

Descrição do índice de massa corporal e do padrão do consumo alimentar das integrantes de uma universidade da terceira idade no interior do Rio Grande do Sul

Camila Boz*, Jacqueline Schaurich dos Santos**, Karina Giane Mendes***

Resumo

Atualmente, a longevidade vem se destacando como um fator marcante na população brasileira, que passa por um processo de envelhecimento, com transição epidemiológica e nutricional, aumento das doenças crônicas não transmissíveis e declínio das doenças infectocontagiosas. Há uma tendência crescente a casos de sobrepeso e obesidade em todo o mundo. O objetivo deste estudo é descrever o estado nutricional por meio do índice de massa corporal e do consumo alimentar utilizando o questionário de frequência alimentar e pesquisa sobre hábitos alimentares de mulheres a partir de cinquenta anos, participantes do grupo de meditação ativa da universidade da terceira idade. A pesquisa caracterizou-se por um estudo do tipo transversal. As participantes foram divididas em dois grupos: mulheres com idade entre 50 e 59 anos (n = 27) e mulheres com

idade igual ou superior a sessenta anos (n = 33). Para o primeiro grupo, constatarem-se 29,6% de sobrepeso e 44,4% de obesidade, segundo a classificação da WHO, ao passo que para as idosas (mulheres a partir de sessenta anos de idade) observaram-se 66,7% de sobrepeso e 42,4% de excesso de peso. Na avaliação do consumo alimentar, os resultados mostraram alguns aspectos de inadequação alimentar. O estudo conclui que há maior prevalência de obesidade entre as mulheres com menos de sessenta anos e elevada proporção de sobrepeso nas mulheres idosas. Esses dados reforçam a importância dos programas de educação nutricional para elevação da qualidade de vida e de saúde dessa população.

Palavras-chave: Envelhecimento. Estado nutricional. Consumo alimentar.

* Acadêmica do curso de Nutrição da Universidade de Caxias do Sul. Endereço para correspondência: Travessão Leonel, s./n., CEP: 95275-000, Nova Pádua - RS. E-mail: bozcamila@gmail.com

** Nutricionista graduada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Unisinos. Especialista em Nutrição Clínica pelo Instituto Metodista de Educação e Cultura. Mestre em Endocrinologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora do Centro Universitário Univates. Coordenadora do curso de Nutrição da Universidade de Caxias do Sul.

*** Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Doutoranda em Endocrinologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora do curso de Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Caxias do Sul.

↳ Recebido em outubro de 2009 – Avaliado em março de 2010.

↳ doi:10.5335/rbceh.2010.022

Introdução

A distribuição etária da população mundial tem apresentado visível alteração nas últimas décadas, em razão da expansão da expectativa de vida, o que representa novos desafios no campo da pesquisa nutricional. (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELLAS, 2000).

Desde as últimas décadas do século passado, o Brasil se depara com um declínio rápido e acentuado da fecundidade, fenômeno sem precedentes na sua história e que se sobressai mesmo em comparação com outros países, seja do mundo desenvolvido, seja entre aqueles em desenvolvimento. Esse declínio, combinado com a queda da mortalidade, acarretou um processo de envelhecimento populacional e de aumento da longevidade da população. (ALVES et al., 2007).

A expectativa de vida vem aumentando e as pessoas estão prolongando seus anos de vida para oitenta, noventa, cem anos ou mais. Essa realidade desperta diversos estudos, pela necessidade de associar a longevidade à qualidade deste viver, garantindo não apenas maior longevidade, mas felicidade, qualidade de vida e satisfação pessoal. O envelhecimento, apesar de ser um processo natural, submete o organismo a diversas alterações anatômicas e funcionais, com repercussões nas condições de saúde e nutrição. (JÓIA; RUIZ; DONALISIO, 2007; GUEDES, 2007; LIMA, 2008).

A promoção de saúde entre os indivíduos pode reduzir o impacto que o envelhecimento causa ao sistema de saúde. Um dos fatores relacionados ao envelhecimento sadio é a boa nutrição

durante toda a vida. (CAMPOS et al., 2006). Complementando esses aspectos, Santos (2005) afirma que nesse contexto emerge uma concepção da promoção das práticas alimentares saudáveis, na qual a alimentação tem sido colocada como uma das estratégias para a promoção de saúde.

A literatura especializada destaca a associação entre o consumo alimentar e a ocorrência de enfermidades crônicas, ressaltando a importância da nutrição como ferramenta para prevenção e controle dessas doenças. (MARQUES et al., 2007). Conforme Panigassi et al. (2008), os estudos devem englobar as características qualitativas da dieta, buscando identificar os seus desvios das recomendações nutricionais. Para Vinholes, Assunção e Neutzling (2009), os hábitos saudáveis de alimentação estão inseridos em estruturas culturais, econômicas e políticas, sendo necessária maior ênfase na promoção de políticas dirigidas aos determinantes desses hábitos.

Nas últimas décadas, concomitantemente à transição epidemiológica marcada pela predominância de enfermidades crônicas, típicas de populações mais envelhecidas, situam-se a transição nutricional, marcada pelo aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade, e o registro de um declínio da desnutrição, com repercussões clínicas e sociais importantes, principalmente entre os maiores de sessenta anos. (MARQUES et al., 2007; POPKIN, 2001). A avaliação do estado nutricional não dispõe de padrão-ouro para diagnóstico das desordens nutricionais. Em estudos populacionais, a WHO preconiza a utilização do índice

de massa corporal (IMC) como um indicador do risco nutricional, e o questionário de frequência alimentar (QFA) é considerado o mais prático e informativo método de avaliação da ingestão dietética. (ACUÑA; CRUZ, 2004; FISBERG et al., 2005).

