújo²,
Cláudia Daniele Tavares Dutra³, Carla Andrea Avelar Pires⁴,
Josiane Moreira Caldas⁵, Ather Barbosa Figueiredo⁶

RESUMO

Cada vez mais cresce o índice de idosos no mundo. As pessoas estão vivendo por mais tempo, ocasionando mudanças importantes em diversos setores da sociedade. Essa aproximação do limiar vital deve-se, principalmente, ao avanço tecnológico da medicina e às mudanças nos hábitos de vida. Dessa maneira, a descrição do perfil clínico e nutricional de idosos disponibiliza subsídios para o planejamento local de ações de saúde e, por conseguinte, contribui para um envelhecimento mais ativo e saudável. Estudo de corte transversal com 83 idosos, realizado em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Ananindeua – PA, no período de setembro de 2010 a janeiro de 2011. Foi aplicado um protocolo de pesquisa com informações sobre as variáveis sociodemográficas, clínicas, hábitos de vida (etilismo, tabagismo e sedentarismo) e uso de medicamentos. Para análise estatística, foi usado o *software* Epi Info 5.3.2. Dos idosos avaliados, 62,6% eram do sexo feminino e a média de idade dos entrevistados foi de 69,3 anos. Em relação ao estado civil dos idosos, 37,3% eram casados e 27,7%, viúvos. Quanto à naturalidade, 77,1% eram paraenses e havia apenas 13,3% maranhenses. As doenças referidas mais prevalentes foram a hipertensão arterial sistêmica (60,2%), artrose (32,5%), AVC (16,9%) e osteoporose (14,4%). Em relação aos hábitos de vida, 13,2% eram etilistas, 18,1% eram fumantes e 73,8% não praticavam exercícios físicos. Dos entrevistados, 68,7% realizavam uso regular de medicamentos. Observou-se que, das comorbidades analisadas, o número de hipertensos foi expressivo. Verificou-se que 38,5% dos idosos se encontravam no intervalo de normalidade (ade-

ABSTRACT

Increasingly, the proportion of elderly people in the world is growing. People are living longer and causing major changes in various sectors of society. This approaching critical limit is due mainly to the technological advancement of medicine and to changes in lifestyle. Therefore, the description of the nutritional and clinical profile of elderly people offers support for the local planning of health actions, and consequently, support for active and healthy aging. This is a cross-sectional study conducted with 83 elderly people at a Family Health Strategy location in the city of Ananindeua, Pará, from September 2010 to January 2011. A research protocol was applied that contained information about social, demographic, and clinical variables, lifestyle (alcoholism, smoking, and sedentary) and medication use. Epi Info 3.5.2 software was used for statistical analysis. Of the elderly people evaluated, 62.6% were female and the mean age was 69.3 years, 37.3% were married and 27.7% were widowed. Considering their origins, 77.1% were from Pará and just 13.3% from Maranhão. The diseases reported more frequently were systemic arterial hypertension (60.2%), arthrosis (32.5%), CVA (16.9%), and osteoporosis (14.4%). Regarding lifestyle, 13.2% were alcoholics, 18.1% were smokers, and 73.8% did no physical exercise. Among these elderly people, 68.7% regularly took medications. A significant number of the seniors had systemic arterial hypertension. It was found that 38.5% of the seniors were in the normal range for BMI, and a significant number (44.6%) were overweight. This data provides indicators for planning disease and disorder prevention actions

¹ Médico graduado pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: vinicius_costasouza@hotmail.com.

² Médico graduado pela Universidade Federal do Pará (UFPA).

³ Nutricionista, Prof. Dra. do curso de Nutrição da Universidade Federal do Pará (UFPA).

⁴ Médica, Prof. Dra. do curso de Medicina da Universidade Federal do Pará (UFPA).

⁵ Enfermeira, Coordenadora da ESF Warislândia.

⁶ Nutricionista graduado pela Universidade Federal do Pará (UFPA).

quado ou eutrófico) para o IMC e uma quantidade expressiva dos entrevistados (44, 6%) estava com sobrepeso, o que fornece indicadores para o planejamento de ações de prevenção de doenças e agravos e a busca pela promoção da saúde dos idosos nas microáreas da Estratégia Saúde da Família.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

Cada vez mais cresce o índice de idosos no mundo. Para a Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, espera-se que ocorra uma transformação demográfica mundial nos próximos 50 anos, haja vista que o número de idosos no ano 2000 foi de 600 milhões e chegará a quase 1 bilhão e 200 mil, em 2050.¹

O envelhecimento da população mundial é uma realidade inegável. As pessoas estão vivendo por mais tempo, ocasionando mudanças importantes em diversos setores da sociedade. Apesar de o limite biológico de idade do ser humano não ter se modificado, a proporção de pessoas que vivem até próximo desse limite tem aumentado expressivamente. Essa aproximação do limiar vital deve-se, principalmente, ao avanço tecnológico da medicina e às mudanças nos hábitos de vida.²

