

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

CAROLINA RENOFIO PORTEZAN

**PERFIL NUTRICIONAL E DIETÉTICO DE
FREQUENTADORES DA UNIVERSIDADE ABERTA A
TERCEIRA IDADE (UATI) DA CIDADE DE BAURU-SP**

BAURU
2010

CAROLINA RENOFIO PORTEZAN

**PERFIL NUTRICIONAL E DIETÉTICO DE
FREQUENTADORES DA UNIVERSIDADE ABERTA A
TERCEIRA IDADE (UATI) DA CIDADE DE BAURU-SP**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Comitê de Ética como parte
dos requisitos para desenvolvimento da
pesquisa, sob orientação da Prof.^a Ms.
Andréia Borges de Camargo.

BAURU
2010

P849p	<p>Portezan, Carolina Renofio</p> <p>Perfil nutricional e dietético de freqüentadores da Universidade à Terceira Idade (UATI) de Bauru / Carolina Renofio Portezan -- 2010.</p> <p>43f. : il.</p> <p>Orientadora: Profa. Ms. Andréia Borges de Camargo. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Nutrição) - Universidade Sagrado Coração - Bauru - SP.</p> <p>1. Avaliação antropométrica. 2. Idosos. 3. Hábitos alimentares. I. Camargo, Andréia Borges de. II. Título.</p>
-------	--

CAROLINA RENOFIO PORTEZAN

**PERFIL NUTRICIONAL E DIETÉTICO DE
FREQUENTADORES DA UNIVERSIDADE ABERTA A
TERCEIRA IDADE (UATI) DA CIDADE DE BAURU-SP**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Sagrado Coração como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Nutrição sob orientação da Profª Ms. Andréia Borges de Camargo.

Banca examinadora:

Profª Ms. Andréia Borges de Camargo.

Universidade do Sagrado Coração

Prof. Ms. Gislaine Audi Fantini

Coordenadora da Universidade Aberta a Terceira Idade da Universidade Sagrado Coração

Bauru, 09 de dezembro de 2010.

Dedico este trabalho aos meus pais por me ajudarem durante os momentos difíceis da vida. Também agradeço a todos meus amigos que me apoiam durante as etapas da graduação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por estar a cada segundo ao meu lado, me protegendo e aconselhando, dando forças para caminhar para o futuro.

Aos meus pais Ricardo e Marta e minha irmã Natalia, dos quais tenho um amor muito grande, me acolhem a todos os instantes e sempre me proporcionando tudo em minha vida, principalmente nos momentos mais difíceis.

Agradeço de coração minha orientadora Andréia, pela dedicação, atenção e por ter me ajudando durante toda a formulação deste trabalho.

As professoras de toda a graduação, pois me proporcionaram melhor aprendizado durante as aulas e os estágios.

À Coordenadora da À Universidade aberta a Terceira Idade (UATI), Gislaine, que aceitou participar da banca, pois é uma grande profissional competente e que me deu liberdade de avaliar seus idoso e me disponibilizaram todos os meios necessários para a realização desse trabalho da melhor forma possível.

Aos amigos, obrigado pelo carinho, amizade e por me ajudarem em todas as etapas da graduação.

RESUMO

Objetivo: O principal objetivo deste estudo foi verificar o estado nutricional e hábitos alimentares de idosos frequentadores da Universidade aberta a Terceira Idade da cidade de Bauru. **Métodos:** A amostra foi composta por 33 idosos de ambos os gêneros, com idade de 50 a 80 anos. Realizou-se a avaliação do estado nutricional por meio dos índices antropométricos: peso (Kg), estatura (cm) e circunferência da cintura (cm.) A avaliação dietética constou de um questionário investigatório dos hábitos alimentares contendo questões fechadas da frequência do consumo alimentar (QFCA) dos grupos de alimentos. Para análise estatística utilizou-se o teste “t de student”, considerando como significativo $p < 0,005$. **Resultados:** Verificou-se que a maioria dos idosos avaliados apresentou excesso de peso e totalizou 6 do sexo masculino (54,54%) e 13 do sexo feminino (59,09%). Encontrou-se eutrofia em 45,45% dos homens e 36,36% das mulheres. Em relação aos hábitos alimentares, mostrou-se satisfatório. Os alimentos mais consumidos constaram: leite e derivados de leite, carnes, massas e pães. Porém, constatou-se um baixo consumo de frutas (45,4%), legumes (27,2%) e verduras (36,6%) no sexo masculino. As refeições com maior predominância foram: desjejum, almoço e jantar em ambos os sexos. **Conclusão:** A avaliação do estado nutricional e dos hábitos alimentares dos idosos são condições essenciais para estabelecer carências nutricionais e benefícios para melhoria da qualidade de vida da população idosa.

Palavras chaves: Avaliação antropométrica. Idosos. Hábito alimentares.

ABSTRACT

Objective: The main objective of this study was to verify the nutritional state and alimentary habits of elderly people of an open university the third age in Bauru city. **Methods:** The sample understood 33 aged of both sorts, with age of 50 to 80 years old. It was made an evaluation of the nutritional state through anthropometric measures (weight-kg), stature (cm) and circumference of the waist (cm). A dietetics evaluation consisted of the application of a questionnaire of the alimentary habits having closed questions about the frequency of the alimentary habits (QFCA) in the meals. For analysis statistics it was used a test considering as meaning $p > 0,005$.

Results: It was verified that most of the elderly people showed weight excess and totalized 6 of the male people (54,54%) and 13 of the female people (59,09%). It was found an anthropometry in 45,45% of men and 36,36% of women. In relation to the alimentary habits, it was very tolerable the more consumed foods were milk and derivatives, meat, pasta, bread but it had low consumption of fruits (45,4%), vegetables (27,2%) and green vegetables (36,6%) of the male people and a high consumption of fruits and vegetables (81,8%) and green vegetables (77,2%) of the female sex. The main meals with a bigger predominance were breakfast, lunch and dinner in both sexes. **Conclusion:** The evaluation of the nutritional state and alimentary habits in elderly people are essential conditions to establish a nutritional lack and benefits to improve the quality of life of the elderly population.

Key words: anthropometric evaluation, elderly people, alimentary habits.

“Se você quer ser bem sucedido, precisa ter dedicação total, buscar seu ultimo limite e dar o melhor de si mesmo.”

Ayton Senna

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	JUSTIFICATIVA	13
3	OBJETIVOS	14
3.1	OBJETIVO GERAL	14
3.2	OBJETIVO ESPECÍFICO	14
4	MATERIAL E MÉTODO	15
4.1	SUJEITOS	15
4.2	LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	15
4.3	AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA	15
4.4	AVALIAÇÃO DIETÉTICA	16
4.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA	17
5	RESULTADOS	18
6	DISCUSSÃO	28
7	CONCLUSÃO	34
	REFERÊNCIAS	35
	APENDICE A – Questionário de Frequência do Consumo Alimentar (QFCA)....	39
	APENDICE B – Questionário do Estilo de Vida	40
	ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	41

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento apesar de ser um processo natural, é marcado por uma redução progressiva da atividade celular, perda de capacidade funcional e ainda, por modificação das funções metabólicas (NAJAS et al., 1994).

Considera-se idosa a população de 60 anos ou mais nos países em desenvolvimentos e maiores que 65 anos nos países desenvolvidos.

“Dados do Censo Demográfico (2006) apontam que indivíduos com idade acima de 60 anos representam 8,56% da população brasileira, dos quais 55% são mulheres e que estas vivem, em média, 76,4 anos e para homens 68.8 anos”. (IBGE, 2000 apud VIDIGAL; VASQUES; RIBEIRO, 2006, p. 6).

A nutrição é um aspecto importante a ser considerado na análise das condições de saúde da população idosa, visto que sua associação com as doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, osteoporose e alguns tipos de câncer (TAVARES; ANJOS, 1999, p. 6). De acordo com estudos brasileiros, cerca de 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica e 10% apresentam pelo menos cinco dessas enfermidades (RAMOS et al., 1993; VERAS, 1994; LINHARES et al., 2003 apud VIDIGAL; VASQUES; RIBEIRO, 2006, p. 6).