Assim, esta pesquisa tem por objetivo descrever o estado nutricional de acordo com o IMC e o padrão de consumo alimentar de mulheres a partir de cinquenta anos de idade, participantes do Grupo Meditação Ativa da Universidade da Terceira Idade, da Universidade de Caxias do Sul. As informações obtidas poderão ser úteis no direcionamento de ações educativo-preventivas às mulheres em processo de envelhecimento, promovendo a inserção de hábitos alimentares adequados, a melhoria da qualidade de vida, a promoção do sujeito que envelhece e a conquista de uma velhice mais sadia e bem-sucedida.

Materiais e métodos

O estudo caracteriza-se como transversal. A amostra foi constituída por sessenta mulheres, sendo divididas em dois grupos: mulheres com idade entre 50 e 59 anos de idade ($n = 27$) e mulheres idosas, com idade igual ou superior a sessenta anos ($n = 33$).

Para avaliar o grau de dificuldade e aplicabilidade (metodologia), o estudo foi submetido a teste piloto com uma subamostra de 28 mulheres, constituída por integrantes do grupo. Foi entregue o QFA para as participantes responderem em casa, porém observou-se que houve dificuldade no preenchimento, especial-

mente entre as mulheres idosas. Em vista disso, para a descrição do consumo alimentar, a aplicação do questionário foi dirigida pelo autor e por acadêmicas do curso de nutrição, devidamente treinadas e orientadas.

Os critérios de inclusão adotados foram: mulheres com idade igual ou superior a cinquenta anos de idade, participantes do grupo Meditação Ativa durante o primeiro semestre de 2009.

A descrição do estado nutricional foi realizada por meio de medidas antropométricas de peso (kg) e estatura (cm). O peso e a estatura foram coletados por um único examinador, o autor da pesquisa. O estado nutricional foi avaliado pelo IMC de Quételet ($\text{peso}/\text{altura}^2$) e, como critério de classificação, utilizaram-se as recomendações da WHO (1995) e de Lipschitz (1994), sendo esta última utilizada apenas para as mulheres idosas. Os pontos de corte da WHO adotados foram: $\text{IMC} \leq 18,4 \text{ kg/m}^2$ para baixo peso; 18,5 a $24,9 \text{ kg/m}^2$ para eutrofia; 25 a $29,9 \text{ kg/m}^2$ para sobrepeso e obesidade $\text{IMC} \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$. Conforme Lipschitz, $\text{IMC} < 22 \text{ kg/m}^2$ para magreza; 22 a 27 kg/m^2 para eutrofia e $\text{IMC} > 27 \text{ kg/m}^2$ para excesso de peso.

Para a aferição do peso foi utilizada balança de marca Cauduro, com capacidade de 150 kg e precisão de cem gramas. As mulheres foram pesadas trajando roupas leves e sem sapatos. A altura foi medida utilizando-se um antropômetro vertical fixo à balança, com a participante descalça, com os pés unidos, braços estendidos ao longo do corpo e olhar fixo na altura da linha do horizonte. (AMADO; ARRUDA; FERREIRA, 2007).

O consumo alimentar foi caracterizado mediante o QFA validado, proposto por Fisberg et al. (2008), constituído de perguntas fechadas sobre a frequência de consumo alimentar (diário, semanal, mensal) de 63 alimentos, com oito categorias de resposta. A pesquisa sobre hábitos alimentares foi descrita por meio do questionário adaptado de Ling e Horwath (2000) (FISBERG et al., 2005), composto por perguntas abertas e fechadas, aplicado posteriormente ao QFA.

Os dados foram coletados após os participantes assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), no Laboratório de Avaliação Nutricional do curso de Nutrição da Universidade de Caxias do Sul. O estudo obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade de Caxias do Sul, sob o número 086/2008.

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o *software* SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 13.0. As variáveis quantitativas foram descritas por meio de média e desvio-padrão e as variáveis categóricas, por meio de frequências absoluta e relativa. Para comparar as variáveis

contínuas conforme faixa etária, o teste t de Student foi aplicado. Para avaliar as associações entre as variáveis categóricas, o teste qui-quadrado de Pearson foi aplicado. Para comparar as classificações de IMC pela WHO e Lipschitz nas mulheres com idade igual ou acima de sessenta anos, o teste qui-quadrado de McNemar foi utilizado. O nível de significância estatística considerado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Resultados

Na Tabela 1 encontra-se a caracterização da amostra total estudada, apresentando uma idade média de $62,8 \pm 8,3$ anos, sendo a idade mínima 50 e a máxima, 81 anos. Em relação ao IMC, os resultados mostraram uma diferença significativa ($p < 0,05$) quando comparada a média entre as mulheres com menos de sessenta anos ($29,4 \pm 6,2$) e as com mais de sessenta anos ($26,6 \pm 3,8$). As mulheres com menos de sessenta anos são mais obesas do que as com mais de sessenta anos, embora estas apresentem maior proporção de sobrepeso em relação à classificação proposta pela WHO.

Tabela 1 - Caracterização da amostra.

Medidas	Variáveis	Média (Desvio-padrão)			p
		n total (n = 60)	< 60 anos (n = 27)	≥ 60 anos (n = 33)	
Estatísticas gerais	Idade	62,8 (8,3)	55,6 (2,7)	68,7 (6,6)	-
	Altura	1,6 (0,1)	1,6 (0,1)	1,59 (0,1)	0,506*
	Peso	70,0 (13,9)	73,5 (16,4)	67,2 (10,8)	0,082*
	IMC	27,9 (5,1)	29,4 (6,2)	26,6 (3,8)	0,034*
IMC pela WHO	Baixo peso	1,0 (1,7)	0,0 (0,0)	1,0 (3,0)	0,003**
	Eutrofia	15,0 (25,0)	7,0 (25,9)	8,0 (24,2)	-
	Sobrepeso	30,0 (50,0)	8,0 (29,6)	22,0 (66,7)	-
	Obesidade	14,0 (23,3)	12,0 (44,4)	2,0 (6,1)	-
IMC por Lipschitz	Magreza	-	-	3 (9,1)	-
	Eutrofia	-	-	16 (48,5)	-
	Excesso de peso	-	-	14 (42,4)	-

* teste t-Student; ** teste qui-quadrado de Pearson.

