

# Atenção primária à saúde: perfil nutricional e funcional de idosos

Primary health care: nutritional and functional profile of elderly people

Cuidados médicos primarios: perfil alimenticio y funcional de envejecidos

*Jacqueline de Sousa Machado\**

*Vanessa Vicente de Souza\*\**

*Shirlei de Oliveira Silva\*\*\**

*Andréa Abdala Frank\*\*\**

*Eliane Abreu Soares\*\*\**

**RESUMO:** O presente estudo objetivou caracterizar o perfil nutricional e funcional de idosos que se encaminhavam ao ambulatório de Nutrição da Policlínica José Paranhos Fontenelle (Rio de Janeiro) para o primeiro atendimento. A pesquisa contou com a participação de 35 idosos, sendo realizada a avaliação antropométrica e coletados dados sobre o perfil socioeconômico, bioquímico e dietético dos idosos além da abordagem sobre as atividades de vida diária para avaliação dos resultados. Em relação aos aspectos socioeconômicos, observou-se que 44,4% dos homens e 57,7% das mulheres possuíam renda inferior a dois salários mínimos. De acordo com a avaliação antropométrica, observou-se uma elevada prevalência de obesidade em ambos os sexos, assim como um elevado risco de doença cardiovascular. A hipertensão arterial foi a enfermidade mais freqüente nos idosos do sexo masculino (55,5%), e a dislipidemia no sexo feminino (88,4%). Com relação às Atividades de Vida Diária (AVDs) pôde-se verificar que as atividades que obtiveram maior grau de dificuldade foram: subir escadas (40%), tomar ônibus (25,7%) e cortar as unhas dos pés (23,07%). Em relação ao consumo alimentar observou-se de uma forma geral um elevado consumo de arroz, pão e feijão. O alimento protéico mais freqüentemente consumido entre os idosos foi o frango. Apesar disso, persiste um baixo consumo de frutas e hortaliças, o que justifica orientações nutricionais adequadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idosos. Nutrição. Doenças crônicas.

**ABSTRACT:** The AIM of this study was to establish the nutritional and functional profile of elderly people treated in the nutrition ward of José Paranhos Fontenelle Clinic (Rio de Janeiro - Brazil) for their first medical care. The research involved the participation of 35 people. It was based on anthropometric assessment and collected data on socio-economic, biochemical and dietary factors. It also included an investigation about their daily life activities to evaluate the results of care. Taking into account socio-economical aspects, the study shows that 44.4% of men and 57.7% of women have an income less than two Brazilian minimum wages. Concerning the anthropometric assessment it was observed a high prevalence of obesity for both sexes, besides a high risk of cardiovascular diseases. Arterial hypertension was the most frequent disease among males (55.5%), and *dyslipidemia* among females (88.4%). In relation to Daily Life Activities (DLA's), the ones they showed more difficulties to perform were climbing stairs (40%), taking a bus (25.7%) and trimming toes nails (23.07%). In relation to dietary intake, a high amount of rice, bread and beans consumption was detected. The most frequently consumed protein source was chicken meat. Despite this, a low consumption of fruits and vegetables persists that justifies an adequate nutritional orientation.

**KEYWORDS:** Elderly. Nutrition. Chronic disease.

**RESUMEN:** Este estudio pretende establecer el perfil alimenticio y funcional de envejecidos tratados en el ala de nutrición de la clínica José Paranhos Fontenelle (Rio de Janeiro - Brasil) en su primera asistencia médica. La investigación implicó la participación de 35 personas. Fue basada en la evaluación antropométrica y en datos recogidos sobre factores socioeconómicos, bioquímicos y dietéticos. También incluyó una investigación sobre sus actividades en la vida de cada día para evaluar los resultados del cuidado recibido. Considerando aspectos socio-económicos, el estudio demuestra que 44.4% de los hombres y 57.7% de las mujeres tienen una renta inferior a dos salarios mínimos brasileños. Referente a la evaluación antropométrica, se observo un alto predominio de obesidad en ambos sexos, además de un alto riesgo de enfermedades cardiovasculares. La hipertensión arterial fue la enfermedad más frecuente entre los hombres (55.5%), y la *dyslipidemia* entre las mujeres (88.4%). En lo referente a las actividades de la vida de cada día (ACC), las que presentaban más dificultades a realizarse fueron subir escaleras (40%), tomar un autobús (25.7%) y cortar las uñas de los dedos de los pies (23.07%). En lo referente a la ingestión dietética, una alta taja de consumo del arroz, del pan y de las habas fue detectada. La fuente más frecuente de la proteína consumida fue la carne del pollo. A pesar de esto, persiste un bajo consumo de frutas y hortalizas, lo que justifica una orientación alimenticia adecuada.