De acordo com Barretto e Cyrillo (2001):

O hábito alimentar é um dos fatores determinantes para um estilo de vida adequado. Sendo assim, a interação de inúmeras variáveis perfaz um processo dinâmico de transformações ao longo do tempo, que podem promover a formação de novos padrões dietéticos, sendo razoável supor que as diversas práticas alimentares que se estabelecem podem apresentar eficácias potencialmente diferentes em relação ao atendimento das necessidades nutricionais. Essas mudanças, em conjunto, implicam na redução da necessidade energética entre a população idosa, e por isso, é cada vez mais expressiva a necessidade de estudos que visem à investigação do padrão de consumo alimentar nesse segmento populacional (NAJAS et al., 1994).

A análise do estado nutricional (EN) do idoso é complexa em virtude da grande heterogeneidade dos indivíduos desses grupos, levando em consideração as doenças, as práticas ao longo da vida (fumo, dieta, atividade física), como também os fatores socioeconômicos e, principalmente, as mudanças biológicas inerentes à idade (TAVARES; ANJOS, 1999), pois como o envelhecimento, há uma perda

progressiva da massa magra com aumento da proporção de gordura corpórea, além da diminuição da estatura, relaxamento da musculatura abdominal, cifose e alteração da elasticidade da pele (CABRERA; JACOB FILHO, 2001, p. 6).

Segundo Cabrera e Jacob Filho (2001) a antropometria têm sido muito utilizada na análise do EN de idosos. O índice de massa corporal (IMC), e a relação cintura-quadril (RCQ), bem como a circunferência abdominal (CA), são indicadores do estado nutricional atual, da obesidade central e volume ou distribuição de gordura central, respectivamente. A relação cintura-quadril é um dos indicadores mais utilizados no diagnóstico de obesidade central, sendo que os valores esperados são variáveis, dependendo da técnica de medida, do sexo e idade (COELHO et al., 2002 apud CARDOSO et al., 2006, p. 65).

De acordo com Cabrera e Jacob Filho (2001, p. 65):

A nutrição geriátrica adquire importância especial, visto que nesta fase, existem diferentes implicações nutricionais que variam desde a má nutrição protéica, alterações metabólicas e interações medicamentosas, até deficiência de micronutrientes, que associadas a fatores sociais, econômicas e psicológicas podem contribuir para o declínio e comprometimento de várias funções orgânicas.

“Entre as alterações que podem estar presentes destacam-se: visão, audição, olfato, gustação, cavidade oral e tato. São normalmente parciais e interferem no apetite e no comportamento alimentar do idoso.” (MARUCCI, 1998 apud MARUCCI; ALVES; GOMES, 2007, p. 393).

A ausência parcial e total de dentes e/ ou inadequado de prótese (parciais ou totais), a presença de cáries e doenças periodontais e a ocorrência de xerostomia (diminuição da secreção salivar) ocasionam prejuízo nos processos de mastigação e conseqüentemente, na fase inicial da digestão dos alimentos, favorecendo sua inadequação, tanto no aspecto enzimático, como no mecânico. Isso faz com que esses indivíduos reduzam a ingestão de alguns alimentos, como carnes, frutas, verduras e legumes crus (MARUCCI, 1998 apud MARUCCI; ALVES; GOMES, 2007; CAMPOS, 2000, p. 393).

Com o envelhecimento, há atrofia e perda de elasticidade de todos os tecidos da cavidade oral, diminuição quantitativa e qualitativa de saliva, sendo descrita e redução na secreção de mucina e ptialina (WRITE, 1994; ALENCAR; CURIATI, 1994 apud MARUCCI; ALVES; GOMES, 2007).

Segundo Campos, Monteiro e Ornelas (2000) as alterações no olfato e na gustação são as que exercem maior interferência direta na alimentação. A redução da sensibilidade por gostos primários (doce, amargo, ácido e salgado), é considerada um dos fatores mais relevantes na redução da ingestão alimentar de idoso.

A perda da sensibilidade á gustação pode estar associada com a redução no número de gemas gustativas das papilas linguais. Em jovens, o numero de gemas gustativas é de 250 por papila, enquanto, após os 70 anos, esse número diminui para 100, evidenciando o decréscimo do limítar de detecção e identificação do gosto em consequência do processo de envelhecimento. Por essa razão, muitas vezes o idoso necessita concentrar mais o sabor das preparações para ajudá-lo ao paladar alterado (MARUCCI, 1998; CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000 apud MARUCCI; ALVES; GOMES, 2007, p. 393). O olfato também exerce importante função na sensibilidade aos sabores.

Segundo Campos, Monteiro e Ornelas (2000) há diminuição da percepção olfativa no idoso. Entretanto, essa diminuição parece estar associada com a utilização de medicamentos, estado nutricional, higiene oral, estado do sistema nervoso central e hábito de fumar, do que necessariamente à decorrência natural do envelhecimento.

Entre os problemas oftalmológicos presenciados nos indivíduos idosos, os mais comum são: progressiva redução do campo visual, dificuldade em focalizar objetos próximos pela perda da acomodação e diminuição da acuidade visual, tendência ao isolamento, aumento do risco de quedas e fraturas, diminuição da independência e aumento da probabilidade de depressão.(SERRO AZUL; CARVALHO FILHO, 1981; WHITE, 1994 apud MARUCCI; ALVES; GOMES, 2007, p.393).

A perda da capacidade visual também pode acarretar prejuízo no consumo alimentar em razão da diminuição do reconhecimento dos alimentos e da habilidade de se alimentar. (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000).

Com relação à audição, tem-se uma condição comum na fase geriátrica, a hipoacusia. Apesar da audição não ser considerada um fator que influencia na ingestão alimentar, a perda da acuidade auditiva deve ser considerada no momento de se realizar intervenção nutricional e na escolha de estratégias a serem utilizadas

para se dirigir a essa população. (MARUCCI, 1998 apud MARUCCI; ALVES; GOMES, 2007, p.393).

Entre as alterações mais expressivas relacionadas ao processo do envelhecimento estão uma perda progressiva da massa magra com aumento da proporção de gordura corpórea, além da diminuição da estatura, relaxamento da musculatura abdominal, cifose e alteração da elasticidade da pele. (CABRERA; JACOB, 2001).

Considerando o universo de fatores de risco que podem estar associados ao próprio envelhecimento, é importante que os profissionais da saúde unem seus esforços em busca de avaliações e orientações que visam minimizar as repercussões biológicas e, principalmente propiciar benefícios para melhoria da qualidade de vida da população idosa.

2 JUSTIFICATIVA

O processo de envelhecimento é complexo, pois existem diversas alterações patológicas e fisiológicas, as quais podem interferir no estado nutricional nessa faixa etária. Acredita-se que os padrões alimentares dos idosos venham a contribuir para possíveis níveis de inadequação nutricional. Considerando assim os diversos fatores que estão relacionados com o envelhecimento populacional e, tendo em vista o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas e conseqüentes fatores de risco que contribuem para o aumento da morbidade e mortalidade na terceira idade, torna-se importante determinar o estado nutricional e os hábitos alimentares para caracterização do perfil de estado de saúde. Baseando-se nessa realidade, planejou-se o presente estudo.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar o perfil nutricional e dietético dos frequentadores da Universidade Aberta a Terceira Idade (UATI) por meio de parâmetros antropométricos e dietéticos

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Diagnosticar o estado nutricional por meio de indicadores antropométricos dos frequentadores da UATI
- ✓ Investigar de forma qualitativa o consumo alimentar dos indivíduos da terceira idade;
- ✓ Analisar o estilo de vida na população estudada

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 SUJEITOS

A população do estudo foi composta por 33 indivíduos, sendo 11 do gênero masculino e 22 do feminino na faixa etária superior a 50 anos e frequentadores da Universidade aberta a Terceira Idade (UATI) da Universidade Sagrado Coração da Cidade de Bauru.

Para a definição da amostra foi estabelecido uma sub-amostra dentre os frequentadores da UATI, distribuídos proporcionalmente. O número de participantes será calculado para o tamanho da amostra para 95% de confiança e 5% de erro amostral.

4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Em 16 anos de existência o Programa Universidade Aberta à Terceira Idade-UATI da Universidade Sagrado Coração (USC) tem o objetivo contribuir para a melhoria de vida e envelhecer saudável das pessoas acima de 50 anos, através de oportunidades de reciclagem cultural, acadêmica, reintegração na sociedade e reestruturação psicológica.