Juntando as categorias de sobrepeso e obesidade da WHO e considerando essas variáveis como excesso de peso, podemos comparar essa classificação com a de Lipschitz nas mulheres acima

de sessenta anos, conforme apresentado na Figura 1. A classificação por Lipschitz detecta menos excesso de peso e mais eutrofia e magreza do que a classificação da WHO (χ^2 de McNemar = 12,0; $p < 0,001$).

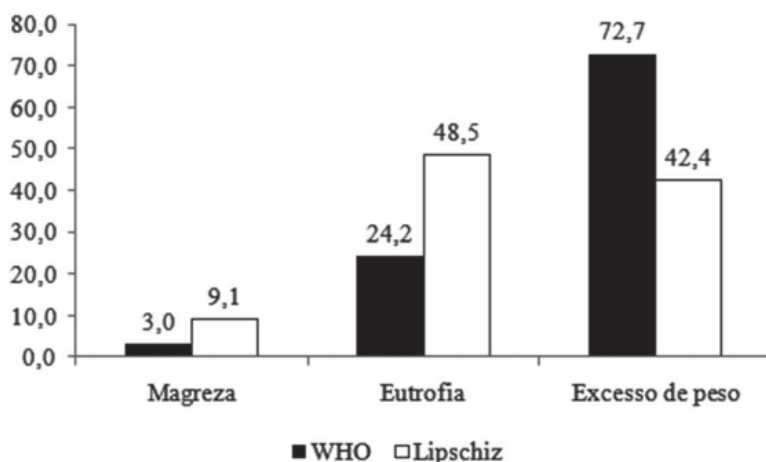


Figura 1 - Comparação entre as classificações do IMC pela WHO e Lipschitz, nas mulheres acima de sessenta anos.

Na Tabela 2, quando avaliada a frequência alimentar na amostra total e por faixa etária, as mulheres com mais de sessenta anos consomem significativamente menos suco industrializado e mais sobremesa em comparação com as de menos de sessenta anos. No que se refere ao consumo diário, observou-se que no grupo dos cereais o pão é o alimento mais consumido por todas as mulheres: 88,9% (mulheres < 60 anos) e 84,8% (mulheres $\geq$ 60 anos). Dentre as carnes, a bovina é consumida diariamente por 25,9% das

mulheres com menos de sessenta anos e 12,1% das idosas, enquanto o feijão é consumido diariamente por 18,5% e 6,1% respectivamente. A alface predominou dentre as hortaliças, sendo referida por 63,0% das mulheres com menos de sessenta anos e por 57,6% das idosas. No grupo do leite e derivados, 85,2% das mulheres entre 50 e 59 anos e 78,8% das idosas ingerem leite diariamente. Entre as frutas, a banana é ingerida por 55,6% das mulheres com menos de sessenta anos e por 69,7% das idosas.

Tabela 2 - Avaliação da frequência alimentar na amostra total e por faixa etária.