**PALABRAS LLAVE:** Envejecidos. Nutrición. Enfermedad crónica.

\* Instituto de Nutrição-Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: jackmachado@globo.com

\*\* Instituto de Nutrição-Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

\*\*\* Ambulatório de Nutrição-Policlínica José Paranhos Fontenelle.

## Introdução

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2002), o crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial e está ocorrendo a um nível sem precedentes. Estima-se que, considerando a população mundial, o número de pessoas com idade acima de 60 anos crescerá mais de 300% nos próximos 50 anos, indo de 606 milhões em 2000 para quase dois bilhões em 2050 (Scazufca et al, 2002).

Apesar de ser um processo natural, o envelhecimento submete o organismo a diversas alterações anatômicas e funcionais, com repercussões nas condições de saúde e no estado nutricional do idoso (Campos et al, 2000). A estas características biológicas e funcionais se agregam a pobreza, o analfabetismo, a solidão e uma série de enfermidades crônicas não-transmissíveis, como o *diabetes mellitus*, a hipertensão arterial, o infarto agudo do miocárdio e os acidentes cerebrovasculares que associam-se direta ou indiretamente com a quantidade e a qualidade dos alimentos consumidos (Najas et al, 1994).

O conjunto destes fatores proporciona implicações para os sistemas de saúde e para a sociedade, que ainda não estão preparados para lidar com tais situações, pois não há infra-estrutura necessária para responder às demandas médico-sociais deste grupo, em termos de instalações, programas específicos e formação de recursos humanos adequados (Veras et al, 1987; Caldas, 2003).

Considerando-se, então, todas as particularidades que acompanham o envelhecimento, este trabalho teve por objetivo caracterizar o perfil nutricional e funcional dos idosos atendidos pela primeira vez no ambulatório de nutrição do

Centro Municipal de Saúde José Paranhos Fontenelle (Rio de Janeiro), buscando contribuir de forma efetiva na identificação de possíveis causas associadas à precária qualidade de vida na longevidade.

## Metodologia

Foram avaliados 35 idosos, de ambos os sexos, com idade superior a 60 anos, atendidos pela primeira vez no Ambulatório de Nutrição do Centro Municipal de Saúde José Paranhos Fontenelle (Rio de Janeiro).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Municipal Souza Aguiar, sendo aprovada sob o número 09/030175/03. Todos os idosos selecionados estavam cientes da sua participação voluntária no estudo.

Os questionários de dados pessoais e socioeconômicos contribuíram para a identificação da população. Informações relativas às doenças crônicas e os resultados das análises bioquímicas para colesterol, triglicerídios, glicose e ácido úrico plasmático foram obtidos dos prontuários médicos.

A avaliação antropométrica foi realizada por um único avaliador especializado, utilizando as medições de massa corporal total, estatura, dobra cutânea triceptal, circunferência da panturrilha, circunferência do braço e circunferência da cintura. A massa corporal foi mensurada com o auxílio de balança fixa, marca Filizola, capacidade máxima de 150 kg e precisão de até 100g. Para a medição da estatura foi utilizada uma fita métrica com precisão, afixada na parede isenta de rodapé a 50 cm do chão, e um esquadro antropométrico. Os idosos eram medidos descalços, em posição ortostática, com as costas e a parte posterior dos joelhos encostadas na parede. Com o auxílio do esquadro antropométrico, a altura

foi verificada pela formação do ângulo de 90° entre o próprio esquadro e a fita métrica (Lohman et al, 1998; Frank e Soares, 2002). Baseando-se na massa corporal total e estatura, foi calculado e classificado o Índice de Massa Corporal (IMC) (Lipschitz, 1994). A circunferência da cintura (CC) foi medida na menor circunferência abdominal entre a costela e a crista ilíaca, com o auxílio de uma trena. Através da circunferência da cintura, foi verificado o risco cardiovascular de acordo com o protocolo de Han et al (1995).

A circunferência do braço (CB) foi obtida no ponto médio entre o extremo do ombro (processo acromio) e o extremo do cotovelo (processo olecrânio) utilizando-se uma trena flexível (Lohman et al, 1998). A circunferência da panturrilha (CP) foi obtida na maior circunferência entre o joelho e o tornozelo, com o uso de uma trena flexível e classificada de acordo com os padrões estabelecidos pela WHO (1995). A dobra cutânea triceptal foi mensurada utilizando-se o adipômetro Lange, considerando o valor final a média de três aferições (Pollock e Wilmore, 1993). Baseando-se nas medidas de circunferência de braço e dobra cutânea triceptal, foi calculada a circunferência muscular do braço (CMB), classificada então segundo os percentis do NHANES III (1996).