O Programa já trabalhou com aproximadamente 2500 idosos de Bauru e região, que se matricularam em atividades voltadas para o envelhecimento ativo e saudável. O aluno matriculado tem o direito de cursar, na categoria de ouvinte, diversas disciplinas da graduação, assim como atividades específicas da UATI: Informática, História da Arte, Línguas, Teatro, Coral, Dança, Fisioterapia, Ginástica, entre outras. As aulas são ministradas por professores e alunos estagiários da Universidade Sagrado Coração.

4.3 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

A avaliação antropométrica constitui das medidas de peso(Kg), estatura(cm) e circunferência da cintura(cm). A massa corporal será aferida em balança Filizola ID, 1500, digital tipo plataforma, com capacidade máxima de 150 kg, estando os

pacientes descalços, com roupas leves e livres de acessórios (cinto, carteira, chaveiro, celular, etc). A estatura foi determinada em parede vertical fixa e graduada, com precisão de 0,5 cm e com auxílio de esquadro de madeira com os pacientes também descalços, em posição ortostática e em apnéia inspiratória. As técnicas utilizadas para ambas foram às propostas por Jelliffe (1966).

Os indivíduos foram avaliados com base no Índice de Massa Corporal (IMC) conforme os pontos de corte propostos por Lipschitz (1994), na seguinte classificação: magreza ($< 22 \text{ kg/m}^2$), eutrófico (22 a 27 kg/m^2), Excesso de Peso ($> 27 \text{ kg/m}^2$),

A circunferência da cintura (CC) foi aferida com fita métrica inextensível e inelástica, aplicada na menor circunferência da região frontal, sendo a técnica proposta por Gillium (1999). Será classificada com intuito de quantificação da gordura intra-abdominal, já que apresenta significância clínica com relação aos fatores de risco cardiovasculares (BRAMBILLA et al.,1994).

Os valores utilizados para a análise da cintura foram os mesmo preconizados de acordo com Katch e Mcardle (1996) os quais corresponderão a 0,8 para mulheres e 0,95 para homens.

4.4 AVALIAÇÃO DIETÉTICA

O consumo alimentar foi avaliado de forma qualitativa por meio do questionário de frequência do consumo alimentar (QFCA). Os grupos de alimentos serão categorizados nas seguintes frequências: 7 vezes por semana , 5 a 6 vezes por semana, 4 a 3 vezes por semana, 1 a 2 vezes por semana, raramente e não ingere (Apêndice A).

Adicionalmente também analisou-se parâmetros relacionados ao estilo de vida, utilizados para melhor contextualização do quadro patológico. Os idosos foram questionados quanto ao tabagismo, etilismo, presença de patologias e prática de atividade física. (Apêndice B).

Foi considerado como adequada a pratica de atividade física com duração maior ou igual a 30 minutos e com uma frequência mínima de 3 vezes por semana. Com relação ao tabagismo, foi classificado como tabagista indivíduos que faziam uso de qualquer tipo de cigarro independente da frequência e quantidade, sendo que os mesmos critérios foram utilizados para o etilismo.

Os dados obtidos foram apurados e agrupados, com apresentação em percentual, média e desvio-padrão e representados em tabelas e gráficos obedecendo às variáveis aplicadas no estudo.

Para participação da pesquisa foi entregue aos freqüentadores da UATI uma carta de informação quanto aos objetivos e solicitados oficialmente, um termo de consentimento assinado, baseado na Resolução 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

O presente estudo foi submetido à aprovação pela Comissão de Ética para pesquisa em Humanos da Universidade Sagrado Coração de Bauru.

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Na análise estatística dos dados utilizou-se o Programa Epi-info versão 6.0. A determinação das variáveis do estudo foi realizada análise descritiva dos dados, sendo utilizado o teste t-student para a comparação das diferenças entre as proporções: IMC e risco cardiovascular entre os gêneros.

O valor de significância adotado foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

5 RESULTADOS

A média de idade encontrada para o sexo masculino foi de 63,5 e para o sexo feminino de 61,9 anos. Pode-se verificar uma maior proporção de idosos do sexo feminino(66,6%).

Os resultados antropométricos são apresentados na tabela 1.

Tabela 1 - Valores de variáveis antropométricos segundo sexo

Variáveis	Média ± DP em Homens	Média ± DP em Mulheres
Peso (kg)	91,35	71,30
Altura (m)	1,74	1,58
IMC (m/h ²)	28,95	28,28
Circunf. da cintura (cm)	103,54	86,81

Fonte: Elaborada pela autora.

A média do IMC indicou que a população de ambos os sexos encontra-se em excesso de peso.

Quanto a CC, a maior média está presente no sexo masculino, indicando alta probabilidade de desenvolver doenças metabólicas e complicações cardiovasculares.

O IMC indicou que 54,54% da população masculina (6) encontram-se em excesso de peso, enquanto a eutrofia (5) representou 45,45%. Não registrou-se magreza nos homens. As diferenças foram estatisticamente significantes ($p=0,014$). Já na população feminina, o IMC registrou respectivamente: excesso de peso (59,09%), eutrofia (36,3%) e magreza (4,54%). Os valores também mostraram diferenças significantes quanto ao estado nutricional ($p=0,031$) (Figuras 1 e 2).

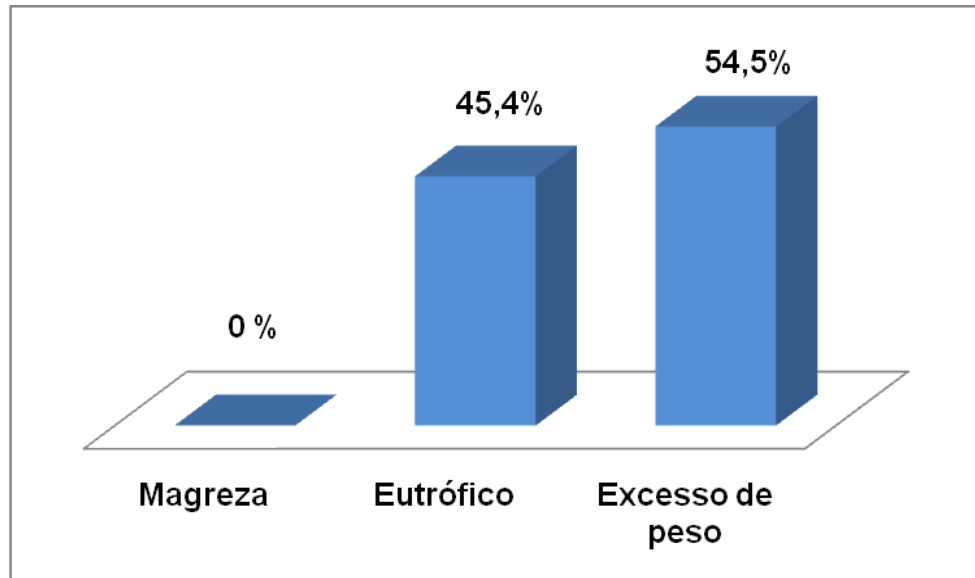


Figura 1 - Diagnóstico nutricional segundo índice de massa corpórea no gênero masculino
 Teste t student ($p=0,014$)*

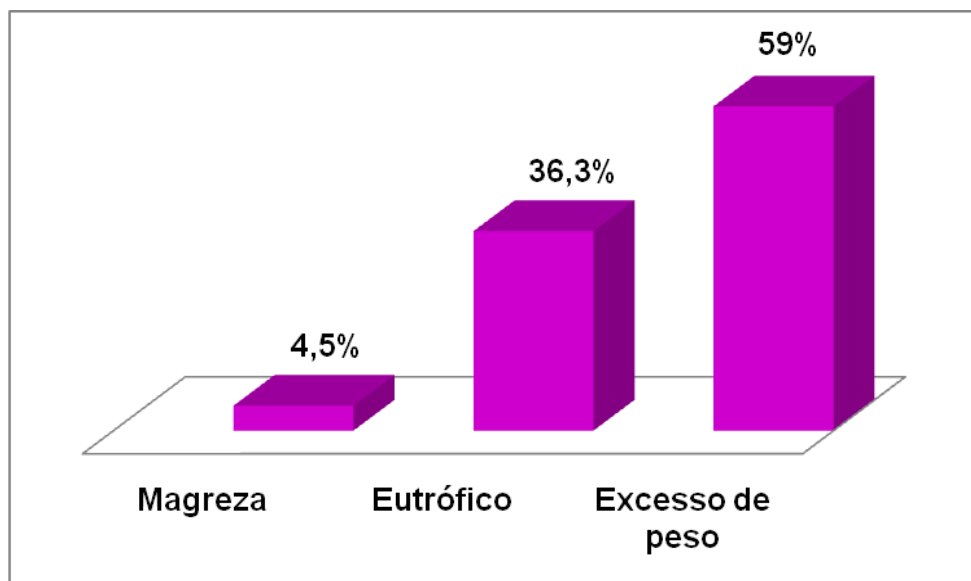


Figura 2 - Diagnóstico nutricional segundo índice de massa corpórea no gênero feminino
 Teste t student ($p=0,031$)*