As informações sobre a saúde da população idosa e suas demandas por serviços médicos e sociais são fundamentais para o planejamento da atenção e promoção da saúde.³ Nesse ínterim, cabe ao governo reformular estratégias de promoção de políticas de segurança de renda, por meio de esquemas públicos confiáveis de aposentadoria, assegurar o atendimento e a assistência médica à população envelhecida, por meio da melhoria do SUS, elaborar, o mais rápido possível, políticas sociais que preparem a sociedade para essa mudança ocorrida na pirâmide populacional, para solucionar, então, as demandas da população idosa.⁴

Dessa forma, tendo em vista a Estratégia de Saúde da Família, cabe a atenção do profissional à mudança do perfil populacional em sua área de abrangência, com o aumento progressivo da população idosa, fruto da queda da fecundidade e redução da mortalidade em todos os grupos etários. Ao idoso é requerida atenção especial e uma participação ativa na melhoria de sua qualidade de vida, abordando-o, conforme propõe a Estratégia em destaque, com medidas promocionais de proteção específica, de identificação precoce de seus agravos mais frequentes

and those promoting the health of elderly people in the microareas of the Family Health Strategy.

KEYWORDS: Elderly; Family Health.

e sua intervenção, bem como com medidas de reabilitação voltadas a evitar a sua apartação do convívio familiar e social.⁵

O indivíduo pode envelhecer de forma natural, convivendo bem com as limitações impostas pela idade, mantendo-se ativo até fases tardias da vida, considerada, cientificamente, como senescência; porém, outro período denominado senilidade ocorre como envelhecimento anormal ou patológico, no qual o efeito negativo das doenças provoca incapacidade progressiva para uma vida saudável e ativa.³ Entretanto, essa fase não tem de estar, necessariamente, acompanhada de doenças, de limitações para o desempenho de atividades cotidianas e de incapacidades definitivas.⁶

Se, por um lado, o envelhecimento populacional trouxe os benefícios de uma maior longevidade, por outro, trouxe um novo perfil epidemiológico, cujo processo engloba três mudanças básicas: a substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas, o deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos e a transformação de uma situação em que predominava a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante.⁷

As dificuldades, principalmente aquelas observadas na rotina diária dos grandes centros, podem levar o idoso à solidão, ao isolamento social, à alienação, ao desespero, ao declínio da saúde física e mental e ao enfrentamento, cada vez mais concreto, da situação de morte.⁸ Concomitantemente, ocorre um processo de transição nutricional, que se caracteriza pela diminuição progressiva da desnutrição e o aumento da obesidade.⁹

No Brasil, o aumento da prevalência da obesidade começou a ser observado paralelamente à mudança econômica e epidemiológica ocorrida entre as décadas de 1960 e 1990. Taxas elevadas de sobrepeso e obesidade em todas as faixas etárias, atingindo os dois sexos, estão sendo observadas no mundo inteiro. Uma das causas desse fenômeno está relacionada ao aumento significativo na ingestão de gordura e açúcar e à diminuição do consumo de

fibras e carboidratos complexos nessas últimas décadas.¹⁰

Um dos fatores relacionados ao envelhecimento sadio é a boa nutrição durante toda a vida. O estado nutricional adequado aumenta o número de pessoas que se aproximam do seu ciclo máximo de vida. Por meio da avaliação nutricional, é possível identificar indivíduos em risco nutricional aumentado para danos à sua saúde e estabelecer programas de intervenção com o objetivo de reduzi-los.¹¹

A realização de novas pesquisas que visem à investigação da situação alimentar e, em geral, da saúde dos idosos é praticamente exigida frente ao processo atual de transição demográfica. Assim, o presente trabalho tem como objetivo conhecer o perfil clínico e alimentar de idosos cadastrados em uma ESF no município de Ananindeua – PA, a fim de disponibilizar subsídios para o diagnóstico e o planejamento de ações de saúde.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, realizado em uma ESF no município de Ananindeua – PA. O período de coleta de dados foi de setembro de 2010 a janeiro de 2011. A coleta foi realizada semanalmente, somente no período da manhã, por meio de busca ativa dos idosos da ESF correspondente. Além disso, utilizou-se a orientação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), visto que eram os maiores conhecedores das microáreas e, portanto, facilitaram a busca pela população-alvo da pesquisa. A seleção dos sujeitos ocorreu de forma aleatória, à medida que esses possuíam cadastro na ESF. Destaca-se, ainda, que não houve perda amostral.

Para a inclusão dos idosos na pesquisa, os critérios estabelecidos foram: ter idade igual a ou maior de 60 anos (de acordo com o artigo 2º da Lei nº 8.842/94), possuir cadastro na ESF e aceitar participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), e não ser portador de incapacidade física e/ou demência. A presente pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP–ICS/UFPA), com Parecer de nº 106/10.