Grupos	Alimentos	Amostra total (n = 60)						< 60 anos (n = 27)						≥ 60 anos (n = 33)						p
		Mensal		Semanal		Diário		Mensal		Semanal		Diário		Mensal		Semanal		Diário		
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Cereais	Arroz	4 (6,7)	40 (66,7)	16 (26,7)	3 (11,1)	18 (66,7)	6 (22,2)	1 (3,0)	22 (66,7)	10 (30,3)	0,403									
	Batata/mandioca	13 (21,7)	46 (76,7)	1 (1,7)	8 (29,6)	19 (70,4)	0 (0,0)	5 (15,2)	27 (81,8)	1 (3,0)	0,285									
	Biscoito sem recheio	15 (25,0)	24 (40,0)	21 (35,0)	8 (29,6)	10 (37,0)	9 (33,3)	7 (21,2)	14 (42,4)	12 (36,4)	0,753									
	Pão	0 (0,0)	8 (13,3)	52 (86,7)	0 (0,0)	3 (11,1)	24 (88,9)	0 (0,0)	5 (15,2)	28 (84,8)	0,719									
Óleo/gorduras	Manteiga/margarina	18 (30,0)	22 (36,7)	20 (33,3)	10 (37,0)	7 (25,9)	10 (37,0)	8 (24,2)	15 (45,5)	10 (30,3)	0,278									
	Óleo para tempero	8 (13,3)	1 (1,7)	51 (85,0)	2 (7,4)	1 (3,7)	24 (88,9)	6 (18,2)	0 (0,0)	27 (81,8)	0,272									
Carne	Carne bovina	5 (8,3)	44 (73,3)	11 (18,3)	2 (7,4)	18 (66,7)	7 (25,9)	3 (9,1)	26 (78,8)	4 (12,1)	0,388									
	Frango/outras aves	6 (10,0)	52 (86,7)	2 (3,3)	2 (7,4)	23 (85,2)	2 (7,4)	4 (12,1)	29 (87,9)	0 (0,0)	0,248									
Embutidos	Embutidos	23 (38,3)	26 (43,3)	11 (18,3)	7 (25,9)	13 (48,1)	7 (25,9)	16 (48,5)	13 (39,4)	4 (12,1)	0,151									
	Alface	6 (10,0)	18 (30,0)	36 (60,0)	3 (11,1)	7 (25,9)	17 (63,0)	3 (9,1)	11 (33,3)	19 (57,6)	0,817									
Verduras/legumes	Cenoura	7 (11,7)	36 (60,0)	17 (28,3)	5 (18,5)	16 (59,3)	6 (22,2)	2 (6,1)	20 (60,6)	11 (33,3)	0,269									
	Hortalças crucíferas	4 (6,7)	41 (68,3)	15 (25,0)	2 (7,4)	29 (70,4)	6 (22,2)	2 (6,1)	22 (66,7)	9 (27,3)	0,895									
	Outras verduras	16 (26,7)	28 (46,7)	16 (26,7)	10 (37,0)	13 (48,1)	4 (14,8)	6 (18,2)	15 (45,5)	12 (36,4)	0,101									
	Outros legumes	8 (13,3)	40 (66,7)	12 (20,0)	5 (18,5)	18 (66,7)	4 (14,8)	3 (9,1)	22 (66,7)	8 (24,2)	0,438									
Leite/derivados	legumes	15 (25,0)	28 (46,7)	17 (28,3)	5 (18,5)	13 (48,1)	9 (33,3)	10 (30,3)	15 (45,5)	8 (24,2)	0,527									
	Leite	6 (10,0)	5 (8,3)	49 (81,7)	2 (7,4)	2 (7,4)	23 (85,2)	4 (12,1)	3 (9,1)	26 (78,8)	0,797									
	Queijo branco	28 (46,7)	19 (31,7)	13 (21,7)	14 (51,9)	9 (33,3)	4 (14,8)	14 (42,4)	10 (30,3)	9 (27,3)	0,499									
	Queijo amarelo	19 (31,7)	21 (35,0)	20 (33,3)	7 (25,9)	10 (37,0)	10 (37,0)	12 (36,4)	11 (33,3)	10 (30,3)	0,680									
Leguminosas	Feijão	16 (26,7)	37 (61,7)	7 (11,7)	7 (25,9)	15 (55,6)	5 (18,5)	9 (27,3)	22 (66,7)	2 (6,1)	0,319									
	Lentilha/outras*	32 (53,3)	26 (43,3)	2 (3,3)	18 (66,7)	8 (29,6)	1 (3,7)	14 (42,4)	18 (54,5)	1 (3,0)	0,151									
Frutas	Banana	5 (8,3)	17 (28,3)	38 (63,3)	1 (3,7)	11 (40,7)	15 (55,6)	4 (12,1)	6 (18,2)	23 (69,7)	0,111									
	Laranja	5 (8,3)	25 (41,7)	30 (50,0)	2 (7,4)	13 (48,1)	12 (44,4)	3 (9,1)	12 (36,4)	18 (54,5)	0,654									
	Maçã	4 (6,7)	28 (46,7)	28 (46,7)	2 (7,4)	16 (59,3)	9 (33,3)	2 (6,1)	12 (36,4)	19 (57,6)	0,167									
	Mamão	8 (13,3)	28 (46,7)	24 (40,0)	3 (11,1)	12 (44,4)	12 (44,4)	5 (15,2)	16 (48,5)	12 (36,4)	0,788									
Salgados/frituras	Batata frita/chips	0 (0,0)	56 (93,3)	4 (6,7)	0 (0,0)	24 (88,9)	3 (11,1)	0 (0,0)	32 (97,0)	1 (3,0)	0,318									
	Salgados	0 (0,0)	47 (78,3)	13 (21,7)	0 (0,0)	21 (77,8)	6 (22,2)	0 (0,0)	26 (78,8)	7 (21,2)	1,000									
Bebidas	Suco industrializado	39 (65,0)	12 (20,0)	9 (15,0)	18 (66,7)	2 (7,4)	7 (25,9)	21 (63,6)	10 (30,3)	2 (6,1)	0,020									
	Suco natural	21 (35,0)	30 (50,0)	9 (15,0)	8 (29,6)	13 (48,1)	6 (22,2)	13 (39,4)	17 (51,5)	3 (9,1)	0,342									
Doce	Açúcar/mel/geléia	7 (11,7)	16 (26,7)	37 (61,7)	5 (18,5)	8 (29,6)	14 (51,9)	2 (6,1)	8 (24,2)	23 (69,7)	0,234									
	Sobremesas	18 (30,0)	31 (51,7)	11 (18,3)	12 (44,4)	13 (48,1)	2 (7,4)	6 (18,2)	18 (54,5)	9 (27,3)	0,035									

* Ervilha/grão de bico/soja; p-valor obtido pelo teste qui-quadrado de Pearson.

Quando avaliada a associação entre a classificação do IMC pela WHO com o questionário de frequência alimentar, somente quando agrupadas as mulheres obesas em relação às não obesas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) e limítrofes

($p < 0,10$), conforme apresentado na Tabela 3. Constatou-se que as mulheres obesas consomem significativamente menos biscoito sem recheio e tendem a consumir (valores limítrofes) mais embutidos e queijo amarelo e menos frutas, como banana e laranja, e sobremesas.

Tabela 3 - Avaliação da frequência alimentar por obesidade avaliada pela WHO nas associações significativas ($p < 0,05$) e limítrofes ($p < 0,10$).

Alimentos	Obesas (n = 14)			Não obesas (n = 46)			p*
	Mensal	Semanal	Diário	Mensal	Semanal	Diário	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Biscoito sem recheio	7 (50,0)	5 (35,7)	2 (14,3)	8 (17,4)	19 (41,3)	19 (41,3)	0,032
Embutidos	2 (14,3)	7 (50,0)	5 (35,7)	21 (45,7)	19 (41,3)	6 (13,0)	0,051
Queijo amarelo	3 (21,4)	3 (21,4)	8 (57,1)	16 (34,8)	18 (39,1)	12 (26,1)	0,097
Banana	0 (0,0)	7 (50,0)	7 (50,0)	5 (10,9)	10 (21,7)	31 (67,4)	0,080
Laranja	3 (21,4)	7 (50,0)	4 (28,6)	2 (4,3)	18 (39,1)	26 (56,5)	0,057
Sobremesas	7 (50,0)	7 (50,0)	0 (0,0)	11 (23,9)	24 (52,2)	11 (23,9)	0,055

p-valor obtido pelo teste qui-quadrado de Pearson.