A análise qualitativa da ingestão de alimentos e bebidas foi realizada através do consumo alimentar. O método utilizado na avaliação dietética foi o questionário de frequência diária de consumo de alimentos, enquanto que a avaliação da capacidade funcional foi baseada no estudo de Veras (1994), indicando, assim, diferentes graus de autonomia funcional na realização das Atividades de Vida Diária (AVD's).

Para análise estatística das medidas antropométricas, utilizou-se

o teste t de Student, com um nível de significância de 5%, com o objetivo de verificar se as características antropométricas do sexo masculino e do sexo feminino diferiam significativamente.

## Resultados

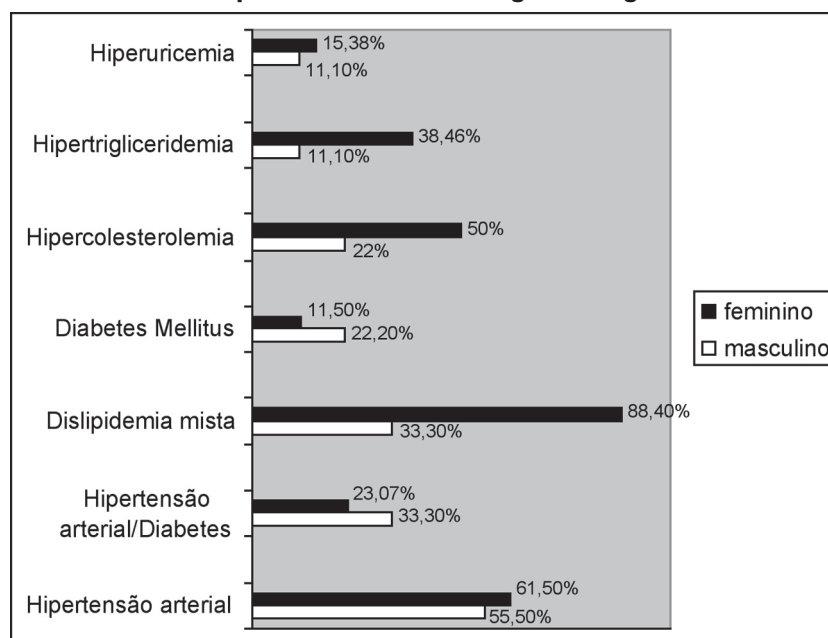
Dos 35 idosos, 74,30% eram do sexo feminino. Quanto aos resultados socioeconômicos, observou-se que 44,4% dos homens e 57,7% das mulheres possuíam renda

mensal inferior a dois salários mínimos, o que corresponde a 73% da amostra total. O salário mínimo da cidade do Rio de Janeiro na época da pesquisa era de R\$260,00, que correspondia a U\$83,3.

Entre as principais doenças relatadas, notou-se que a hipertensão arterial foi a enfermidade mais freqüente entre os idosos do sexo masculino (55,5%), sendo seguida pela dislipidemia mista com 33,3%. Nas idosas a enfermidade mais prevalente foi a dislipidemia

mista (88,4%), sendo seguida pela hipertensão arterial (61,5%). Através dos exames laboratoriais, observou-se que 50% das mulheres e 55% dos homens apresentaram valores elevados para glicemia. Quadro de hipercolesterolemia foi encontrada em 50% e 22% para mulheres e homens respectivamente, já para a concentração de triglicerídios plasmáticos, 38% das mulheres e 11% dos homens apresentavam concentrações sanguíneas elevadas (Figura 1).

**Figura 1. Distribuição das enfermidades e disfunções clínicas mais freqüentes em idosos, segundo o gênero**



Ao observar as variáveis antropométricas da população estudada, constatou-se diferença significativa para as médias de estatura, IMC, circunferência da panturrilha e circunferência de braço entre os sexos (Tabela 1).

De acordo com a classificação do NHANES III (1996), os idosos de ambos os sexos apresentaram valores médios de dobra cutânea tricipital e circunferência do braço, próximos do percentil 50. Com re-

lação à circunferência muscular do braço, o valor médio do sexo feminino ficou acima do percentil 75. Com relação à circunferência de panturrilha, a média encontrava-se acima do valor padrão estipulado pela WHO (1995) sendo de 31cm para ambos os sexos.