A coleta de dados ocorreu por meio de busca ativa e randomizada de idosos cadastrados na ESF e que residiam nas microáreas de abrangência. A casuística estudada foi de 83 idosos. Os procedimentos empregados para coleta de dados consistiram na aplicação de protocolo de pesquisa elaborado pelos próprios autores, que continha informações sobre as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, grau de escolaridade, estado civil), clínicas, hábitos de vida (etilismo, tabagismo e sedentarismo) e uso de medicamentos. No que diz respeito ao estado conjugal,

obteve-se avaliação subjetiva dos indivíduos, ou seja, os entrevistados que relataram ser casados poderiam ser legalmente casados ou apenas possuir união estável.

Além disso, foram coletados peso e altura para classificação do estado nutricional por meio do Índice de Massa Corpórea (IMC). Para os valores de IMC, consideraram-se os pontos de corte estabelecidos para os idosos, de acordo com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN),¹⁶ em: baixo peso ($\leq 22\text{kg/m}^2$), adequado ou eutrófico ($> 22\text{kg/m}^2$ e $< 27\text{kg/m}^2$) e sobrepeso ($\geq 27\text{kg/m}^2$). Os idosos foram questionados, ainda, quanto à presença de doenças crônicas autorreferidas.

Foi avaliado o consumo alimentar dos idosos, por meio de aplicação de questionário que continha informações referentes à frequência alimentar dos entrevistados quanto à ingestão de proteínas (feijão, leite, ovos, carne vermelha, ave, peixe), carboidratos (arroz/macarrão, pão, bolo, batata/macaxeira, farinha de mandioca) e guloseimas (doces e bombons), refrigerantes e frituras. Questionou-se, também, o consumo de alimentos reguladores, como verduras, legumes e frutas.

Para a estratificação da população em faixas de renda, utilizou-se como parâmetro o Salário Mínimo Per Capita (SMPC), que representa o total da renda da unidade amostral, incluindo salários, aposentadoria, pensão, aluguel, rendimentos etc. O protocolo de pesquisa foi aplicado em duas etapas: primeiramente, o levantamento dos dados sociodemográficos e, em seguida, sucedeu-se a avaliação antropométrica. Essa avaliação foi assim operacionalizada:

- O peso corporal em quilogramas foi verificado com os idosos descalços em balança antropométrica (G-Tech®) com precisão de 0,1 kg, destinada exclusivamente para a pesquisa.
- A altura foi medida em metros com estadiômetro graduado em 0,5cm, com o idoso descalço e com os calcanhares juntos e olhar no horizonte.

O presente trabalho seguiu as recomendações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sendo aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal do Pará.

Os dados coletados foram computados e armazenados em uma planilha eletrônica do *software* Microsoft Office Excel 2007 e analisados pelo programa Epi Info versão 3.5.2. Para descrever a amostra, foram utilizadas tabelas contendo frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão.

RESULTADOS

Caracterização sociodemográfica

Os resultados apresentados na Tabela 1 demonstram que 69,8% dos idosos pesquisados pertenciam às faixas etárias de 60 a 71 anos. Trata-se de uma população com 25,3% de analfabetos. É relevante ressaltar que, em relação à escolaridade, dos que possuíam ensino fundamental incompleto, 57,6% eram mulheres e 45,2% eram homens.

Com relação à ocupação, 60,2% dos idosos eram aposentados, para ambos os sexos. Quanto à renda per capita, 86,8% dos entrevistados possuíam renda de até um (1) salário mínimo. No que tange ao estado civil, 32,7% e 45,2% das mulheres e dos homens, respectivamente, relataram ser casados. Outro achado interessante foi que 60,2% dos idosos residem na área adstrita da localidade, no entanto, eram oriundos do interior do Estado, havendo um percentual significativo de maranhenses nessa região (13,3%).

Tabela 1 - Número e percentagem de idosos segundo características sociodemográficas.