Conforme a Tabela 4, não houve associação entre os hábitos alimentares com a obesidade ($p > 0,10$), embora se demonstre que as mulheres não obesas (91,3%) apresentaram maior mudança nos hábitos alimentares que as obesas (85,7%). Já em relação à tentativa de se

alimentar de forma mais saudável, as obesas (83,3%) apresentaram uma maior incidência que as não obesas (76,2%). Quando avaliado o tempo em que vêm comendo de forma saudável, as não obesas (65,6%) apresentaram maior tempo de mudança em seis meses ou mais do que as obesas (40%).

Tabela 4 - Avaliação da pesquisa sobre hábitos alimentares na amostra total e conforme obesidade.

Variáveis	Categorias	n total (n = 60)	Obesas (n = 14)	Não obesas (n = 46)	p
		n (%)	n (%)	n (%)	
Mudou os hábitos alimentares tentando comer de forma mais saudável	Sim	54 (90,0)	12 (85,7)	42 (91,3)	0,617
	Não	6 (10,0)	2 (14,3)	4 (8,7)	
Atualmente está comendo ou tentando comer de forma mais saudável	Sim	42 (77,8)	10 (83,3)	32 (76,2)	0,632
	Não	9 (16,7)	1 (8,3)	8 (19,0)	
	Não sabe	3 (5,6)	1 (8,3)	2 (4,8)	
Há quanto tempo vem comendo ou tentando comer de forma mais saudável	< 6 meses	9 (21,4)	3 (30,0)	6 (18,8)	0,347
	≥ 6 meses	25 (59,5)	4 (40,0)	21 (65,6)	
	Não lembra	8 (19,0)	3 (30,0)	5 (15,6)	

p-valor obtido pelo teste qui-quadrado de Pearson.

As Figuras 2, 3, e 4 são relacionadas à pesquisa sobre hábitos alimentares e foram analisadas na amostra total (n = 60 mulheres). A Figura 2 apresenta o tipo de mudança que as mulheres têm feito ou esperam fazer em sua alimentação de modo a se alimentar de forma

mais saudável. As respostas mais citadas foram: diminuir o consumo de frituras e gorduras (37,8%); aumentar a ingestão de frutas e verduras (26,7%) e diminuir o consumo de farináceos e de produtos industrializados (11,1%).

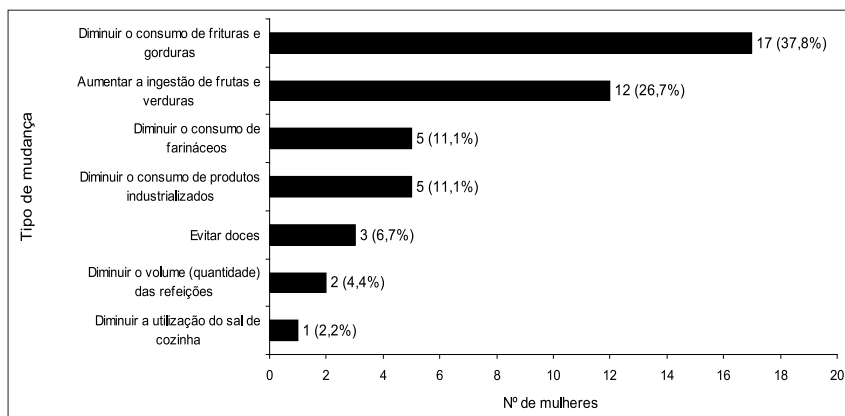


Figura 2 - Distribuição da amostra quanto ao tipo de mudança que as mulheres têm feito ou esperam fazer em sua alimentação (n = 45).

A Figura 3 aponta os principais fatores que influenciam nas escolhas da alimentação. Observou-se que a busca por uma alimentação mais saudável foi a resposta mais citada (33,3%), seguida

pela qualidade dos alimentos (18,3%) e hábito ou rotina (16,7%). O preço dos alimentos foi o fator que menos teve influência (1,7%).

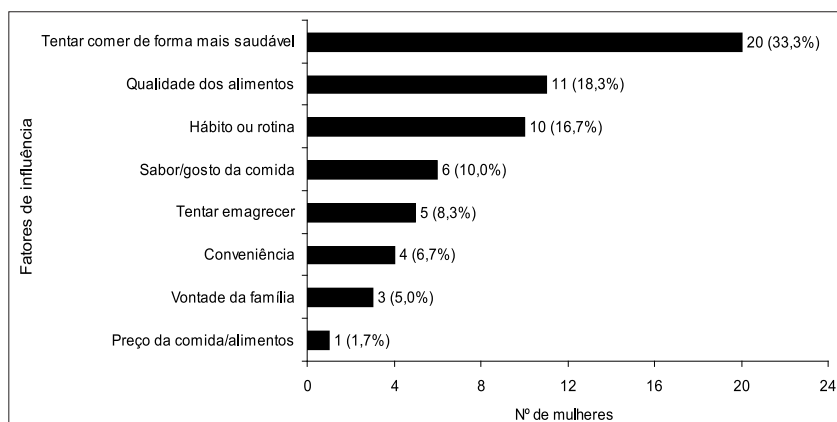


Figura 3 - Distribuição da amostra quanto aos fatores que influenciam nas escolhas da alimentação (n = 60).

A Figura 4 apresenta a principal dificuldade que as mulheres encontram para tentar se alimentar de forma mais saudável: 31,7% referiram não apresentar nenhuma dificuldade; 15,0% men-

cionaram o preço dos alimentos; 13,3%, a mudança de hábitos; 11,7%, deixar de comer doces e 6,7%, a influência dos hábitos familiares.

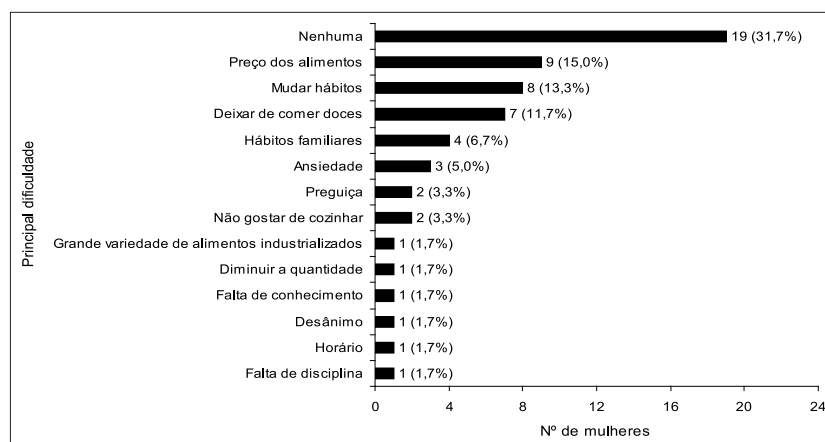


Figura 4 - Distribuição da amostra quanto à principal dificuldade que as mulheres encontram para tentar se alimentar de forma mais saudável (n = 60).

Discussão

É importante salientar que o estudo aqui apresentado possui algumas limitações que merecem destaque: é um estudo transversal; seria necessária a investigação de outras variáveis para complementar o aspecto alimentar e nutricional das mulheres e, neste estudo, foi utilizada uma amostra de conveniência, não representativa de todo o perfil da população estudada, o que pode ter influenciado nos resultados obtidos.

Em estudo realizado por Rosa et al. (2008), em relação ao IMC, foi observado que 12,9% das mulheres com idade entre 50 e 59 anos encontravam-se eutróficas; 38,8% apresentavam sobrepeso e 48,3% eram obesas. Resultados semelhantes foram encontrados no presente estudo quando avaliados sobrepeso e obesidade, porém, quanto à eutrofia, os valores encontrados foram superiores, de acordo com a classificação proposta pela WHO (1995).

Outros estudos mostraram uma maior prevalência de sobrepeso em relação à obesidade, diferentemente do presente. El Kik et al. (2004), avaliando 364 mulheres com idades entre dez e noventa anos, observou grande concentração de obesidade na faixa etária de 51 a 70 anos atingindo 30% dessa população; na faixa etária entre 51 a 60 anos de idade, 40% das mulheres apresentaram sobrepeso; 32,8%, obesidade graus I e II e 4,3%, obesidade grau III. Cvetkovic et al. (2006) encontraram em seu estudo 47,5% de mulheres com sobrepeso e 26,7% com obesidade, analisando uma amostra de 547 mulheres com média de

idade de $55,0 \pm 14,0$ anos. Já Abrantes, Lamounier e Colosimo (2003) constataram 35,3% de sobrepeso e 18,6% de obesidade entre as mulheres residentes nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, na Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV) realizada pelo IBGE em 1996/97.

Em amostra composta por 575 mulheres de 60 a 94 anos, em estudo de coorte prospectivo, Cabrera et al. (2005), por meio dos pontos de corte propostos pela WHO, encontraram 4,7% das idosas com baixo peso, 39,5% com eutrofia, 33,2% com sobrepeso e 22,6% com obesidade. Por sua vez, no estudo citado por Buzzachera et al. (2008), que avaliou 1069 mulheres idosas, 43,5% apresentaram sobrepeso, seguido por 34,0% de obesidade e 22,5% de eutrofia. Valores superiores de obesidade foram constatados no estudo de Machado et al. (2006), que registraram 56,5% de obesidade entre as mulheres idosas. No nosso estudo, os resultados mostraram maior prevalência de sobrepeso e menor incidência de obesidade quando comparado a outros estudos.

Tinoco et al. (2006), utilizando os mesmos pontos de corte, constataram que 44,2% e 63,1% das idosas apresentavam sobrepeso e obesidade, respectivamente, valores muito superiores de obesidade se comparados aos do presente estudo. Campos et al. (2006) relataram 5,4%, 45,6%, 32,7% e 16,3% de prevalência de baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade, respectivamente, constatando quase o dobro de mulheres eutróficas quando comparado ao atual estudo.

No estudo de Amado, Arruda e Ferreira (2007), em amostra com 106

idosas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), foi evidenciado que 38,7% das idosas tinham sobrepeso e 47,2%, excesso de peso, observando-se que o percentual de excesso de peso encontrado, de acordo com Lipschitz, foi quase duas vezes maior do que quando se considerou a classificação de obesos pela WHO (26,4%). Quando comparado o presente estudo ao estudo citado, constata-se valores muito inferiores de obesidade, superiores de sobrepeso e similares ao excesso de peso. Em relação ao excesso de peso, Bassler e Lei (2008) verificaram uma prevalência de 60,5%, superior ao estudo atual. Com relação à classificação proposta por Lipschitz, Amado, Arruda e Ferreira (2007) evidenciaram 12,3% de magreza e 40,6% de eutrofia, ao passo que Bassler e Lei (2008) constataram 9% e 30,5%, respectivamente. Resultados semelhantes foram encontrados no presente estudo em relação à magreza e, quanto à eutrofia, foi semelhante aos achados de Amado, Arruda e Ferreira (2007).

Em estudo recente, que avaliou idosos cadastrados no Núcleo de Saúde da Família (NSF), Silva e Ribeiro (2009) registraram, de acordo com a classificação de IMC adotada pela WHO, 1,01% de baixo peso, 21,21% de eutrofia, 41,41% de sobrepeso e 36,36% de obesidade entre as idosas. E, de acordo com a classificação de Lipschitz, 8,08% de magreza, 28,28% de eutrofia e 63,64% de excesso de peso, constatando maior prevalência de obesidade e excesso de peso e valores similares de magreza em comparação ao presente estudo.

Em idosos verifica-se uma maior exposição a situações de perda de peso, o que representa um quadro arriscado, com risco de desnutrição. Desse modo, a classificação por Lipchitz é um bom preditor nesse sentido.

Em nosso estudo, observou-se que, no grupo dos cereais, o pão é o alimento mais consumido diariamente, corroborando com o estudo de Lopes et al. (2006), que observaram um consumo diário de 96,0% no grupo das mulheres a partir de cinquenta anos e 97,9% no grupo das mulheres acima de 65 anos. Por sua vez, os estudos realizados por Machado et al. (2006) e Tinoco et al. (2007) demonstraram que o arroz é o alimento energético mais consumido diariamente pelas idosas, em 92,3% e 78,8%, respectivamente.