Do total de idosos, 57,1% apresentavam obesidade, sendo 57,5% das mulheres e 55,5% dos homens. Ao mesmo tempo, 30,7% das idosas e 55,5% dos idosos apresentavam

risco cardiovascular aumentado e 46,15% das idosas, apresentavam risco cardiovascular triplicado.

Pôde-se notar que 100% dos homens realizavam diariamente o desjejum, almoço e jantar diferentemente das mulheres. A colação esteve mais presente no cardápio diário das mulheres (42,3%), assim como o lanche e a ceia. Do total, 30,76% das mulheres e 22,2% dos homens substituíam o jantar por um lanche.

**Tabela 1. Comparação entre os valores médios das variáveis antropométricas dos idosos segundo o gênero.**

Variáveis	Sexo		p
	Masculino X ± SD	Feminino X ± SD	
Peso (kg)	73,3 ± 8,09	63,9 ± 12,5	0,07
Estatura (m)	1,64 ± 0,05	1,50 ± 0,07 <sup>a</sup>	0,033
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	27,04 ± 2,4	28,3 ± 5,8 <sup>a</sup>	0,029
Circ. Cintura (cm)	98,20 ± 7,01	87,7 ± 10,8	0,05
Circ. Panturrilha (cm)	36,7 ± 2,9	34,8 ± 3,39 <sup>a</sup>	0,02
Circ. Braço (cm)	30,82 ± 1,7	31,02 ± 4,14 <sup>a</sup>	0,02
Dobra Tricipital (mm)	13,8 ± 2,4	21,4 ± 5,5	0,104
CMB (cm)	26,48 ± 1,18	24,6 ± 3,0	0,05

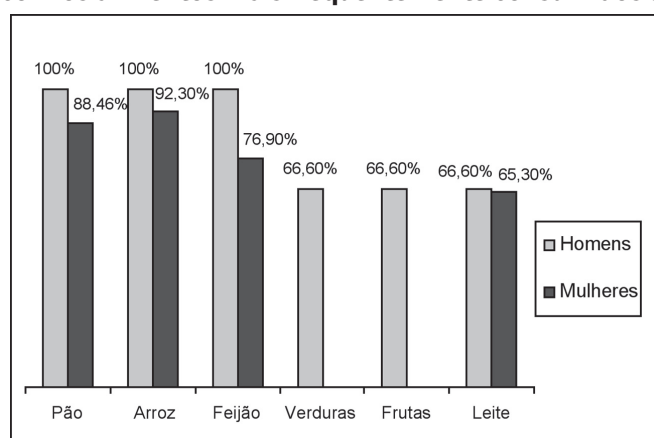
<sup>a</sup> p<0,05

**Tabela 2. Distribuição percentual dos idosos de ambos os sexos de acordo com o grau de dificuldade para realização das AVD's, divididas em níveis de dificuldade, conforme VERAS (1994).**

Grau de dificuldade Grupo de AVD	HOMENS			MULHERES		
	SD %	D %	I %	SD %	D %	I %
<b>Nível 1</b> (Alimentar-se sozinho, pentear os cabelos, deitar e levantar da cama, vestir-se)	100	-	-	96	4	-
<b>Nível 2</b> (Tomar banho, caminhar, usar o banheiro a tempo, tomar remédios)	100	-	-	93	7	-
<b>Nível 3</b> (Sair perto de casa e subir escadas)	78	22	-	50	46	4
<b>Nível 4</b> (Cortar as unhas dos pés, tomar ônibus, sair longas distâncias)	89	11	-	62	15	23

SD – Sem Dificuldade  
D – Dificuldade  
I – Impossibilidade

**Figura 2: Distribuição percentual de idosos de ambos os gêneros de acordo com os alimentos mais freqüentemente consumidos ao dia.**



Analisando-se a freqüência de consumo dos idosos, pôde-se verificar que 100% dos homens consumiam diariamente pão, arroz e feijão, enquanto que 66,6% mencionaram ingerir diariamente verduras, frutas e leite. Observou-se que o arroz foi o alimento que teve um maior percentual de mulheres que consumiam diariamente (92,3%), sendo seguido pelo pão e feijão, que são ingeridos diariamente por 88,46% e 76,9% das idosas, respectivamente. Já o leite foi consumido diariamente por 65,3% das mulheres. O alimento protéico mais freqüentemente ingerido pelos idosos foi o frango, sendo utilizado por 100% dos homens e 92,3% das mulheres (Figura 2).

Apenas 55% dos homens e 46% das mulheres consumiam hortaliças diariamente, já as frutas eram ingeridas diariamente por 66% dos homens e 61% das mulheres. Verificou-se uma baixa diversidade de alimentos nestes grupos, sendo a cenoura e o chuchu as hortaliças mais citadas e a banana e a laranja no grupo das frutas.