| Características sociodemográficas | Masculino | | Feminino | | Total | | P |
|-----------------------------------|-----------|------|----------|------|-------|------|--------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Faixa etária (anos) | | | | | | | 0,9463 |
| 60-65 | 12 | 38,7 | 17 | 32,7 | 29 | 34,9 | |
| 66-71 | 10 | 32,3 | 19 | 36,5 | 29 | 34,9 | |
| 72-77 | 4 | 12,9 | 10 | 19,2 | 14 | 16,9 | |
| 78-83 | 3 | 9,7 | 3 | 5,8 | 6 | 7,2 | |
| 84-89 | 1 | 3,2 | 2 | 3,8 | 3 | 3,7 | |
| > 90 | 1 | 3,2 | 1 | 2 | 2 | 2,4 | |
| Total | 31 | 100 | 52 | 100 | 83 | 100 | |
| Escolaridade | | | | | | | 0,1712 |
| Analfabeto | 7 | 22,6 | 14 | 27 | 21 | 25,3 | |
| E.F.I. | 14 | 45,2 | 30 | 57,6 | 44 | 53 | |
| E.F.C. | 4 | 12,9 | 1 | 2 | 5 | 6 | |
| E.M.I. | 2 | 6,4 | 5 | 9,6 | 7 | 8,4 | |
| E.M.C. | 4 | 12,9 | 2 | 3,8 | 6 | 7,2 | |
| Total | 31 | 100 | 52 | 100 | 83 | 100 | |
| Aposentadoria | | | | | | | 0,9354 |
| Sim | 19 | 61,3 | 31 | 59,6 | 50 | 60,2 | |
| Não | 12 | 38,7 | 21 | 40,4 | 33 | 39,8 | |
| Total | 31 | 100 | 52 | 100 | 83 | 100 | |
| Renda mensal (S. M.*) | | | | | | | 0,7962 |
| Sem Renda | 2 | 6,4 | 2 | 3,8 | 4 | 4,8 | |
| Até 1 S.M. | 27 | 87,2 | 45 | 86,6 | 72 | 86,8 | |
| 1-3 S.M. | 2 | 6,4 | 5 | 9,6 | 7 | 8,4 | |
| Total | 31 | 100 | 52 | 100 | 83 | 100 | |
| Estado civil | | | | | | | 0,4854 |
| Casado | 14 | 45,2 | 17 | 32,7 | 31 | 37,4 | |
| Viúvo | 6 | 19,3 | 17 | 32,7 | 23 | 27,7 | |
| Separado | 3 | 9,7 | 3 | 5,8 | 6 | 7,2 | |
| Solteiro | 8 | 25,8 | 15 | 28,8 | 23 | 27,7 | |
| Total | 31 | 100 | 52 | 100 | 83 | 100 | |
| Naturalidade | | | | | | | 0,4854 |
| Capital Pará | 4 | 12,9 | 10 | 19,2 | 14 | 16,9 | |

| | | | | | | |
|----------------|----|------|----|------|----|------|
| Interior Pará | 17 | 54,8 | 33 | 63,5 | 50 | 60,2 |
| Maranhão | 6 | 19,4 | 5 | 9,6 | 11 | 13,3 |
| Outros Estados | 4 | 12,9 | 4 | 7,7 | 8 | 9,6 |
| Total | 31 | 100 | 52 | 100 | 83 | 100 |

Legenda:

EFI: Ensino Fundamental Incompleto | EFC: Ensino Fundamental Completo | EMI: Ensino Médio Incompleto | EMC: Ensino Médio Completo | S.M.*: Salário Mínimo.

P valor pelo teste G.

Fonte: dados da pesquisa.

Hábitos de vida

No que se refere aos principais hábitos de vida, 13,2% dos participantes relataram ingerir regularmente bebidas alcoólicas e 18,1% possuíam o hábito de fumar. Deve-se destacar que, entre os homens, houve prevalência desses hábitos, sendo que 16,2% eram etilistas e 29% eram tabagistas. Quanto à prática de atividade física, 78,3% dos idosos informaram não adotar essa prática, e essa distribuição segundo o sexo mostrou maior inatividade entre as mulheres (82,7%).

Morbidade referida

Em relação aos agravos referidos durante a entrevista (Tabela 2), os de maior prevalência foram: hipertensão arterial (60,2%), artrose (32,5%) e acidente vascular cerebral (16,9%). No tocante às dificuldades afetiva, financeira, física e psicológica, os idosos relataram que 77,1% possuíam alguma dificuldade afetiva, seguida de limitações físicas (54,2%) e financeiras (44,6%).

Tabela 2 - Prevalência dos principais agravos não transmissíveis em idosos.

| | Masculino | | Feminino | | Total | | P |
|---------------------|-----------|------|----------|------|-------|-----|---------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| AVC* | 7 | 50 | 7 | 50 | 14 | 100 | 0,4411 |
| Coração | 3 | 33,3 | 6 | 66,7 | 9 | 100 | 0,5498* |
| Diabetes | 1 | 9,1 | 10 | 90,9 | 11 | 100 | 0,0341* |
| Hipertensão | 16 | 32 | 34 | 68 | 50 | 100 | 0,3133 |
| Rins | 1 | 50 | 1 | 50 | 2 | 100 | 0,6103* |
| Osteoporose | 0 | 0 | 12 | 100 | 12 | 100 | 0,0021* |
| Artrose | 8 | 29,4 | 19 | 70,4 | 27 | 100 | 0,4428 |
| Dificuldades | | | | | | | |
| Afetiva | 10 | 27 | 27 | 73 | 37 | 100 | 0,1296 |
| Física | 17 | 37,8 | 28 | 62,8 | 45 | 100 | 0,8887 |
| Financeira | 25 | 39,1 | 39 | 60,9 | 64 | 100 | 0,7473 |
| Psicológica | 1 | 10 | 9 | 90 | 10 | 100 | 0,0533 |

Legenda:

AVC*: Acidente Vascular Cerebral

P valor pelo teste Qui-Quadrado.