Analisando a tabela 3, pode-se caracterizar a amostra conforme risco de morbidade. Notou-se risco cardiovascular e complicações metabólicas com uma diferença estatisticamente significativa em relação à população feminina, o qual correspondeu ao risco muito aumentado (68,1%) quando comparada com o gênero masculino (54,5%) ($p=0,019$). O risco aumentado esteve presente nos homens na proporção de 9,09% e as mulheres foi bem mais expressivo (27,7%) e também demonstrou diferenças significantes ($p=0,0012$). A porcentagem de normalidade dos

homens foi de 36,6% enquanto nas mulheres foi significante menor (3,1%) (p=0,003).

Tabela 3 - Risco cardiovascular (%) para doenças metabólicas segundo os gêneros

Risco	Masculino (%)	Feminino (%)
Risco muito aumentado	54,54% (a)	68,18% (a)
Risco aumentado	9,09% (b)	27,27% (b)
Normal	36,36% (c)	4,54% (c)

Fonte:Elaborado pela autora

Nas tabelas 4 a 11 estão apresentadas a freqüência semanal de consumo dos grupos de alimentos segundo os gêneros.

Tabela 4 - Distribuição da freqüência semanal (%) segundo a ingestão de alimentos do grupo das proteínas no gênero masculino

Grupo de alimentos	7x/semana	5 a 6x/semana	3 a 4x/semana	1 a 2x/semana	Raramente	Não Ingere
Leite e derivados	72,72%	9,09%	9,09%	9,09%	-	-
Carnes e derivados	72,72%	9,09%	27,27%	-	-	-
Leguminosas	54,54%	9,09%	9,09%	-	-	-

Fonte: Elaborada pela autora.

No gênero masculino, o consumo diário mostrou-se alto dos alimentos protéicos, principalmente: carnes, leite e derivados (72,72%). O consumo diário das leguminosas estiveram presente em mais da metade (54,54%). Registrou-se os seguintes percentuais quanto ao consumo nas freqüências de 3 a 6 vezes na semana: leite e derivados(18%), carnes e derivados(36,2%) e leguminosas(18%). (Tabela 4).

Tabela 5 - Distribuição da frequência semanal (%) segundo a ingestão de alimentos do grupo das proteínas no gênero feminino

Grupo de alimentos	7x/semana	5 a 6x/semana	3 a 4x/semana	1 a 2x/semana	Raramente	Não Ingere
Leite e derivados	72,72%	9,09%	4,54%	9,09%	4,54%	-
Carnes e derivados	45,45%	4,54%	22,72%	18,18%	4,54%	4,54%
Leguminosas	36,36%	13,63%	18,18%	18,18%	9,09%	-

Fonte: Elaborada pela autora.

Na a população feminina notou-se diferenças quanto ao consumo diário dos alimentos protéicos. O consumo diário de leite e derivados representou a maior porcentagem e foi semelhante ao gênero masculino (72,7%). Já os demais alimentos apresentaram menores valores na frequência diária como carnes e derivados (45,5%) e leguminosas (36,3%). Sequencialmente, as frequências que compreenderam 1 a 4 vezes na semana, totalizaram os maiores percentuais: leite e derivados(13,63%) , carnes(40,9%) e leguminosas(36,6%). (Tabela 5).

Tabela 6 - Distribuição da frequência semanal (%) segundo a ingestão do consumo do grupo das frutas e vegetais no gênero masculino

Grupo de alimentos	7x/semana	5 a 6x/semana	3 a 4x/semana	1 a 2x/semana	Raramente	Não Ingere
Frutas	45,45%	9,09%	---	27,27%	18,18%	---
Legumes	27,27%	27,27%	27,27%	18,18%	---	---
Verduras	36,36%	36,36%	18,18%	---	9,09%	---

Fonte: Elaborada pela autora.

Os alimentos do grupo das frutas e vegetais na população masculina obtiveram baixos percentuais de consumo diário: frutas (45,4%), legumes (27,2%) e verduras (36,6%). As maiores frequências de consumo para legumes e verduras corresponderam de 3 a 6 vezes na semana e totalizaram, 54,4% e 54,5%, respectivamente. As frutas, na frequência de 1 a 2 x/semana e raramente atingiu 25,4%. (Tabela 6).

Na população feminina, os valores de consumo diário foram mais elevados para todos os alimentos: frutas e legumes (81,8%) e verduras (77,2%). Nas freqüências que compreendem 3 a 6 vezes na semana, os percentuais totalizaram: frutas (13,63%), legumes (27,19) e verduras (22,7%). Constatou-se nitidamente que as mulheres possuem maior freqüência de consumo diário do grupo das frutas e vegetal em relação aos homens. (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição da freqüência semanal (%) segundo a ingestão do consumo do grupo das frutas e vegetais no gênero feminino

Grupo de alimentos	7x/semana	5 a 6x/semana	3 a 4x/semana	1 a 2x/semana	Raramente	Não Ingere
Frutas	81,81%	4,54%	9,09%	4,54%	---	---
Legumes	81,81%	9,09%	18,18%	---	---	---
Verduras	77,27%	9,09%	13,63%	---	---	---

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 8 - Distribuição da freqüência semanal (%) segundo o grupo dos cereais no gênero masculino

Grupo de alimentos	7x/semana	5 a 6x/semana	3 a 4x/semana	1 a 2x/semana	Raramente	Não Ingere
Arroz	90,90%	---	9,09%	---	---	---
Pão	54,54%	---	18,18%	9,09%	---	9,09%
Massas	9,09%	9,09%	27,27%	36,36%	9,09%	---

Fonte: Elaborada pela autora.

O alimento do grupo dos cereais de maior freqüência diária consumida pela população masculina foi o arroz (90,09%), seguido do pão (54,5%). As massas apresentaram pequeno percentual (9,09%). Na freqüência que compreende 1 a 4x/semana o pão e massas totalizaram, 27,2% e 63,2%, respectivamente. (Tabela 8).

Tabela 9 - Distribuição (%) da frequência semanal (%) segundo a ingestão do grupo de cereais no gênero feminino

Grupo de alimentos	7x/semana	5 a 6x/semana	3 a 4x/semana	1 a 2x/semana	Raramente	Não Ingere
Arroz	77,27%	9,09%	9,09%	9,09%	---	---
Pão	77,27%	---	13,63%	---	4,54%	4,54%
Massas	4,54%	9,09%	9,09%	36,36%	31,81%	4,54%

Fonte: Elaborada pela autora.

Nas mulheres, os cereais de maior consumo diário constaram do arroz e pão (72,2%), respectivamente. O percentual de consumo diário das massas mostrou-se baixo (4,5%), enquanto na frequência de 1 a 2 vezes na semana foi a mais alta (36,6%), raramente e não ingere atingiu 36,3%. (Tabela 9.)

A frequência semanal de consumo do grupo das gorduras e doces no gênero masculino evidenciou-se que os doces estiveram presentes em 27,7 na frequência de diária, enquanto que nas demais frequências totalizaram 54% e raramente e não ingere (18%). As frituras o consumo diário foi de 9,09% e os maiores percentuais foram na frequência de 5 a 6 vezes e raramente(54,4%). Não observou-se o consumo diário de gordura saturada e metade dos homens relataram consumo de 1 a 2 vezes na semana (45,4%), raramente e não ingere corresponderam a 27% .