Lopes et al. (2006) observaram que o consumo diário de leite em mulheres com idade entre 50 e 64 anos foi de 73,4% e de 78,5% no grupo de idosas com idade ≥ 65 anos, similar ao presente estudo e ratificando os resultados encontrados por Tinoco et al. (2007), em que o leite e derivados foram consumidos diariamente por 70,7% das idosas. Observou-se no nosso estudo um consumo diário de leite dentro do recomendado, enfatizando a importância da ingestão adequada de cálcio, especialmente entre as mulheres na faixa etária estudada.

O estudo de Marques et al. (2005), avaliando o consumo alimentar de mulheres idosas com sobrepeso, mostrou que no grupo dos cereais o arroz e o pão francês ocuparam as duas primeiras posições de consumo, com 68% e 60%, respectivamente. Quanto à frequência

mensal, o queijo amarelo foi referido por 11%. No presente estudo, os resultados encontrados entre as mulheres obesas diferem quando comparados quanto ao consumo de queijo amarelo. No que concerne à frequência diária, Marques et al. (2005) constataram que, no grupo dos alimentos reguladores, as frutas banana, laranja e mamão, apesar de serem as mais citadas, não apresentaram consumo superior a 40%, semelhante ao presente estudo, quando considerada a ingestão de banana e laranja entre as mulheres obesas.

No presente estudo, dentre as carnes, a carne bovina apresentou um consumo diário maior quando comparado aos valores encontrados por Lopes et al. (2006), em que 15,1% das mulheres a partir de 50 anos e 5,3% das idosas acima de 65 anos referiram consumir. No grupo das leguminosas, o feijão foi consumido em valores bem inferiores àqueles relatados nos estudos de Machado et al. (2006) e Tinoco et al. (2007), em que 76,9% e 88,6% das idosas, respectivamente, declararam ingerir feijão diariamente. O consumo insuficiente de leguminosas e a predominância da ingestão de carne vermelha em nosso estudo caracterizam os hábitos alimentares próprios da população da região sul do nosso país.

No estudo de Machado et al. (2006), as hortaliças eram consumidas diariamente por 46,0% das idosas e as frutas, por 61,0%, sendo a cenoura e o chuchu as hortaliças mais citadas e a banana e a laranja no grupo das frutas. No presente estudo, a banana foi a fruta mais consumida diariamente entre todas as mulheres, seguida pela laranja; dentre

as hortaliças, a alface foi a mais citada. Amado, Arruda e Ferreira (2007) constataram que o grupo das verduras esteve presente na alimentação de 61% das idosas e as frutas, em 66%, indo ao encontro dos achados de Tinoco et al. (2007), no qual, das 128 mulheres idosas avaliadas em relação ao padrão de consumo alimentar, no grupo dos reguladores, as frutas foram consumidas diariamente por 68,3%, e as hortaliças, por 60,9%. No estudo atual, as idosas apresentaram um consumo diário maior de verduras e legumes, quando comparado ao das mulheres com menos de sessenta anos de idade.

No presente estudo evidenciou-se que o preço dos alimentos e a mudança de hábitos foram as principais dificuldades relatadas para tentar se alimentar de forma mais saudável. Já Kearney e McElhone (1999), analisando indivíduos adultos, constataram que o tempo e o sabor dos alimentos foram os principais obstáculos para uma alimentação mais saudável. Conforme Toral e Slater (2007), a ampliação do conhecimento sobre os inúmeros determinantes do comportamento alimentar é uma importante ferramenta para transformar as informações científicas de nutrição em mudanças reais das práticas alimentares.

Conclusão

A avaliação do estado nutricional, do consumo e hábitos alimentares é importante para identificar as alterações que acompanham o envelhecimento e que se refletem no estado nutricional e no possível desenvolvimento de doenças.

Foi observada maior prevalência de obesidade nas mulheres entre 50 e 59 anos de idade, o que demonstra a necessidade de acompanhamento e intervenções nutricionais mais precoces. Quanto à avaliação nutricional das mulheres idosas, a classificação por Lipschitz detectou menos excesso de peso (sobrepeso mais obesidade) e mais eutrofia e magreza quando comparada à classificação proposta pela WHO. Esses dados reforçam a importância de uma normatização dos valores antropométricos para os idosos em nosso país.

A avaliação do consumo alimentar mostrou que as mulheres obesas consomem no grupo dos cereais, significativamente, menos biscoito sem recheio e tendem a consumir mais (valores limítrofes) embutidos e queijo amarelo e menos frutas. Entre as idosas, constataram-se um menor consumo de suco industrializado e um consumo maior de sobremesas, fato que pode estar refletindo a diminuição da percepção gustativa, comum no processo de envelhecimento. Observa-se a necessidade de mais estudos voltados a essa população para, desse modo, direcionar políticas públicas de saúde, programas preventivos e intervenções mais adequadas às suas especificidades.

No presente estudo não foi realizada nenhuma intervenção. Contudo, os resultados positivos apontam para uma tendência a modificações nos hábitos alimentares e a busca por uma alimentação mais saudável, com maior qualidade de vida.

Description of body mass index and the pattern of food consumption in members of a university for seniors in Rio Grande do Sul

Abstract

Currently, the longevity stood out as a significant factor in the Brazilian population, through a process of population aging in epidemiological and nutritional transition, increasing of non-transmissible chronic diseases and declining of infectious diseases. There is a growing tendency of overweight and obesity cases worldwide. The aim of this study was to describe the nutritional status by body mass index and food intake, through a food frequency questionnaire and dietary habits of women over 50 years old, participants in the meditation group at the University of Seniors. The research was characterized by a study of the transverse type. The participants were divided into two groups: women between 50 and 59 years old ($n = 27$), and women over 60 years ($n = 33$). In the first group, 29,6% were diagnosed with overweight and 44,4% with obesity, according to the WHO classification; while for the elderly (women from 60 years old and up), there was 66,7% of overweight and 42,4% of excess weight. On the assessment of food consumption, the results showed some aspects of intake inadequacy. The study found higher prevalence of obesity among women less than 60 years old and high proportion of overweight in elder women. These data reinforce the importance of programs for nutrition education to increase the life quality and health of this population.