P* valor pelo teste Fischer.

Fonte: dados da pesquisa.

Índice de Massa Corpórea (IMC)

Quanto à variável antropométrica (IMC) (Tabela 3), verificou-se que 38,5% dos idosos encontravam-se no in-

tervalo de normalidade (adequado ou eutrófico), sendo que uma quantidade expressiva dos entrevistados (44,6%) apresentava-se com sobrepeso ($\geq 27\text{kg/m}^2$).

Tabela 3 - Valores de índice de massa corpórea por sexo.

| Intervalos (kg/m ²) | Masculino | | Feminino | | Total | | P |
|---------------------------------|-----------|------|----------|------|-------|------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| ≤ 22 | 6 | 19,3 | 8 | 15,4 | 14 | 16,9 | |
| > 22 e < 27 | 11 | 35,5 | 21 | 40,4 | 32 | 38,5 | |
| ≥ 27 | 14 | 45,2 | 23 | 44,2 | 37 | 44,6 | |
| Total | 31 | 100 | 52 | 100 | 83 | 100 | 0,858 |

P valor pelo teste Qui-Quadrado.

Fonte: dados da pesquisa.

Alimentação

Em relação à alimentação dos idosos, a Tabela 4 ilustra os percentuais por frequência de ingestão de alimentos proteicos, apresentando uma ingestão significativa de leite de 34,9% (1 vez ao dia) e 26,5% (2 vezes ao dia). O feijão

era consumido na frequência de uma vez ao dia (63,4%) ou duas vezes ao dia (21,7%). A carne vermelha (66,3%) e as aves (63,9) eram as mais consumidas 2 a 4 vezes por semana. Em contrapartida, verificou-se que 19,3% dos entrevistados nunca se alimentavam de ovos.

Tabela 4 - Percentuais por frequência de ingestão de alimentos proteicos.

| Alimentos | Nunca | <1/mês | 1-3/mês | 1/sem | 2-4/sem | 1/dia | 2/dia | 3/dia |
|-----------|-------|--------|---------|-------|---------|-------|-------|-------|
| Feijão | 1,2 | 3,6 | 4,8 | 13,3 | 37,3 | 21,7 | 21,7 | 0,0 |
| Leite | 4,8 | 12,0 | 4,8 | 7,2 | 9,6 | 34,9 | 26,5 | 0,0 |
| Ovos | 19,3 | 18,1 | 18,1 | 15,7 | 21,7 | 6,0 | 1,2 | 0,0 |
| Carnes | 2,4 | 4,8 | 4,8 | 15,7 | 66,3 | 3,6 | 2,4 | 0,0 |
| Peixes | 1,2 | 4,8 | 16,9 | 31,3 | 41,0 | 0,0 | 4,8 | 0,0 |
| Aves | 2,4 | 3,6 | 6,0 | 18,1 | 63,9 | 4,8 | 1,2 | 0,0 |

Legenda: <1/mês: menos de uma vez no mês | 1-3/mês: de uma a três vezes no mês

1/sem: uma vez por semana | 2-4 sem: duas a quatro vezes na semana | 1/dia: uma vez ao dia | 2/dia: duas vezes ao dia | 3/dia: três vezes ao dia.

Fonte: dados da pesquisa.

No que diz respeito ao grupo alimentar dos carboidratos e gloseimas (Tabela 5), ressalta-se que 43,4% dos idosos se alimentavam de arroz ou macarrão duas vezes ao dia (2/dia) e que a farinha de mandioca era ingerida por 39,8% dos pesquisados. É importante notar que 74,7%,

81,9% e 59,1% dos entrevistados ingeriam frituras, doces e refrigerantes, respectivamente, em uma frequência menor que uma a três vezes ao mês (nunca, <1/mês, 1-3/mês), caracterizando, assim, um consumo baixo.

Tabela 5 - Percentuais por frequência de ingestão de alimentos energéticos.