Informações referentes às AVD's dos idosos, em ordem decrescente de dificuldade, mostraram que as atividades que obtiveram maior grau de dificuldade foram: subir escadas (40%), tomar ônibus (25,7%) e cortar as unhas dos pés (23,07%). Um total de 34% dos idosos entrevistados não apresentavam nenhum grau de dificuldade.

Analisou-se a distribuição percentual das AVD's segundo o nível de dificuldade e o sexo. Observou-se que 96% das idosas não apresentaram dificuldade para tarefas como: alimentar-se sozinho, pentear os cabelos, deitar e levantar da cama e vestir-se (nível 1). Com relação às tarefas pertencentes ao nível 4 (cortar as unhas dos pés, tomar ônibus e sair longas distâncias), observou-se que 62% das idosas não apresentaram dificuldade.

de para realizar essas tarefas. Quanto aos homens, 100% da amostra não apresentou nenhuma dificuldade na realização das tarefas de nível 1, o que indica um grau de capacidade maior do que o encontrado para o sexo feminino; o que também ocorreu no nível 4, onde apenas 89% dos homens não apresentaram dificuldade para realizar tais tarefas (Tabela 2).

## Discussão

A prevalência de mulheres idosas (74,3%) deve-se a uma maior procura das mulheres pelos serviços de saúde, devido às suas diferenças biológicas e de atitude em relação a doenças (Veras, 1994). De acordo com Chaimowickz (1997), as mulheres vivem mais que os homens, no Brasil. Em 1995, para cada 100 mulheres com 60 anos ou mais, existiam 81 homens de mesma idade.

A maior parte dos idosos estudados apresentou renda inferior a dois salários mínimos, com renda per capita inferior a um salário mínimo. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002), 39,8% dos idosos residentes nas áreas urbanas possuem uma renda de até um salário mínimo. Uma das características marcantes da população que envelhece no Brasil é a pobreza. Esta situação se agrava pelo fato de que o envelhecimento, em condições de trabalho, moradia e alimentação adversas, se associa com maior frequência a doenças e dependência física (Chaimowickz, 1997).

No estudo de Lima-Costa et al (2003), a hipertensão arterial foi a doença crônica mais prevalente, sendo relatada por 37% dos homens e 50% das mulheres; as doenças do coração acometeram 19% dos idosos, seguida pelo *diabetes mellitus* (10,3%). No presente estudo, a hipertensão arterial foi a doença

mais prevalente no sexo masculino (55,5%) e a dislipidemia mista, no sexo feminino (88,4%), seguida pela hipertensão arterial (61,5%).

O desenvolvimento de enfermidades crônicas, associado às mudanças sociais, psicológicas, fisiológicas e metabólicas, inerentes ao processo de envelhecimento, pode contribuir de forma negativa no estado nutricional de idosos (Frank e Soares, 2002).

Neste estudo, a média encontrada para estatura foi de  $1,64 \pm 0,05$ m e  $1,50 \pm 0,07$ m para homens e mulheres, respectivamente. Já a média obtida para peso corporal foi de  $73,3 \pm 8,09$ kg para homens e  $63,9 \pm 12,05$ kg para mulheres, estando estes valores em conformidade com o estudo de Frank, realizado com idosos, da cidade do Rio de Janeiro (Frank e Soares, 2002), no qual as médias de peso e estatura foram superiores para homens.

De acordo com WHO (1995), a estatura tende a declinar com a idade. Este declínio costuma ser de 1 a 2 cm por década e apresenta-se mais acelerado com o avanço da idade. As causas para esta redução podem estar relacionadas à compressão vertebral, mudanças no tamanho e forma dos discos vertebrais, perda do tônus muscular e mudanças posturais.

Estudos sugerem progressiva perda de massa muscular com o avanço da idade. Observa-se também que o declínio da dobra cutânea tricriptal é mais marcante em mulheres idosas (Schlenker, 1994).

Os valores médios obtidos neste estudo para dobra cutânea tricriptal foram de 13,8mm para o sexo masculino e 21,4mm para o sexo feminino. Com relação à circunferência do braço, os valores médios foram de 30,82mm e 31,02mm para homens e mulheres, respectivamente. Já para a circunferência muscular do braço, encontrou-se valores médios de 26,48mm para

o sexo masculino e de 24,6mm para o sexo feminino. Com base nos parâmetros estabelecidos pelo NHANES III (1996), notou-se que todos estes valores se encontravam entre o percentil 10 e o percentil 90 (classificação para maiores de 65 anos). Assim, não se observa nenhum comprometimento do tecido adiposo e de massa muscular na população estudada.