As mulheres relataram o maior consumo de doces na frequência de 3 a 4 vezes na semana(36,6%), seguido de raramente(22,7%), os quais atingiram 59,3%, enquanto 13,6% delas afirmam que consomem diariamente. As frituras, o maior percentual correspondeu a 1 a 2 vezes/semana(27,2%), sequencialmente registrou-se 13,6% na frequência de 3 a 4 vezes, já o consumo diário foi baixo(4,5%). Quanto a gordura saturada, a grande maioria (73,2%) relataram raramente ou não ingere e nas frequências de 1 a 4 vezes na semana foi de 18%. Não houve consumo diário das gorduras na população feminina (tabelas 10 e11).

Tabela 10 - Distribuição da frequência semanal(%) segundo a ingestão do grupo das gorduras e doces no gênero masculino

Grupo de alimentos	7x/semana	5 a 6x/semana	3 a 4x/semana	1 a 2x/semana	Raramente	Não Ingere
Doces	27,27%	18,18%	18,18%	18,18%	9,09%	9,09%
Frituras	9,09%	27,27%	9,09%	18,18%	27,27%	9,09%
Gordura Saturada	---	18,18%	9,09%	45,45%	18,18%	9,09%

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 11 - Distribuição da frequência semanal (%) segundo a ingestão do grupo das gorduras e doces no gênero feminino

Grupo de alimentos	7x/semana	5 a 6x/semana	3 a 4x/semana	1 a 2x/semana	Raramente	Não Ingere
Doces	13,63%	4,54%	36,36%	9,09%	22,72%	---
Frituras	4,54%	---	13,63%	27,27%	---	9,09%
Gordura Saturada	---	---	9,09%	18,18%	36,36%	36,36%

Fonte: Elaborada pela autora.

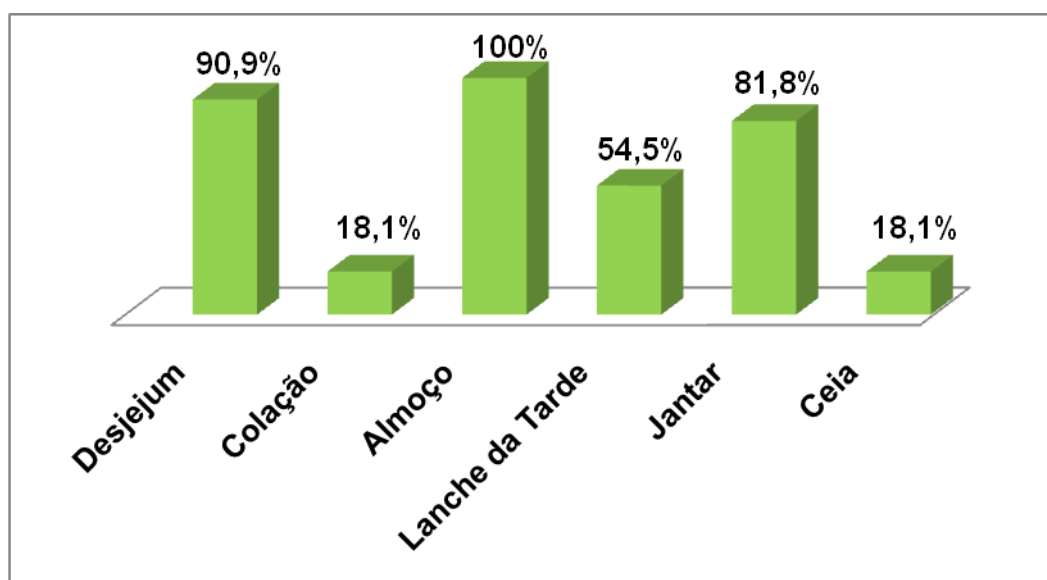


Figura 3 - Tipos de refeições (%) realizadas diariamente segundo gênero masculino

Os tipos de refeições realizadas diariamente em ambos os sexos, verificou-se que a totalidade dos homens realizam o almoço (100%), seguido do desjejum

(90,9%), jantar (81,81%). As demais refeições representaram os menores percentuais: lanche da tarde (54,54%) e apenas 18,18% têm o hábito de realizar a colação e a ceia noturna.

Nas mulheres, foram semelhantes os mesmos tipos de refeições com maior predomínio, respectivamente: desjejum e almoço (95,4%) e jantar (72,7%). A colação e ceia noturna apresentaram percentuais maiores (45,% e 36,3%), respectivamente, em relação aos homens (Figuras 3 e 4).

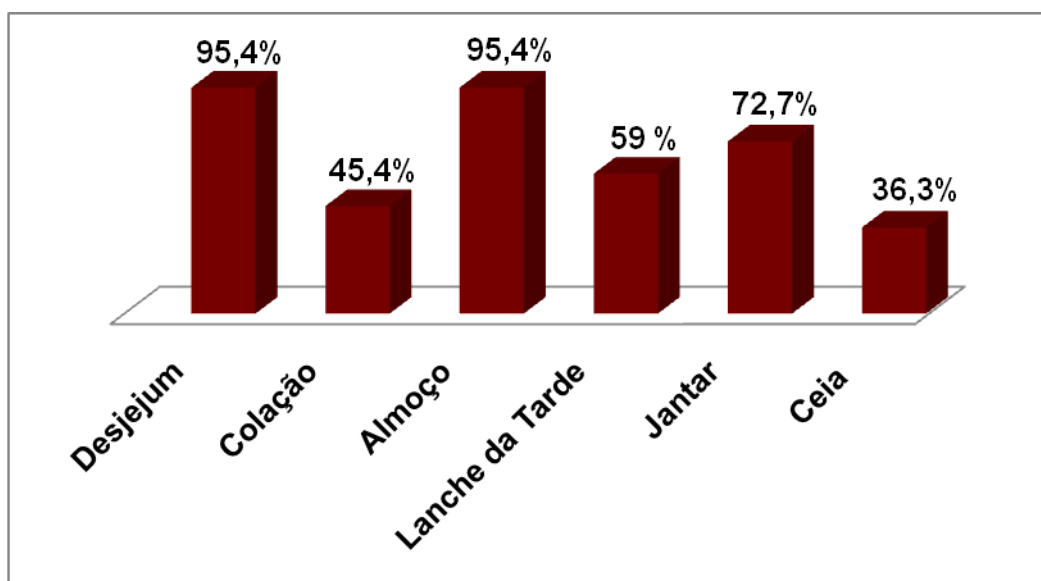


Figura 4 - Tipos de refeições (%) realizadas diariamente segundo gênero feminino

Verificou-se o estilo de vida dos idosos representados pelo etilismo, tabagismo, prática de atividade física e presença de patologias (tabelas 12 a 15)

Tabela 12 - Etilismo segundo os gêneros

Etilismo	Gênero	
	Masculino (%)	Feminino (%)
Sim	63,63%	13,63%
Não	36,36%	81,81%

Fonte: Elaborada pela autora.

Observou-se que ambos os sexos relataram a ingestão e bebida alcoólica pelo menos uma vez na semana. Na população feminina, a grande maioria não constatou-se este hábito (81,81%) enquanto na população masculina foi bem mais elevada a ingestão (63,63%) (Tabela 12).

Em relação ao tabagismo, mostrou-se bastante alto no sexo feminino (95,45%), porém os não fumantes foram bem menores no sexo masculino (72,72%). (Tabela 13).

Tabela 13 - Tabagismo segundo os gêneros

Gênero	Masculino (%)	Feminino (%)
Tabagismo		
Sim	27,27%	---
Não	72,72%	95,45%

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 14 - Prática de atividade física segundo os gêneros

Gênero	Masculino (%)	Feminino (%)
Ativ. Física		
Sedentário	---	4,54%
Praticante	100%	95,45%

Fonte: Elaborada pela autora.

A prática de atividade física obteve grande predomínio tanto para os homens (100%) quanto para as mulheres (95,45%). (Tabela 14)

Tabela 15 - Presença de Patologias segundo os gêneros

Gênero	Masculino (%)	Feminino (%)
Patologias		
Diabetes Melittus	---	4,54%
Hipertensão Arterial	54,54%	22,72%
Dislipidemia	9,09%	4,54%
Osteoporose	9,09%	22,72%
Ácido Úrico/gota	---	4,54%
Doença Reumática	---	18,18%
Doença Cardíaca	18,18%	4,54%
Doença Cerebrovascular	---	---
Problemas de Coluna	9,09%	31,81%
Problemas de Tireóide	---	18,18%
Outras	---	9,09%

Fonte: Elaborada pela autora.