| Alimentos | Nunca | <1/mês | 1-3/mês | 1/sem | 2-4/sem | 1/dia | 2/dia | 3/dia |
|---------------------|-------|--------|---------|-------|---------|-------|-------|-------|
| Arroz/macarrão | 2,4 | 1,2 | 0,0 | 2,4 | 12,0 | 37,3 | 43,4 | 1,2 |
| Pão | 4,8 | 2,4 | 3,6 | 10,8 | 15,7 | 38,6 | 20,5 | 3,6 |
| Bolos | 15,7 | 21,7 | 42,2 | 10,8 | 7,2 | 2,4 | 0,0 | 0,0 |
| Batata/macaxeira | 1,2 | 14,5 | 19,3 | 13,3 | 38,6 | 9,6 | 6,0 | 0,0 |
| Farinha de mandioca | 6,0 | 2,4 | 1,2 | 7,2 | 19,3 | 22,9 | 39,8 | 1,2 |

| | | | | | | | | |
|-----------------|------|------|------|------|------|-----|-----|-----|
| Doces e bombons | 34,9 | 30,1 | 16,9 | 9,6 | 4,8 | 3,6 | 0,0 | 0,0 |
| Refrigerante | 14,5 | 24,1 | 20,5 | 20,5 | 13,3 | 6,0 | 0,0 | 1,2 |
| Frituras | 20,5 | 27,7 | 26,5 | 9,6 | 15,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

Legenda: <1/mês: menos de uma vez no mês | 1-3/mês: de uma a três vezes no mês

1/sem: uma vez por semana | 2-4/sem: duas a quatro vezes na semana | 1/dia: uma vez ao dia | 2/dia: duas vezes ao dia | 3/dia: três vezes ao dia.

Fonte: dados da pesquisa.

No que tange aos alimentos reguladores, os quais são compostos por verduras, legumes e frutas, constatou-se que houve baixo consumo e baixa frequência da ingestão desses alimentos. Nota-se que grande percentual dos pesquisados informou ingeri-los com uma frequência de duas a quatro vezes na semana, sendo que 45,8% se alimentavam de verduras e frutas e 47% relataram consumir legumes. Apenas 22,9% informaram ingerir verduras todos os

dias, em uma frequência de duas vezes ao dia (2/dia). É relevante notar que 25,3% possuíam o hábito de ingerir açaí a uma frequência de duas a quatro vezes durante a semana (2-4/Sem). Além disso, 9,6% informaram nunca ingerir esse alimento e apenas 7,2% relataram consumir esse produto todos os dias, a uma frequência de duas vezes ao dia (2/dia) (Tabela 6).

Tabela 6 - Percentuais por frequência de ingestão de alimentos reguladores.

| Alimentos | Nunca | <1/mês | 1-3/mês | 1/sem | 2-4/sem | 1/dia | 2/dia | 3/dia |
|-----------|-------|--------|---------|-------|---------|-------|-------|-------|
| Verduras | 2,4 | 8,4 | 9,6 | 10,8 | 45,8 | 18,1 | 22,9 | 0,0 |
| Legumes | 2,4 | 8,4 | 9,6 | 9,6 | 47,0 | 18,1 | 4,8 | 0,0 |
| Frutas | 2,4 | 4,8 | 2,4 | 15,7 | 45,8 | 24,1 | 4,8 | 0,0 |
| Açaí | 9,6 | 15,7 | 21,7 | 15,7 | 25,3 | 4,8 | 7,2 | 0,0 |

Legenda: <1/mês: menos de uma vez no mês | 1-3/mês: de uma a três vezes no mês

1/sem: uma vez por semana | 2-4/sem: duas a quatro vezes na semana | 1/dia: uma vez ao dia | 2/dia: duas vezes ao dia | 3/dia: três vezes ao dia.

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

No que diz respeito à caracterização sociodemográfica, a população predominantemente encontrada foi a do sexo feminino (57,6%), o que está de acordo com o resultado parcial do último censo populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).¹² De acordo com Marin et al.,¹³ essa diferença pode estar vinculada com as altas taxas de mortalidade entre os homens, relacionadas a acidentes de trânsito, violência e doenças crônicas. Em relação às mulheres, além de possuírem altas taxas de morbidade em quase todas as doenças crônicas não fatais, procuram assistência mais frequentemente do que os homens.

Dentre os pesquisados, a maioria pertencia à faixa etária compreendida entre 60 e 71 anos e não havia proporcionalidade entre os grupos etários analisados, o que difere de pesquisa realizada por Paskulin e Viana,¹⁴ em Porto Alegre, os quais encontraram proporção semelhante de

idosos por grupo etário nas faixas de 60 a 69 anos e de 70 a 79 anos, justificada pelo aumento da expectativa de vida da população nos últimos anos.

Quanto ao nível escolar, 78,3% dos idosos possuíam baixa escolaridade (analfabetismo e EFI), o que representa um sério fator de risco diante da complexidade dos cuidados de que eles frequentemente necessitam para sua saúde. Esses achados condizem com trabalho realizado por Alves et al.,¹⁵ o qual encontrou que 73,8% dos idosos apresentavam escolaridade inferior a sete anos de estudo.