Key words: Aging. Nutritional status. Food consumption.

Referências

- ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER J. A.; COLOSIMO, E. A. Prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 162-166, 2003.
- ACUÑA, K.; CRUZ, T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 345-361, jun. 2004.
- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, ago. 2007.
- AMADO, T. C. F.; ARRUDA, I. K. G.; FERREIRA, R. A. R. Aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI, Recife/2005. *ALAN*, v. 57, n. 4, 2007.
- BASSLER, T. C.; LEI, D. L. M. Diagnóstico e monitoramento da situação nutricional da população idosa em município da região metropolitana de Curitiba (PR). *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 21, n. 3, p. 311-321, maio/jun. 2008.
- BUZZACHERA, C. F. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade geral e central em mulheres idosas da cidade de Curitiba, Paraná. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 21, n. 5, p. 525-533, set./out. 2008.
- CABRERA, M. A. S. et al. Relação do índice de massa corporal, da relação cintura-quadril e da circunferência abdominal com a mortalidade em mulheres idosas: seguimento de 5 anos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 767-775, maio/jun. 2005.
- CAMPOS, M. T. F. S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELLAS, A. P. R. C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 13, n. 3, p. 157-165, set./dez. 2000.
- CAMPOS, M. A. G. et al. Estado nutricional e fatores associados em idosos. *Revista Associação de Medicina Brasileira*, Belo Horizonte, v. 42, n. 4, p. 214-21, 2006.
- CVETKOVIC, P. et al. Body Mass index and nutrition as determinants of health and disease in population of Croatian Adriatic Islands. *Croat. Med. J.* v. 47, s. n., p. 619-626, 2006.
- EL KIK, R. M. et al. Avaliação do índice de massa corporal da comunidade na IX Semana da Solidariedade da Pontifícia Universidade Católica de Rio Grande do Sul, *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 117-120, abr./jun. 2004.
- FISBERG, R. M. et al. *Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas*. Barueri: Manole, 2005.
- FISBERG, R. M. et al. Questionário de frequência alimentar para adultos com base em estudo populacional. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 550-554, 2008.
- GUEDES, M. H. M. *Idoso e arte: uma relação possível com a auto-imagem?* 2007. 127 f. Dissertação (Mestrado em Geriatria e Gerontologia) - Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2007.
- JOIA, C. L.; RUIZ, T.; DONALISIO, R. M. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, xx, v. 41, n. 1, p. 131-138, 2007.
- KEARNEY J. M.; MCELHONE, S. Perceived barriers in trying to eat healthier: results of a pan-EU consumer attitudinal survey. *British Journal of Nutrition*, v. 81, Suppl. 2, p. 133-137, 1999.
- LIMA, M. O. Terceira idade: viver com saúde. *Jornal Conversa Pessoal*, Brasília, a. VIII, n. 90, s. p., 2008. Disponível em: <www.senado.gov.br/sf/senado/portaldoservidor/jornal/Jornal90/nutricao_terceira_idade.aspx>. Acesso em: 15. jun. 2008.

- LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care*, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.
- LOPES, C. et al. *Consumo alimentar no Porto*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2006.
- MACHADO, J. S. et al. Perfil nutricional e funcional de idosos atendidos em um ambulatório de nutrição da policlínica José Paranhos Fontenelle na cidade do Rio de Janeiro. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 10, s. n., p. 57-73, 2006.
- MARQUES, A. P. et al. Consumo alimentar em mulheres idosas com sobrepeso. *Textos sobre Envelhecimento*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 169-186, 2005.
- MARQUES, A. P. C. et al. Envelhecimento, obesidade e consumo alimentar em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2007. Disponível em: <www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2009.
- PANIGASSI, G. et al. Insegurança alimentar intrafamiliar e perfil de consumo de alimentos. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 21, suplem., p. 135-144, jul./ago. 2008.
- POPKIN, B. M. The nutrition transition and obesity in the developing world. *J. Nutr.*, v. 131, n. 3, p. 871-873, 2001.
- ROSA, M. I. et al. Prevalência e fatores associados à obesidade em mulheres usuárias de serviços de pronto-atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. *Revista de Ciência & Saúde Coletiva*, [periódico na internet] 2008 jan.; [cerca de 15 p.].
- SILVA SANTOS, L. A. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 18, n. 5, p. 681-692, set./out. 2005.
- SILVA, A. L. C.; RIBEIRO, L. C. *Perfil nutricional de idosos cadastrados no Programa Saúde da Família de Ribeirão Preto: uso do IMC como indicador do estado nutricional*. Relatório final para o Programa Ensinar com Pesquisa. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2009.
- TINOCO, A. L. A. et al. Sobrepeso e obesidade medidos pelo índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura (CC) e relação cintura/quadril (RCQ), de idosos de um município da Zona da Mata Mineira. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2006. Disponível em: <www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232006000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2009.
- TINOCO, A. L. A., et al. Caracterização do padrão alimentar, da ingestão de energia e nutrientes da dieta de idosos de um município da Zona da Mata Mineira. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2007. Disponível em: <www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2009.
- TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1641-1650, 2007.
- VINHOLES, D. B.; ASSUNÇÃO, M. C. F.; NEUTZLING, M. B. Frequência de hábitos saudáveis de alimentação medidos a partir dos 10 passos da alimentação saudável do Ministério da Saúde. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 791-799, abr. 2009.
- WHO. World Health Organization. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Genebra: World Health Organization, 1995.