O maior predomínio de patologias na população masculina constituíram, respectivamente: hipertensão arterial (54,5%),doença cardíaca(18,1%), dislipidemia, osteoporose e problemas de coluna(9,09%).

Nas mulheres, os maiores percentuais registrados foram respectivamente: problemas de coluna (31,8%), hipertensão arterial e osteoporose e doença reumática (18,1%). Salienta-se que o diabetes mellitus esteve presente somente na população feminina e apresentou valores baixos (4,5%) quando comparados com a prevalência nesta faixa etária.

6 DISCUSSÃO

A avaliação nutricional no indivíduo idoso apresenta como objetivos a identificação de situações de risco ou de distúrbios nutricionais já estabelecidos e o monitoramento das necessidades nutricionais individualizadas. (CARDOSO et al., 2006).

Salienta-se a importância do Índice de Massa Corporal (IMC), que é uma definição do grau de adiposidade. (SILVA; MURA, 2007). A relação entre IMC e risco de morbidades também pode ser afetada pela distribuição da gordura corpórea, visto que as principais complicações da obesidade, que incluem doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensão arterial e dislipidemias, estão associadas ao maior acúmulo de gordura abdominal, independente do peso corpóreo. (PEIXOTO et al., 2006).

O presente estudo encontrou valores médios de IMC para o sexo masculino semelhantes com o estudo realizado por de Frank (1996 apud Machado et al, 2004). No entanto, a média foi superior para o sexo feminino.

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 apud CARDOSO et al., 2006) encontraram uma prevalência de 22,3% nas mulheres e 12,3% nos homens (VELAZQUEZ-ALVA et al., 1996 apud et al., 2006).

Os autores Tavares e Anjos (1999) ao realizarem a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) em 1989 encontraram uma prevalência de sobrepeso geral de 30,4 em homens e 50,2% em mulheres, com predominância desse no sexo feminino em todos os graus.

Porém, existe uma tendência de aumento do sobrepeso dos idosos em países desenvolvidos que vem sendo observada também nos demais países, com ainda questionáveis na morbi-mortalidade futura desta população (ABREU, 2003; UKOLI et al., 1995 apud SANTOS, 2004).

No estudo EURONUT-SENECA sobre perfil nutricional e de saúde de idosos europeus foram encontradas variações de sobrepeso e obesidade. Entre os homens verificou-se obesidade em homens entre: 7% (Noruega) e 43% (Itália) e 4% (França). Nas mulheres encontrou-se sobrepeso em 56% na Itália (Itália) em mulheres (FAUSTO, 2002 apud SANTOS et al., 2004).

É conhecida a diferença na composição corporal entre homens e mulheres , com os homens apresentando maior desenvolvimento de massa muscular e as mulheres de tecido adiposo. (SANTOS et al., 2004) Alguns autores acreditam que mudanças hormonais que ocorrem durante o envelhecer, para o sexo feminino, contribuam para as alterações de composição corporal tanto de massa magra como de massa gorda (WAITZBERG, 2001). Uma das mais evidentes alterações que ocorre com o aumento da idade cronológica é a mudança nas dimensões corporais. Com o processo de envelhecimento, existem mudanças, principalmente na estatura, no peso e na composição corporal, com diminuição da massa muscular e da gordura corporal. Com essas mudanças, o IMC também se modifica, com o transcorrer dos anos (BRAMBILLA et al.,1994).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN, 1989) relataram uma prevalência de 6,5% de baixo peso em idoso com idade de 60 a 69 anos, 39,1% de eutrofia, 33,6% de sobrepeso e 20,8% de obesidade. Já no grupo de 70 a 80 anos a prevalência de baixo peso foi de 12,2%, 40,1% de eutrofia, 30,5% de sobrepeso e 8,4 de obesidade. (Tavares e Anjos, 1999).

Segundo Kuczmarski (1989) a gordura do corpo aumenta paulatinamente entre 25-45 anos, havendo para ambos os sexos, um contínuo acúmulo de massa gorda até os 70-75 anos, e após, um posterior declínio.

Nesse sentido, é importante salientar que a América Latina que vêm atravessando um período de transição nutricional, resultando no aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade em todas as idades e nas diferentes classes sociais (FARIAS JÚNIOR; LOPES, 2003).

Analisando a CC dos frequentadores da UATI, a grande maioria da população masculina e feminina encontrou-se acima dos valores aceitáveis, respectivamente, 103,5 e 86,8 cm. Este tipo de obesidade está relacionado a uma série de alterações metabólicas, como hiperinsulinemia, tolerância à glicose diminuída, dislipidemia, além do aumento de tendências trombolíticas e da síndrome metabólica (DUDEJA et al., 2001).

A forma pela qual a gordura está distribuída pelo corpo é mais importante que a gordura corpórea total na determinação do risco individual de doenças. Por essa razão, em indivíduos obesos ou com tendência à obesidade é fundamental indicadores que determinam esse tipo de distribuição. A gordura abdominal é

composta por gordura abdominal subcutânea e visceral dependendo do tipo predominante de gordura, sendo esta última de maior risco à saúde (GALISA, 2007).

Estudos recentes têm recomendado a medida isolada da CC tendo em vista que sua medida independente da altura, correlaciona-se fortemente com o IMC e parece predizer melhor o tecido adiposo visceral que a relação cintura quadril (PITANGA; LESSA, 2005; PEIXOTO et al., 2006).

Outros estudos também sugerem que a variação da distribuição anatômica da gordura corporal é importante indicador relacionado com complicações endócrinas e metabólicas predisponentes ao aparecimento e desenvolvimento de doenças cardiovasculares Barakat et al. (1988), e Hauner et al. (1990 apud Guedes; Guedes, 1998). Indivíduos com essa disposição centrípeta da gordura corporal tendem a apresentar maior incidência de diabetes, HA e alterações desfavoráveis no perfil das lipoproteínas plasmáticas (Freedman et al, 1990; Foster et al, 1987 apud Guedes; Guedes, 1998).

Da mesma forma, o *National Cholesterol Education Program* (NCEP), a *American Heart Association* (AHA), a Sociedade Européia de Cardiologia e a Sociedade Brasileira de Cardiologia têm assinalado a fundamental implicação da obesidade central no risco cardiovascular (CASTRO et al, 2004).

A preocupação pelo padrão de distribuição regional da gordura corporal justifica-se em razão da associação entre complicações para a saúde decorrentes de disfunções metabólicas e cardiovasculares e um maior acúmulo de gordura na região central do corpo, independentemente da idade e da quantidade total de gordura corporal (Thomas, 2004 apud Guedes; Guedes, 1998).

No entanto, a Organização mundial da saúde (WHO, 1998) recomenda a utilização da medida da cintura com cautela, em virtude da necessidade de mais estudos que verifiquem a variabilidade dos pontos de corte em diferentes populações. Além disso, a medida da cintura é muito variável em termos de sua localização ou posição, especialmente em indivíduos obesos e idosos. Visto que pequenas diferenças na medida da circunferência da cintura podem levar a importantes diferenças na interpretação do resultado, a técnica para sua obtenção deve ser padronizada (CARNEIRO et a.l., 2003).

O estudo realizado no Paraná por Cardoso et al (2006) compararam a CC em ambos os sexos e também verificaram que 92% das mulheres tem risco muito

elevado e 8% risco elevado; entre os homens 57% tem risco muito elevado e 14% elevado e 29% normal.

Por outro lado, considerando os princípios de uma alimentação equilibrada segundo Cuppari (2005) os homens subsistem e propagam sua espécie se mantiverem com o seu meio, de maneira constante, uma alimentação equilibrada que promova benefícios para a manutenção da saúde.

Assim, a alimentação permite aos seres vivos transformar alimentos em nutrientes do meio exterior em constituintes de seu próprio organismo. Contudo, é importante salientar que, para que esse processo aconteça, o homem deve dispor de alimentos específicos e variados e em quantidades suficientes e adequadas.

Pode-se dizer que, do ponto de vista nutricional, o idoso é biologicamente frágil e ao mesmo tempo exigente, pois a sua saúde depende que as condições do meio sejam adequadas. Em razão disso, pode-se afirmar que há uma ligação direta entre o estado nutricional adequado e hábitos alimentares corretos. (GALISA et al., 2008).