A renda do idoso é um dos principais determinantes do seu estado de saúde. Em geral, idosos com renda mais baixa apresentam piores condições de saúde, função física e menor uso de serviços de saúde.¹⁶ Em relação à renda, a maior parte dos entrevistados (86,8%) possuía renda *per capita* de até um salário mínimo, o que possui forte relação com a aposentadoria, estando de acordo com o estudo de Machado et al.¹⁷

Em relação ao estado civil, a maior parcela das idosas

(67,3%) não possuía união estável e também não era legalmente casada, similarmente ao estudo de Marin et al.,¹³ o qual encontrou um percentual de 50,7% para a variável considerada. De acordo com esse autor, isso as torna altamente vulneráveis à pobreza e ao isolamento social, o que, possivelmente, se deve à discriminação no acesso à educação, salário, alimentação, trabalho significativo, assistência à saúde, medidas de seguro social e poder político.

Houve predomínio de doenças crônicas (73,4%), com destaque para hipertensão arterial e diabetes, e uma grande proporção referiu fazer uso de medicações sistemáticas (62,6%). Dos entrevistados, 54,2% referiram possuir alguma limitação física. Para Paskulin e Viana,¹⁴ isso reforça a ideia de que a percepção de ser doente está mais relacionada às incapacidades do que a ser portador de danos crônicos. Além disso, reforça a relevância das medidas preventivas para o controle das condições crônicas e sua eficácia para a promoção e a manutenção da saúde do idoso. Entretanto, considerando que as informações foram autorreferidas, pode haver subestimação ou superestimação dos valores referentes à prevalência desses agravos nos idosos, constituindo, assim, limitação do estudo. Contudo, estudo de base populacional feito por Lima-Costa et al.¹⁶ revelou que o autorrelato constitui medida sólida e o meio mais prático de reunir informações da condição de saúde dos indivíduos.

Quanto ao IMC, observou-se um percentual significativo de idosos com sobrepeso (44,6%). Esses achados corroboram os de Tavares e Anjos,¹⁸ que identificaram aumento expressivo de sobrepeso na população adulta brasileira nas últimas décadas. E, quando analisamos os percentuais de sobrepeso para ambos os sexos, tendo em vista os valores da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF),¹⁹ o excesso de peso foi diagnosticado em cerca de metade dos homens e das mulheres similarmente ao presente estudo, o que sinaliza o sobrepeso e a obesidade como questão de saúde pública e a necessidade da adoção de políticas preventivas. Ainda de acordo com Tavares e Anjos,¹⁸ tais resultados podem ser reflexo da presença de diferentes fatores que influenciam o sobrepeso, os quais podem ter relação com as condições de vida, história ocupacional e estilos de vida, principalmente atividade física e consumo alimentar, conforme gênero, nas diversas realidades sociais e culturais brasileiras.

De acordo com a POF,¹⁹ a tendência dos indicadores antropométricos na população tendeu ao aumento nos últimos 34 anos decorridos da realização da PNSN.²⁰ As prevalências de excesso de peso e de obesidade aumentam continuamente ao longo dos inquéritos realizados para os dois sexos.

Esse percentual de IMC pode ter relação com o fato

de 78,3% dos idosos não exercerem a prática de atividade física e a média de 9,3% dos idosos ingerirem poucos alimentos reguladores (ingerirem nunca, menos de uma vez no mês, de uma a três vezes no mês e uma vez na semana), e corroborando o quadro, a média de 10% dos idosos ingerirem altas proporções de alimentos energéticos (ingerirem de duas a quatro vezes na semana, uma vez por dia, duas vezes por dia e três vezes por dia).

Considerando os entrevistados que relataram ingerir alimentos ricos em carboidratos (arroz/macarrão, pão, farinha, bolo e batata/macaxeira) várias vezes durante o dia (1/dia, 2/dia, 3/dia) e durante a semana (1/sem, 2-4/sem), houve uma média de frequência desses alimentos de aproximadamente 74%. Esses dados são inferiores aos de Najas et al.,²¹ os quais encontraram que mais de 90% dos idosos, em diferentes regiões, consumiam arroz, pão, féculas e macarrão.

No grupo de alimentos reguladores, constatou-se ingestão considerável de frutas, legumes e verduras, quando se considerou o consumo semanal (1/sem, 2-4/sem) e diário (1/dia, 2/dia, 3/dia). Para esse período, a média da frequência dos alimentos reguladores foi de 80,1%, valor abaixo do encontrado por Najas et al.²¹ em estudo que apontou que mais de 85% dos idosos das três regiões analisadas têm por hábito consumir frutas, verduras folhosas e legumes. Percebe-se, também, que dentre os alimentos reguladores, as verduras e as frutas são as mais consumidas pelos idosos, podendo-se considerar como hábito alimentar desses indivíduos a ingestão dos mesmos. Tal achado sugere que os idosos pesquisados valorizam os alimentos reguladores em sua rotina alimentar.