A circunferência da panturrilha é aquela que fornece a medida mais sensível da massa muscular nos idosos, sendo superior à do braço. Esta medida indica alterações na massa magra que ocorrem com a idade e com o decréscimo na atividade (Coelho et al, 2002). Ao comparar os valores encontrados com o padrão (31cm) estabelecido pela Who (1995), observou-se que os idosos de ambos os sexos não apresentavam um comprometimento de massa magra, já que o valor médio encontrado para o sexo masculino foi de 36,7cm e para o sexo feminino, de 34,8cm.

A média de IMC no presente estudo foi de  $27,04$ kg/m<sup>2</sup> para os idosos do sexo masculino e de  $28,3$ kg/m<sup>2</sup> para os idosos do sexo feminino. Observou-se que 55,5% dos homens apresentavam obesidade e com relação às mulheres, 58% eram obesas. A prevalência de obesidade foi maior no sexo feminino, de acordo com a maioria dos levantamentos realizados com idosos. Para indivíduos com 60 anos ou mais, Ukoli et al (1995) encontraram uma prevalência de obesidade de 22,3% nas mulheres e 12,3% nos homens, e Velazquez-Alva et al (1996), de 18,3% e de 14,9%, respectivamente. Ostir et al (2000) identificaram maiores índices de obesidade em idosos americanos de origem mexicana, 35% nas mulheres e 23% nos homens. O EURONUT SENECA (1991), analisando idosos de 75 a 80 anos, de 19 cidades da Europa, encontrou

prevalências de obesidade que variavam de 4 a 56% nas mulheres e de 7 a 43% nos homens. No Brasil, Tavares e Anjos (1999), analisando os dados de idosos com 60 anos ou mais de todas as regiões do país, registraram uma prevalência geral de 5,2% e 18,2% entre homens e mulheres, respectivamente. Quando analisados apenas os idosos da região sul, a obesidade foi encontrada em 9,2% dos homens e em 23,3% das mulheres, coincidindo com os resultados obtidos neste estudo. Taddei et al (1997), a partir de um estudo multicêntrico em idosos ambulatoriais, identificaram que 36% das mulheres apresentavam IMC= 27,3 kg/m<sup>2</sup> e 22% dos homens com IMC= 27,8kg/m<sup>2</sup>. A significativa diminuição da obesidade na faixa etária de 80 anos ou mais pode sugerir a interferência da obesidade e das doenças a ela associadas, como fatores que poderiam estar contribuindo para maior mortalidade dos idosos obesos antes dos 80 anos. Também, o processo de senescência poderia contribuir para explicar esta diferença, mas a diminuição na frequência de obesos não se dá de maneira homogênea e progressiva nas diversas faixas etárias. E não há diferença na prevalência de obesos, entre os idosos de 60 a 69 anos e 70 a 79 anos (Cabrera e Jacob Filho, 2001).

A elevada prevalência de desvio nutricional na população idosa vem sendo demonstrada em vários estudos de diferentes países, onde a desnutrição, o sobrepeso e a obesidade predominam sobre os indivíduos eutróficos. Estes fatores podem ser decorrentes das condições peculiares em que os idosos se encontram, seja no ambiente familiar, vivendo sozinho ou em instituições geriátricas, agravadas pelas condições socioeconômicas, pelas alterações fisiológicas inerentes à idade e pela progressiva incapacidade de realizar sozinho suas

atividades cotidianas (Campos et al, 2000).

Ainda não há consenso sobre o impacto do sobrepeso na longevidade, porém vêm-se encontrando associações desta enfermidade com mortalidade em idosos e questionando sua relação com incapacidades que nestes indivíduos significa dependência, e a autonomia é considerada um fator imprescindível para uma boa qualidade de vida (Tavares e Anjos, 1999).

Segundo Coelho et al (2002), tem sido recomendado como medida alternativa para a quantificação e localização de gordura corporal, o uso de circunferências corporais, visto estimarem de forma parcial a quantidade de gordura e representarem a localização deste tecido.

No presente estudo, de acordo com a classificação de Han et al (1995) para circunferência da cintura, observou-se que 30,7% das mulheres apresentavam risco cardiovascular aumentado e 46,15% risco triplicado; com relação aos homens, 55,5% apresentavam risco aumentado e 22,2% risco triplicado. O aumento do depósito de gordura na região central do corpo com a idade está relacionado com características fisiológicas, que refletem o declínio tanto da atividade física como no gasto energético.

A distribuição da gordura na região abdominal predispõe a problemas cardiovasculares, e também está fortemente associada ao desenvolvimento de *diabetes mellitus* e da hipertensão arterial sistêmica (Francischi et al, 2000). Uma redução na circunferência da cintura após um programa de perda ponderal produz efeitos benéficos sobre alguns fatores de risco cardiovascular, como diminuição na concentração de colesterol plasmático, de lipoproteína de baixa densidade (LDL-colesterol) e na pressão arterial sistêmica (Han et al, 1997).

Segundo Martins e Abreu (1997), os idosos alegam que não realizam o jantar semelhante ao almoço, pelo fato de não desejarem ingerir grandes quantidades de alimentos antes de dormir, ou pela própria comodidade; por vezes esta substituição do jantar por um lanche acaba contribuindo com uma maior densidade calórica. Além disto, a qualidade nutricional das refeições pode tornar-se deficiente em micronutrientes, como zinco, ferro e cálcio. No estudo em questão, observou-se que a maior parte dos idosos realizava principalmente o desjejum, o almoço e o jantar. Com relação à substituição do jantar por um lanche, observou-se que este é um hábito de 30,76% das mulheres e 22,2% dos homens.

Com a finalidade de identificar o padrão alimentar do grupo de idosos estudados, a presente pesquisa utilizou o questionário de frequência de consumo diário de alimentos. Tomando por base os resultados, observou-se que o pão, o arroz e o feijão foram os mais consumidos diariamente por praticamente 100% dos idosos. Com relação às hortaliças, apenas 55% dos homens e 46% das mulheres consomem legumes diariamente. As frutas foram mencionadas por 66% dos homens e 61% das mulheres, como tendo um consumo diário.

A pesquisa de Najas, realizada com idosos residentes da região sudeste do Brasil, verificou que mais de 90% consumiam diariamente pão e arroz. O feijão era consumido diariamente por aproximadamente 70% da amostra, mas com relação às frutas, 50% dos idosos relataram consumir diariamente (Najas et al, 1994).

O leite integral também aparece como um alimento amplamente ingerido, sendo utilizado diariamente por 75% dos homens e 65% das mulheres. Porém, o fato do consumo de leite e derivados

não atingir 100% da amostra, pode revelar uma provável inadequação no consumo de cálcio. Por outro lado, esse tipo de leite contribui com gordura saturada, o que favorece o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, devendo dar preferência ao leite desnatado (Who, 2003). No estudo de Ghadirian e Shantenstein (1993) realizado em Montreal (Canadá), a baixa renda foi associada ao baixo consumo de cálcio.

A qualidade de vida da população idosa está associada à manutenção da capacidade funcional ou da autonomia. Autonomia é a medida pela qual os indivíduos são capazes de tomar decisões em relação à escolha de atividades, métodos, maneiras de participação social, tempo de duração de atividades, entre outras. Qualidade de vida no idoso se relaciona com sua capacidade em desenvolver as atividades

de vida diária (Ribeiro et al, 2002). Segundo Veras (1994), maior importância do que pesquisar doenças em população idosa é constatar se estas os impedem de desempenhar suas atividades diárias.

Os valores encontrados no presente estudo mostram que 76,9% das idosas não apresentaram nenhuma dificuldade para se alimentar; com relação aos homens, 100% da amostra demonstrou não ter nenhuma dificuldade para realizar tal atividade, 65,38% das idosas e 77,7% dos idosos revelaram não ter nenhuma dificuldade para realizar atividades, como tomar banho ou usar o banheiro a tempo, sugerindo um quadro positivo para aspectos como independência, autonomia e qualidade de vida.

A dependência deve ser destacada como um processo dinâmico. Sua evolução pode ser modificada, até prevenida se houver ambiente e

assistência adequados. Portanto, a solução do problema representado pelo envelhecimento com dependência inclui o delineamento de uma política que envolva todos os setores da sociedade e não apenas o governo e o estabelecimento de programas que atendam aos idosos independentes. E isso certamente deve ser parte dos programas de saúde (Caldas, 2003; Okuma, 1998).

### Conclusão

De acordo com os dados expostos acima, pode-se observar a importância de uma avaliação e orientação nutricional, levando à melhora dos hábitos alimentares e do estilo de vida dos idosos, prevenindo e controlando doenças crônico-degenerativas, contribuindo com os demais serviços gerontológicos da população idosa para autonomia e qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- Cabrera MAS, Jacob Filho W. Obesidade em Idosos: Prevalência, Distribuição e Associação Com Hábitos e Co-Morbididades. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2001; 45 (5): 494-501.
- Caldas CP, Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família, *Cad. Saúde Pública* 2003;19(3):773-781.
- Campos MTFS, Monteiro JBR, Ornelas PRC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Rev. Nutr. Campinas* 2000; 13(3): 157-165.
- Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997;31(2): 184-200.
- Coelho, MASC, Pereira, RS, Coelho, KSC. Antropometria e composição corporal. In: Frank AA e Soares EA, *Nutrição no Envelhecer*, São Paulo: Atheneu 2002, 13-41.
- EURONUT SENECA investigators. Nutritional status: anthropometry. *Eur J Clin Nutr* 1991;45(45s3):31-42.
- Francischi RPP, Pereira LO, Freitas CS, Klopfer M, Santos RC, Vieira P et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Rev Nutr. Campinas* 2000; 13(1):17-28.
- Frank AA e Soares EA, *Nutrição no Envelhecer 1ª edição*, São Paulo: Atheneu, 2002, 300p.
- Ghadirian P, Shatenstein B. Nutrient patterns, nutritional adequacy, and comparisons with nutritional recommendations among French-Canadian adults in Montreal. *J Am. Coll. Nutr* 1993; 57:787-797.
- Han TS, Van Leer EM, Serdell JC, Lean MEJ. Waist circumference action levels in the identification of cardiovascular risk factors prevalence study in a random sample. *British Med. J.* 1995; 311:1401-1405.
- Han, TS, Richmond P, Lean MEJ. Waist circumference reduction and cardiovascular benefits during weight loss in women. *International J. Obesity* 1997; 21:127-134.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE; 2002. Disponível em: [http:// www.ibge.gov/](http://www.ibge.gov/).

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. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19 (3):735-743.

Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care* 1994; 21(1):55-67.

Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Champaign, Illinois: Human kinetics Books; 1988. 177p.

Martins C, Abreu SS. Pirâmide dos alimentos: Manual do educador – variedade, moderação, proporcionalidade. Paraná: Nutroclínica; 1997. 147p.

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

NHANES III. National Center for Health Statistics. Health, United States; 1995. Hyattsville, MD, Public Health Service; 1996.

Ostir GV, Markides KS, Freeman DH Jr, Goodwin JS. Obesity and health conditions in elderly Mexican Americans: the Hispanic EPESE. *Established Population for Epidemiologic Studies of the Elderly. Ethnic Dis* 2000;10(1):31-8.

Okuma SS. O idoso e a atividade física: Fundamentos e pesquisa, Campinas, SP: Papirus; 1998. (Coleção Vivacidade).

Pollock ML, Wilmore JH. Exercícios na saúde e na doença: avaliação e prescrição para prevenção e reabilitação. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1993. 718p.

Ribeiro RCL, Silva AIO, Modena CM, Fonseca MC. Capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento* 2002; 4:85-96.

Scazufca M, Cerqueira ATAR, Menezes PR, Prince M, Vallada HP, Miyazaki MCOS et al. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36 (6):773-8.

Schlenker ED. Nutrición en el envejecimiento. 2ª ed. España: Mosby, División de Times mirror de Espana; 1994. 394p.

Taddei CFG, Ramos LR, Moraes JC, Wajngarten M, Libberman A, Santos SC et al. Estudo multicêntrico de idosos atendidos em ambulatórios de cardiologia e geriatria de instituições brasileiras. *Arq Bras Cardiol* 1997;69(5):327-33.

Tavares EL, Anjos LA Perfil Antropométrico da População Idosa Brasileira Resultante da Pesquisa Nacional Sobre Saúde e Nutrição, *Cad Saúde Pub* 1999;15(4): p.754-68.

Ukoli FA, Bunker CH, Fabio A, Olomu AB, Egbagbe EE, Kuller LHL. Body fat distribution and other anthropometric blood pressure correlates in a Nigerian urban elderly population. *Cent J Med* 1995;41 (5):54-161.

Velazquez-Alva MDC, Castillo ML, Camacho EI, Zepeda MAS, Robledo LMG, Moysen PC. Estudio antropométrico en un grupo de hombres y Mujeres de la tercera edad en la Ciudad de Mexico. *Salud Publ Mex* 1996;38:466-74.

Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil, transformações e conseqüências na sociedade. *Rev. Saúde Pública* 1987; 21:225-33.

Veras RP. País jovem de cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. 2ªed. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994. 224p.

World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of antropometry. Geneve: WHO; 1995. 452p.

World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneve: WHO; 2003. 160p.

*Recebido em 18 de abril de 2007*

*Aprovado em 30 de abril de 2007*