É importante salientar, que não existe um método de avaliação dietética ideal, já que os fatores que determinam o melhor método a ser utilizado nas diferentes situações constituem a população alvo como idosos, adolescentes, crianças, gestantes etc e ainda, o propósito da investigação, ou seja, o tipo de informação dietética que se deseja obter para determinados propósitos (BRIEFEL et al., 1992).

Quando analisou-se o estilo de vida da população de idosos, percebeu-se que quase a totalidade realiza de atividade física pelo menos 3 vezes por semana., o que representa freqüência suficiente para um condicionamento físico adequado.

No estudo de Machado et al., (2004) os resultados mostraram valores inferiores, ou seja, 54% relataram a caminhada como prática semanal e somente 18% realizam 3 vezes na semana.

A atividade física deve ser estimulada não somente pela melhora do perfil físico como também pela melhoria do perfil emocional e psicológico (MACIEL; ENES, 2006).

Contudo, notou-se que ambos os sexos relataram a ingestão de bebida alcoólica pelo menos uma vez na semana e foi mais expressiva homens (63,6%). Em relação ao tabagismo, os resultados mostraram um baixo percentual de fumantes do sexo feminino (5%) quando comparados ao masculino (27,2%) que relataram consumo de pelo menos dez cigarros/ dia.

Diversas doenças foram aglomeradas devido a sua grande diversidade como: diabetes mellitus, osteoporose, doença reumática, doença cardíaca, doença cerebrovascular, doença da tireóide problema de coluna e dislipidemia, entre outras. A hipertensão arterial foi a enfermidade mais citada em ambos os sexos, equivalendo a 77,2% da totalidade. Entretanto, salienta-se que o diabetes mellitus esteve presente somente na população feminina e apresentou valores baixos (4,5%) quando comparados com a prevalência nesta faixa etária.

De acordo com Forciea (1998 apud Machado et al. 2004) a prevalência da hipertensão varia de acordo com a idade e a raça. A hipertensão sistólica isolada é observada em 10% dos pacientes maiores de 70 anos e 20% nos pacientes maiores de 80 anos.

Um estudo sobre a prevalência de hipertensão arterial em brasileiros, auto-referida em 15 capitais e no Distrito Federal, mostrou um nítido crescimento: 7,4 a 15% entre pessoas de 25 a 39 anos; de 26 a 36,4% entre 40 e 59 anos e de 39 a 59% em pessoas com 60 anos ou mais (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2007)

Lima-Costa et al. (2003 apud VIDIGAL; VASQUES; RIBEIRO, 2006) identificaram os dados do Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) identificaram uma prevalência de 45,6% de hipertensão, 10,8% de diabetes e 20,9% de doenças cardiovasculares.

Considerando a escassez de dados referentes aos padrões de alimentação da população idosa brasileira nesse segmento populacional, tornam-se necessárias maiores números de estudos que possibilitem melhor caracterização do perfil nutricional dessa população. (MACIEL; ENES, 2006).

Em relação aos hábitos alimentares dos idosos analisados de forma qualitativa pela frequência de consumo dos grupos de alimentos mostrou-se satisfatória. A maior inadequação verificada do ponto de vista nutricional ocorreu no grupo das frutas e vegetais onde constatou-se baixo consumo diário principalmente no sexo masculino (MACHADO et al., 2004).

Segundo Toral, Gubert e Schmitz (2006 apud SOUZA, 2008), verificaram um consumo deficiente em frutas e hortaliças na alimentação de idosos, igualmente a população masculina no presente estudo.

De acordo com a pesquisa realizada por Rossum et al. (2000) e Novaes (2003 apud SOUZA, 2008) realizaram uma pesquisa, onde constatou que a população idosa consome poucos alimentos fontes de fibras. Em outra pesquisa

mostra em seu estudo que o consumo médio de fibras dos idosos foi de 17,7g, insuficiente segundo a literatura internacional (Novaes, 2003 apud SOUZA, 2008)

Cabe ressaltar a importância das fibras na alimentação diária. Seus efeitos benéficos são atribuídos, fundamentalmente, à melhoria da função intestinal, do perfil glicídico e lipídico (Wursch; Pi-Sunyer, 1997).

No estudo conduzido por Najas et al. (1994) notaram que os alimentos protéicos mais consumidos foram: feijão, leite e derivados. Pode-se observar no mesmo estudo um consumo reduzido de carnes, ao contrário do presente estudo, pois o consumo de carnes foi alto, principalmente no sexo masculino.

No grupo dos cereais, o mesmo autor avaliou o padrão alimentar de idosos e verificou que mais de 90,0% dos idosos consomem arroz, pão, feculentos e macarrão, sendo que diariamente os mais consumidos constituíram: arroz e pão (70,%). Resultado semelhante foi encontrado por Maciel e Enes (2006), que verificaram o consumo diário de pão em 70,0% dos seus entrevistados.

Quando analisado o grupo de doces, frituras e gorduras, Machado et al. (2004), observaram um alto consumo de doces (52%), principalmente a canjica e bolos.

O consumo de açúcares e doces não deve ser estimulado, pois seu uso excessivo na alimentação e está relacionado à maior incidência de cárie dental e alteração dos níveis lipídicos e glicêmicos (TORAL; GUBERT; SCHIMITZ, 2006).

Segundo NOVAES (2003 apud SOUZA, 2008), existe uma tendência de reduzir o consumo de alimentos ricos em colesterol ao avançar da idade. Dietas com alto consumo de lipídeos exigem atenção, pois o excesso desses grupos alimentares deve ser evitado, tanto pelos riscos para a saúde cardiovascular dos idosos, como pela dificuldade de digestão por fatores fisiológicos próprios do envelhecimento (MARUCCI, 1992 apud TORAL; GUBERT; SCHIMITZ, 2006).

Com a finalidade de determinar o padrão alimentar de idosos, Maciel e Enes (2006) avaliaram o perfil alimentar de idosos. Verificaram que um número expressivo da amostra realiza pelo menos três refeições diárias: café da manhã (98,8%), almoço (100%) e jantar (83,3%). A realização do lanche da tarde foi referida por quase metade (45,2%) dos indivíduos. As refeições que apresentam menor adesão por parte dos entrevistados foram o lanche da manhã (22,6%) e lanche da noite (27,4%).

7 CONCLUSÃO

No presente estudo, pode-se concluir que os idosos freqüentadores da Universidade aberta a Terceira Idade apresentaram prevalência de excesso de peso particularmente no sexo feminino e risco aumentado de co-morbidades para doenças cardiovasculares em ambos os sexos. Em relação a análise qualitativa da dieta, mostrou-se satisfatória. A maior inadequação do ponto de vista nutricional referiu-se ao baixo consumo de legumes, verduras e frutas, particularmente no sexo masculino. Por outro lado, obtiveram um consumo diário de alimentos protéicos, massas, pães e um baixo percentual diário de consumo de doces e gorduras, o que demonstra menores riscos para a saúde e, conseqüentemente, melhoria da qualidade de vida nessa população. Diante dessa realidade, ressalta-se a importância da avaliação e orientação nutricional, visando uma alimentação adequada e equilibrada que atenda as necessidades nutricionais dos idosos.

REFERÊNCIAS

BARRETTO, S. A. J.; CYRILLO, D. C. Análise da composição dos gastos com a alimentação no município de São Paulo (Brasil) na década de 1990. **Revista Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 52-59, 2001.

BRAMBILLA, P. et al. Peripheral and adiposity in obesity. **International Journal of Obesity**, v. 18, p. 795-800, 1994.

Briefel et al, Assessing the nation's diet: limitations of the food frequency questionnaire. **Journal of the American Dietetic Association**. ; v. 92,n.8, p.959-962, 1992.

CABRERA, M. A. S; JACOB FILHO, W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 45, p. 494-501, 2001

CAMPOS, M. T. F. S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELAS, A. P. R. C. Consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 3, p. 157-165, 2000.

CARDOSO, M. R. V. et al. Avaliação do estado nutricional e consumo alimentar de idosos de uma instituição asilar do município de Lavras – MG. **Nutrição – Brasil**, v. 5, n. 2, p. 64-69, mar./abr. 2006.

CARNEIRO, G. et al. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 3, p. 306-11, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n3/a36v49n3.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2010.

CASTRO, L. C. V. et al. Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. **Revista de Nutrição**., Campinas, v. 17 n. 3, July/Sept. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732004000300010>. Acesso em: 2 out. 2010.