Quanto ao consumo de doces, bombons e frituras, observou-se uma baixa ingestão, sendo que foi o oposto em relação aos achados de Najas et al.,²¹ que verificaram comportamento semelhante, pautado na elevação de consumo nas três regiões estudadas. Quando se considera o grupo dos alimentos proteicos, uma média de 78,3% dos idosos entrevistados consome regularmente (pelo menos uma vez na semana e pelo menos uma vez ao dia) feijão (94%), ovos (44,6%), carne vermelha (88%), aves (88%), peixe (77,1%) e leite (78,2%). Esses dados são similares aos encontrados por Najas et al.,²¹ que apontaram que 70% ou mais dos idosos consomem feijão, carne de boi, aves, leite e ovos. Entretanto, em estudo de Lopes et al.,²² quando analisada a ingestão de alimentos por idade, houve consumo insatisfatório de proteínas no grupo dos idosos.

Caracterizou-se por ser fator limitante do estudo o fato de a abordagem nutricional ser exclusivamente qualitativa. Dessa forma, é importante aprofundar informações nutricionais, para estabelecer práticas de monitoramento e direcionar intervenções mais adequadas, de acordo com

especificidades regionais.

Esses achados sobre a alimentação dos idosos diferem dos de Levy-Costa et al.²³ que, após analisarem pesquisas de orçamento familiar realizadas até 2002-2003, encontraram tendência crescente de substituição de alimentos básicos e tradicionais na dieta brasileira (como arroz, feijão e hortaliças) por bebidas e alimentos industrializados (como refrigerantes, biscoitos, carnes processadas e comida pronta).

REFERÊNCIAS

1. ONU - II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento. Estratégia Internacional de ação sobre o envelhecimento. In: O envelhecimento e o desenvolvimento de um mundo que envelhece. Tradução de Antônio Rubens Pompeu Braga. Fortaleza: INESP; 2003.
2. Farinasso ALC. Perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004.
3. Garcia ESS, Saintrain MVL. Perfil epidemiológico de uma população idosa atendida pelo Programa Saúde da Família. *Rev Enf.* 2009 jan./mar.; 17(1):18-23.
4. Rocha FMF. Representação social da atenção assistencial oferecida ao idoso no município de Divinópolis [dissertação]. Divinópolis: Universidade do Estado de Minas Gerais, Fundação Educacional de Divinópolis; 2008.
5. Silvestre A, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família *Cad Saúde Pública.* 2003 maio/jun.; 19(3):839-47.
6. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19:793-8.
7. Schramm JMA et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(4): 897-908.
8. Ramos LR, Toniolo J, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Perracini M, et al. Two-year follow-up study of elderly residents in São Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev Saúde Pública.* 1998; 32:397-407.
9. Kac D, Velasquez-Meléndez G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(1): 4-5.
10. Cruz IBM, Almeida MSC, Schwanke, CHA, Moriguchi EH. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. *Rev Assoc Med Bras.* 2004; 50(2):172-7.
11. Campos MAG, Pedroso ERP, Lamounier JA, Colosimo EA, Abrantes MM. Estado nutricional e fatores associados em idosos. *Rev Assoc Med Bras.* 2006; 52(4):214-21.
12. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Populacional: Estado do Pará, 2010 [Acesso em 2011 abr. 28]. Disponível em: <[Rev. APS. 2014 out/dez; 17\(4\): 459 - 468.](http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=1>5>.
13. Marin MJS, Bazaglia FC, Massarico AR, Silva CBA, Campos RT, Santos SC. Características sociodemográficas do atendimento ao idoso após alta hospitalar na Estratégia da Saúde de Família. <i>Rev Esc Enferm.</i> 2010; 44(4):962-8.
14. Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autorreferidas de idosos de Porto Alegre. <i>Rev Saúde Pública.</i> 2007; 41(5):757-68
15. Alves LC; Leite IC, Machado, CJ. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método grade of membership. <i>Cad Saúde Pública.</i> 2008; 24(3):535-546.
16. Lima-Costa MF; Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. <i>Cad Saúde Pública.</i> 2003; 19(3):735-743.
17. Machado JC, Ribeiro RCL, Leal PFG, Cotta RMM. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa – MG. <i>Rev Bras Epidemiol.</i> 2007; 10(4):592-605.
18. Tavares EL, Anjos LA. Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. <i>Cad Saúde Pública.</i> 1999; 15(4):759-768.
19. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos

</div>
<div data-bbox=)

no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

20. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN – 1989). Arquivo de dados da pesquisa. Brasília: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição; 1990.

21. Najas MS, Andreazza R, Souza ALM, Sachs A, Guedes ACB, Sampaio LR, et al. Padrão alimentar dos idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidade urbana da região Sudeste, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1994; 28(3):187-91.

22. Lopes ACS, Caiaffa WT, Sichieri R, Mingoti SA, Lima-Costa MF. Consumo de nutrientes em adultos e idosos em estudo de base populacional: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(4):1201-1209.

23. Levy-Costa RB et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39(4):530-40.

Submissão: maio/2103

Aprovação: janeiro/2104