CUPPARI, L. **Nutrição clínica no adulto**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2005.

DUDEJA, V. et al. BMI does not accurately predict overweight in Asian Indians in northern Índia. **British Journal of Nutrition**, Cambridge, v. 1, n. 86, p. 105-12, jul. 2001.

FARIAS JÚNIOR, J. C.; LOPES, A. S. Prevalência de Sobrepeso em adolescentes. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 11, n. 3, p. 71-5, 2003.

GALISA, S. M.; ESPERANÇA, B. M. L.; SÁ, G. N. **Nutrição conceitos e aplicações**. São Paulo: M. Books, 2007.

GUEDES, P. D.; GUEDES PINTO, J. E. R. Distribuição de gordura corporal, pressão arterial e níveis de lipídios-lipoproteínas plasmáticas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**., São Paulo, v. 70, n. 2, Feb. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v70n2/3367.pdf>>. Acesso em: 8 out. 2010.

GILLIUM, R. F. Distribution of waist-to-hip ratio, other indices of body fat distribution and obesity and associations of HDL cholesterol and young adults: the third Nacional Health Nutrition examination Survey. **International Journal Obesity**, v. 23, p. 556-63, 1999.

JELLIFFE, D. B. **The assessment of the nutritional status of the community**. Geneva, 1966. 271p. (Série de Monografias, 53).

KATCH, F. L.; MCARDLE, W. D. **Nutrição o exercício saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1996.

KUCZMARSKI, R. J. Need for body composition information in elderly subjects. **The American Journal of Clinical Nutrition**, n. 50, p. 1150-7, 1989.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutrition status in the elderly. **Primary Care**, v. 21, n.1, p. 55-68, 1994.

MACHADO et al. Perfil nutricional de idosos frequentadores da associação recreativa de Copacabana, Rio de Janeiro. **Nutrição – Brasil**, v. 3, n. 2, p. 85-91, mar./abr. 2004.

Maciel, E. da S.; Enes, C.C. Perfil alimentar e prática de atividade física em um programa da universidade aberta à terceira idade. **Nutrição – Brasil**, v.5, n. 3, p. 134-138, mai./jun. 2006.

MARUCCI, M. de F. N.; ALVES, R. P.; GOMES, M. M. B. C. Nutrição na geriatria. In: SILVA, S. M. C. S.; D'ARC, J. P. M. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2007. cap. 24, p. 391-416.

NAJAS, M. S. et al. Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidades urbanas da região sudeste, Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 197-91,1994.

PEIXOTO, M. do R. G. Circunferência da cintura e índice de massa corporal como preditores da hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 87, n. 4, p. 462-470 , out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001700011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2010.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Indicadores antropométricos de obesidade como instrumento de triagem para risco coronariano elevado em adultos na cidade de Salvador – Bahia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 85, n.1, jul. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v85n1/a06v85n1.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2010.

SANTOS et al. Indicadores do estado nutricional de idosos institucionalizados. **Nutrição – Brasil**, v.3, n.2, p.168-173, mai./jun. 2004

SilVA, S. C. M. S.; MURA, P. D. J. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2007.

SOUZA, D.T. Impacto da educação nutricional no perfil dietético de mulheres com mais de 60 anos de dois grupos de terceira idade de Bauru SP. **Nutrição – Brasil**, v. 7, n. 6, p. 324-331, nov./dez. 2008.

TAVARES, E. L.; ANJOS, L. A. Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. **Caderno de Saúde Pública**, v. 15, p. 759-68, out./dez.1999.

TORAL, N.; GUBERT, M.B.; SCHIMITZ, B. A. S. Perfil da alimentação oferecida em instituições geriátricas do Distrito Federal. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 1, p. 29-27, jan/fer. 2000.

UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO – USC. UATI – Universidade Aberta à Terceira Idade. c2006. Disponível em: <<http://www.usc.br/uati/index.html>>. Acesso em: 15 mar. 2010.

VIDIGAL, F. de C.; VASQUES, A. C. J.; RIBEIRO, R. de C. L. Caracterização nutricional e avaliação do risco de doenças crônico-degenerativas em idosas praticantes de atividade física no município de Viçosa MG. **Nutrição – Brasil**, v. 5, n. 1, p. 5-11, jan./fev. 2006.

WAITZBERG, D. L.; FERRINI, M. T. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. São Paulo: Atheneu, 2001.

Wursch, J. B.; Pi-Sunyer, F. X. The role of viscous soluble fiber in the metabolic control of diabetes. *Diabetes Care*, v. 20. p.1774-1780, 1997.

APÊNDICE A – Questionário de Frequência do Consumo Alimentar (QFCA)

Grupo de alimentos	7x/semana	5 a 6x/semana	3 a 4x/semana	1 a 2x/semana	Raramente	Não Ingere
Leite e derivados						
Frutas						
Legumes						
Verduras						
Carnes e derivados						
Arroz						
Pão						
Massas						
Leguminosas						
Doces						
Alimentos industrializados						
Frituras						
Gordura Saturada						

APÊNDICE B – Questionário do Estilo de Vida**Etilismo**

() Sim

() Não

Tipo _____ Freqüência _____

Tabagismo

() Sim

() Não

Quantidade _____

Atividade Física

() Sedentário

() Praticante Freqüência: _____

Fracionamento das refeições

() Desjejum

() Colaço

() Almoço

() Lanche da tarde

() Jantar

() Ceia

Presença de patologias

() Diabetes mellitus

() Hipertensão arterial

() Dislipidemia

() Osteoporose

() Ácido úrico/gota

() Doença reumática

() Doença cardíaca

() Doença cerebrovascular

() Problemas de coluna

() Problemas de tireóide

() outras Qual: _____

ANEXO A – Termo De Consentimento

Título do Projeto: Perfil nutricional e dietético de freqüentadores da Universidade Aberta a terceira Idade (UATI) da Cidade de Bauru-SP.

Pesquisador Responsável: Prof^a Ms. Andréia de Camargo Borges

Endereço: R. Dr. Alípio dos Santos 12-18, Apto. 24, Jd. Panorama.

Telefone: (14) 8157-4600

Pesquisador Colaborador: Carolina Renofio Portezan **Telefone:** (14) 81667676

Local de Desenvolvimento da Pesquisa: Universidade Sagrado Coração

Endereço: Irmã Arminda, nº 10-50.

Telefone: (14) 2107-7000

- **Resumo:** O processo de envelhecimento é caracterizado por uma redução progressiva da atividade celular, modificações das funções metabólicas e perda da capacidade funcional. O presente trabalho tem como objetivo caracterizar o perfil nutricional e dietético de idosos freqüentadores da UATI com possíveis alterações dos hábitos alimentares e doenças crônicas não transmissíveis na população estudada.
- **Riscos e Benefícios:** A pesquisa permitirá analisar o perfil nutricional e dietético dos idosos da UATI. A partir da investigação do estado nutricional e dietético será possível identificar as possíveis inadequações nutricionais e fatores de risco que possam contribuir com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis nessa população.
- **Custos e Pagamentos:** Este trabalho não trará encargos adicionais associados à participação dos idosos na pesquisa.

- **Confidencialidade**

Eu..... entendo que, qualquer informação obtida sobre mim, será confidencial. Eu também entendo que meus registros de pesquisa estão disponíveis para revisão dos pesquisadores. Esclareceram-me que minha identidade não será revelada em nenhuma publicação desta pesquisa; por conseguinte, consinto na publicação para propósitos científicos.

- **Direito de Desistência**

Eu entendo que estou livre para recusar minha participação neste estudo ou para desistir a qualquer momento e que a minha decisão não afetará adversamente meu tratamento na clínica ou causar perda de benefícios para os quais eu poderei ser indicado.

- **Consentimento Voluntário.**

Eu certifico que li ou foi-me lido o texto de consentimento e entendi seu conteúdo. Uma cópia deste formulário ser-me-á fornecida. Minha assinatura demonstra que concordei livremente em participar deste estudo.

Assinatura do participante da pesquisa:

Data:.....

Eu certifico que expliquei a(o) Sr.(a), acima, a natureza, propósito, benefícios e possíveis riscos associados à sua participação nesta pesquisa, que respondi todas as questões que me foram feitas e testemunhei assinatura acima.

Assinatura do Pesquisador Responsável: