
PREVALÊNCIA DA ADEQUAÇÃO À ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DE IDOSOS RESIDENTES EM ZONA RURAL

Sara Franco Diniz Heitor¹, Leiner Resende Rodrigues², Darlene Mara dos Santos Tavares³

¹ Mestre em Atenção à Saúde. Nutricionista. Professora substituta do Departamento de Nutrição da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Minas Gerais, Brasil. E-mail: saraheitornutri@hotmail.com

² Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto 2 do Curso de Graduação em Enfermagem da UFTM. Minas Gerais, Brasil. E-mail: leinerr@bol.com.br

³ Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem da UFTM. Minas Gerais, Brasil. E-mail: darlenetavares@enfermagem.uftm.edu.br

RESUMO: Preferências alimentares desempenham papel relevante ao longo da vida. Se pautadas em escolhas inadequadas, podem desencadear doenças. Este estudo objetivou determinar a prevalência da adequação ao Guia "10 passos para uma alimentação saudável para a pessoa idosa", além de caracterizar o perfil sociodemográfico, econômico e antropométrico de 850 idosos da zona rural de Uberaba-MG. Inquérito domiciliar, transversal e observacional. A prevalência dos passos foi coletada com questionário de frequência e consumo alimentar. A análise dos dados consistiu de distribuição de frequência simples. A maioria era do sexo masculino, até 70 anos, casada, morava com o cônjuge, baixa escolaridade, renda de um salário mínimo e eutróficos. Nenhum idoso seguia todos os passos. O passo 8, ingestão de sal, mostrou o maior seguimento. O passo 5, consumo de carnes magras e leite, apresentou o menor. Conhecer a população e seus hábitos é importante na implementação de estratégias que melhorem a qualidade de vida.

DESCRIPTORIOS: Idoso. Avaliação nutricional. Hábitos alimentares. População rural. Envelhecimento.

PREVALENCE OF COMPLIANCE WITH HEALTHY EATING IN OLDER ADULTS FROM THE RURAL ZONE

ABSTRACT: Eating preferences play a relevant role throughout life, and they may influence disease based on inappropriate choices. This study aimed at determining the prevalence of compliance with the guide 10 Steps to Healthy Eating in Older Adults, in addition to characterizing the sociodemographic, economic and anthropometric profile of 850 older adults from the rural zone of Uberaba-MG. The study consists of a home survey with cross-sectional and observational components. The prevalence of following the steps was determined through a questionnaire of eating frequencies. Data analysis consisted of the distribution of simple frequencies. Most participants were men, up to 70 years of age, married and living with their spouse, with a low level of education, an income of one minimum wage and well-nourished. None of the subjects followed all ten steps outlined in the guide. Step 8, which refers to the ingestion of salt, showed the greatest compliance. On the other hand, step 5, referring to the ingestion of lean meat and milk, presented the lowest compliance. Knowing the population and their habits is important for the implementation of strategies to improve quality of life.

DESCRIPTORS: Elderly. Nutrition assessment. Food habits. Rural population. Aging.

PREVALENCIA DE LA ADECUACIÓN A LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE DE ANCIANOS RESIDENTES EN ZONA RURAL

RESUMEN: Las preferencias alimentarias desempeñan un papel importante a lo largo de la vida y en caso sean basadas en elecciones inadecuadas pueden desencadenar enfermedades. Este estudio ha objetivado determinar la prevalencia de la adecuación a la Guía "10 pasos para una alimentación saludable para la persona anciana", además de caracterizar el perfil sociodemográfico económico y antropométrico de 850 ancianos de una zona rural de Uberaba-MG. Inquérito domiciliar, transversal y observacional. La prevalencia de los pasos ha sido colectada con cuestionario de frecuencia y consumo alimentario. El análisis de datos consistió en la distribución de frecuencia simple. La mayoría era del sexo masculino, hasta 70 años, casada, vivía con el cónyuge, baja escolaridad, renta de un sueldo mínimo y eutróficos. Ningún anciano seguía todos los pasos. El paso 8, ingestión de sal, se mostró como el más seguido, por el contrario, el paso 5, consumo de carnes magras y leche, presentó la menor adhesión. Conocer la población y sus hábitos es importante en la implementación de estrategias que mejoren la calidad de vida.

DESCRIPTORIOS: Anciano. Evaluación nutricional. Hábitos alimentarios. Población rural. Envejecimiento.

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é um fenômeno observado em todos os continentes, e está ocorrendo em nível sem precedentes.¹ Paralelamente, a prevalência de Doenças Crônicas Degenerativas (DCDs) aumenta. Estas acometem cerca de 9,3% de indivíduos entre zero e 14 anos, ao passo que em idosos chega a 75,5%.² Sobretudo, quando esta população geriátrica reside na zona rural, várias barreiras, entre elas, as grandes distâncias a serem percorridas em busca dos serviços de saúde, dificuldade de transporte, baixa renda e nível reduzido de escolaridade podem agravar as morbidades. Estes fatores podem contribuir à maior vulnerabilidade dos idosos nestas áreas.³

Entre as principais causas destas doenças estão os hábitos alimentares inadequados. A história alimentar de cada um tem estreita relação com seu perfil saúde-doença.⁴ Portanto, a alimentação, parte integrante das práticas de saúde institucionais e individuais, desempenha papel relevante ao longo da vida.

Destaca-se que na zona rural há grande concentração de famílias de baixa renda.³ Assim, estes indivíduos buscam o consumo de alimentos refinados, de menor custo e fácil preparo, com elevada ingestão de calorias provenientes de carboidratos de alto índice glicêmico e de gorduras, principalmente as de origem animal em detrimento de outros alimentos de baixa densidade energética como as frutas e verduras. Estes constituem alguns dos fatores mais importantes para explicar o aumento das DCDs de grande morbimortalidade.⁵ Tais doenças, inversamente, afetam o estado nutricional, seja pela necessidade de alguma restrição dietética, pela absorção e excreção alterada de nutrientes, ou pela interação droga-nutrientes, já que existe a necessidade de medicação.⁴

Desta forma, com o ritmo constante de envelhecimento da população, é fundamental planejar e desenvolver ações de saúde que possam contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos idosos. Entre elas, medidas relacionadas a uma alimentação saudável, que promovam mais prazer, conforto e segurança.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) elaborou os 10 Passos para uma alimentação saudável para pessoas idosas.⁶ Essa ação consta da política que objetiva garantir atenção integral à saúde da população geriátrica.⁷

Desta forma, o presente estudo tem o objetivo de determinar, na zona rural de Uberaba-MG,

a prevalência da adequação ao Guia alimentar 10 passos para uma alimentação saudável para a pessoa idosa, além de caracterizar os idosos com relação às variáveis sociodemográficas, econômicas e antropométricas.

MÉTODOS

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior, tipo inquérito domiciliar, transversal e observacional, que foi desenvolvido na zona rural do município de Uberaba-MG, no período de junho de 2010 a março de 2011. O espaço rural deste município está dividido em três Distritos Sanitários. Apresenta cobertura de 100% das áreas de abrangências, realizadas por quatro equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). Para compor a população desta zona rural, obteve-se em junho de 2010, o número de idosos cadastrados nas ESF, totalizando 1.297 idosos.

Os critérios de inclusão no presente estudo foram: ter 60 anos ou mais de idade, morar na zona rural do município de Uberaba-MG e não apresentar declínio cognitivo. Atenderam aos critérios estabelecidos 850 idosos. Foram excluídos 447 idosos por: mudança de endereço (117), apresentar declínio cognitivo (105), recusa (75), não foram encontrados após três visitas (57), morreram (11), hospitalização (3) e outros motivos (79).

Os dados foram coletados na residência do idoso, por entrevistadores treinados. Para a localização da residência, contou-se com a colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Obteve-se a autorização da Secretaria Municipal de Saúde para esta atividade.

Realizou-se a avaliação cognitiva do idoso, antes da entrevista para verificar suas condições de responder ao questionário. Aplicou-se a versão do Mini Exame de Estado Mental (MEEM), traduzido e validado no Brasil. O escore do MEEM varia de 0 a 30 pontos, tendo como pontos de corte, ≤ 13 para idosos sem escolaridade, ≤ 18 pontos para 01 a 11 anos de estudo e ≤ 26 para aqueles com escolaridade superior a 11 anos.⁸

Foi utilizado instrumento estruturado baseado no questionário *Olders Americans Resources and Services* (OARS), elaborado pela *Duke University* (1978), e adaptado à realidade brasileira,⁹ para a caracterização dos dados sociodemográficos e econômicos. As variáveis socioeconômicas e demográficas foram: sexo (masculino e feminino); faixa etária em anos (60 | 70, 70 | 80 e 80 anos ou mais); estado conjugal (casado, separado, viúvo ou

solteiro); arranjo de moradia (só, com o cônjuge, com outros de sua geração, com filhos, com netos, outros arranjos); escolaridade em anos de estudo (sem, 1-4, 4-8, oito, nove e mais anos); e renda individual em salários mínimos (sem renda, < 1, 1-3, 3-5, > 5).

Os dados antropométricos foram aferidos em todos os idosos, com roupas leves e sem sapatos. O peso (kg) foi medido em balança antropométrica digital portátil tipo plataforma, marca Bal. A estatura (m) foi aferida por meio de fita métrica flexível e inelástica, fixada na parede em um local plano e regular, sem rodapé, com o idoso descalço, colocado em posição ortostática com os pés unidos, de costas para o marcador, com o olhar no horizonte. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado em kg/m^2 . A classificação do estado nutricional foi realizada por meio do IMC, utilizando-se os pontos de corte para idosos propostos pela *Nutrition Screening Initiative*:¹⁰ baixo peso ($\text{IMC} \leq 22 \text{ kg}/\text{m}^2$), eutrofia (IMC entre 22 e $27 \text{ kg}/\text{m}^2$) e sobrepeso ($\text{IMC} \geq 27 \text{ kg}/\text{m}^2$).

A alimentação foi avaliada por meio do questionário adaptado de frequência de consumo alimentar (QFCA), construído pela equipe técnica da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) da Secretaria de Atenção à Saúde do MS.¹¹ Este instrumento foi previamente testado com um grupo da população adulta brasileira, mas aplicável aos idosos, visto que as recomendações alimentares são iguais para a população acima de dois anos de acordo com o Guia Alimentar da População Brasileira.¹²

As quantidades de alimento foram relatadas pelo idoso na sua forma usual de consumo (unidades, pedaços, fatias, colheres e copo). A conversão foi feita para o número de porções segundo a Pirâmide Alimentar Brasileira Adaptada.¹³ Após aplicação do questionário, avaliou-se o hábito alimentar dos idosos utilizando-se como referência o Guia Alimentar 10 passos para alimentação saudável para pessoas idosas propostos pelo MS brasileiro. Os nove primeiros passos estão relacionados especificamente ao consumo alimentar, e o décimo, ao comportamento em direção a uma vida mais saudável,⁶ conforme descrito a seguir:

1. Faça pelos menos três refeições e dois lanches por dia, não pule as refeições; 2. Inclua diariamente seis porções de cereais (arroz, milho, trigo, tubérculos - batata, raízes, mandioca, aipim - e massas) nas refeições, dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma natural; 3. Coma pelo menos três porções de legumes e ver-

dures e três porções ou mais de frutas; 4. Coma feijão com arroz todos os dias ou pelo menos cinco vezes por semana; 5. Consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes (boi, aves, peixes ou ovos) e retire a gordura aparente das carnes e pele das aves na preparação dos alimentos; 6. Consuma no máximo uma porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina; 7. Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e guloseimas. Coma-os no máximo duas vezes por semana; 8. Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa; 9. Beba pelo menos dois litros de água por dia (seis a oito copos) e prefira o seu consumo nos intervalos das refeições; 10. Torne sua vida mais saudável, pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

Os dados sobre os nove primeiros passos relativos à alimentação, o consumo de bebida alcoólica e a prática de atividade física, categorias estas que fazem parte do 10º passo, foram coletados através do QFCA adaptado pela CGPAN. A categoria sobre o ato de fumar, que também faz parte do passo 10, foi aferida através da pergunta: "o Sr (a) é fumante?"

O passo 1 foi atendido por idosos que relataram o hábito de realizar café da manhã, almoço, jantar e pelo menos dois lanches, totalizando cinco refeições ao dia. Idosos que referiram ingerir, nas refeições, de cinco a nove porções de cereais (arroz, milho, trigo, tubérculos - batata, raízes, mandioca, aipim - e massas) foram classificados como estando adequados ao passo 2. Indivíduos que declararam consumir pelo menos três porções de legumes, verduras e três porções ou mais de frutas por dia, acederam ao passo 3. O consumo diário de feijão, na quantidade de pelo menos uma porção ao dia, caracterizou a adequação ao passo 4. A aquiescência ao passo 5 se deu quando o idoso relatou o consumo diário de pelo menos três porções de leite e/ou derivados, e de uma a duas porções de carnes (boi, aves, peixes ou ovos). A retirada da gordura aparente das carnes e pele das aves no preparo dos alimentos também foi verificada e fez parte da adequação ao passo 5. O passo 6, que indica o consumo máximo de um porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina, não foi aferido devido às dificuldades operacionais de se medir a dose de óleo ou banha utilizadas na hora de cozinhar. O consumo de alimentos ricos em açúcar, como refrigerantes, sucos industrializados, bolos,

biscoitos recheados e outros, duas vezes ou menos por semana, caracterizou a adequação ao passo 7. O passo 8 foi atendido quando a resposta era negativa à pergunta sobre adição de sal aos alimentos já preparados. O consumo diário de pelo menos seis copos de água por dia constituiu anuência ao passo 9. A adequação ao passo 10 foi considerada positiva quando o idoso relatou praticar todos os dias pelo menos 30 minutos de atividade física, além de não fumar e não ingerir bebidas alcoólicas diariamente. Baseado nesses valores categorizou-se a ingestão dietética em adequada ou não.

Construiu-se um banco de dados eletrônico, no programa *Excel*[®]. Os dados das entrevistas, após a revisão e a codificação, foram processados em microcomputador, por duas pessoas, em dupla entrada. Ao término da digitação procedeu-se a consistência entre os dois bancos de dados. Quando houve dados inconsistentes, verificou-se na

entrevista original e realizou-se a correção. Procedeu-se análise estatística por meio de distribuição de frequências absolutas e percentuais e taxa de prevalência.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, protocolo n. 1477. Os objetivos da pesquisa e as informações pertinentes foram apresentados aos idosos. Somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ou da anuência por meio da coleta da impressão digital dos analfabetos, foi conduzida a entrevista.

RESULTADOS

A tabela 1 descreve as características da população, de acordo com as variáveis sociodemográficas, econômicas e antropométricas.

Tabela 1 - Frequências das variáveis sociodemográficas, econômicas e antropométricas dos idosos residentes na zona rural. Uberaba-MG, 2012 (n=850)

Variáveis	n	%	
Sexo	Masculino	449	52,8
	Feminino	401	47,2
Faixa etária (em anos)	60 70	515	60,6
	70 80	261	30,7
	80 e mais	74	8,7
Estado conjugal	Casado/mora companheiro	572	67,3
	Separado/desquitado/divorciado	56	6,6
	Viúvo	161	18,9
	Solteiro	61	7,2
Arranjo de moradia	Só	136	16
	Cônjuge	401	47,2
	Outros de sua geração	79	9,3
	Filhos	176	20,7
	Netos	36	4,2
Escolaridade (em anos)	Outros arranjos	22	2,6
	Sem escolaridade	209	24,6
	1 4	256	30,1
	4 8	312	36,7
	8	29	3,4
	9 e mais	44	5,2
Renda individual (salários mínimos)	Sem renda	86	10,1
	< 1	31	3,7
	1	410	48,2
	1 3	259	30,5
	3 5	46	5,4
	> 5	18	2,1
IMC (Kg/m²)*	Baixo peso (≤ 22)	219	25,8
	Eutrófico (>22 e <27)	330	38,8
	Sobrepeso (≥ 27)	292	34,4

* Não se calculou o IMC em 1,1% dos idosos, por estarem acamados.

A prevalência da adequação aos 10 passos para uma alimentação saudável para pessoas idosas e sua subdivisão nas categorias que os compõem, são apresentados na tabela 2. O passo que apresentou maior adequação foi o 8, sendo que, aproximadamente 95% dos idosos informaram não adicionar mais sal aos alimentos depois de prontos. O consumo de leite e carnes magras foi o passo de menor seguimento (6,5%). Quando se subdividiram

os passos que tinham mais de uma categoria e estas foram analisadas, separadamente, as com menor adequação mostraram-se igualitárias (21,3%) no baixo consumo de frutas e de leite e derivados. Por outro lado, a categoria com maior anuência faz parte do passo 10, que diz respeito a não fumar. Evidencia-se que o consumo de feijão pelo menos cinco vezes na semana (passo 4) foi adequado por significativa parcela populacional (80,1%).

Tabela 2 - Prevalência dos 10 Passos para uma alimentação saudável para pessoas idosas e sua subdivisão nas categorias que os compõem, na população geriátrica da zona rural. Uberaba-MG, 2012

Variáveis 10 passos e suas categorias	Adequado			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
1. Número de refeições: pelo menos três refeições e dois lanches por dia	270	31,8	580	68,2
2. Consumo de cereais (arroz, milho, pães e massas, tubérculos, raízes): cinco a nove porções	375	44,1	475	55,9
3. Consumo de legumes/verduras e frutas: três porções de cada	121	14,2	729	85,8
Legumes e verduras	461	54,2	389	45,8
Frutas	181	21,3	669	78,7
4. Consumo de feijão: duas colheres/sopa por dia ou mais	681	80,1	169	19,9
5. Consumo de leite e carnes magras	55	6,5	795	93,5
Leite e derivados: três porções	181	21,3	669	78,7
Carnes (boi, aves, peixes) ou ovos: uma a duas porções	557	65,5	293	34,5
Retirar a gordura da carne e pele das aves*	399	46,9	412	48,5
7. Consumo de doces: máximo duas vezes/semana	493	58	357	42
8. Quantidade de sal: retire saleiro da mesa†	806	94,8	43	5,1
9. Consumo de água: seis a oito copos/dia‡	489	57,5	357	42,0
10. Atividade física regular, não fumar e não ingerir bebida alcoólica§	184	21,6	660	77,6
Atividade física: 30 min/dia	358	42,1	491	57,8
Evitar bebida alcoólica	584	68,7	266	31,3
Evitar fumo¶	687	80,8	158	18,6

Nota: o passo 6 não foi aferido, conforme descrito na metodologia. *4,6% dos idosos não consomem carne, portanto não responderam a esta questão; †0,1% dos idosos não souberam responder; ‡0,5% dos idosos não souberam responder; §0,7% dos idosos não souberam responder; ||0,1% dos idosos não souberam responder; ¶0,6% dos idosos não souberam responder.

DISCUSSÃO

Ao se considerar o perfil sociodemográfico, econômico e antropométrico, acredita-se que a concentração masculina no meio rural, contrária a outro estudo com idosos no campo, em que o sexo feminino prevaleceu¹⁴ se deva ao fato dos homens, apesar de idosos, ainda atuarem como trabalhadores rurais, mesmo após a aposentadoria.¹⁵ Além disso, as mulheres mudam para as cidades em busca de atividades mais leves ou da proximidade dos filhos e/ou netos, moradores de áreas urbanas.³

Quanto à faixa etária, observou-se o predomínio de idosos mais jovens, corroborando com estudo na zona rural do Rio Grande do Sul (RS).¹⁴

Os idosos mais velhos migram para o ambiente urbano em busca da companhia dos filhos e/ou parentes, procurando por melhores condições de vida, infra-estrutura de serviços públicos na cidade e acesso aos serviços de saúde.¹⁵

Acerca do estado conjugal, a maioria é casada, resultado condizente com investigação conduzida numa comunidade geriátrica rural do RS.¹⁴ Ter um companheiro (a) é saudável, já que fatores psicossociais, como a perda do cônjuge e isolamento social, podem levar a alterações qualitativas e quantitativas da ingestão alimentar, pela perda do apetite, recusa do alimento ou falta de motivação em prepará-lo,¹⁶ reduzindo-se assim o consumo de energia e conseqüentemente de nutrientes. Neste sentido, a fim de incentivar o consumo alimentar,

todos os meios possíveis de melhorar o apetite do idoso devem ser considerados.

Concernente ao arranjo de moradia destaca-se valor superior aos dados do Brasil urbano e rural,¹⁷ quando se avalia residir apenas com o cônjuge. Não morar sozinho e sentar-se à mesa em companhia de outras pessoas, promovem integração social e influencia positivamente na aceitação dos alimentos.¹⁶

No quesito escolaridade, outro levantamento encontrou resultado semelhante,¹⁷ com predomínio de 4-8 anos de estudo. Já no RS, a maior parte dos idosos moradores no campo respondeu ter estudado até três anos.¹⁴ Baseado nos dados de baixa escolaridade no meio rural tem-se a premissa de que os pais destes idosos não valorizavam a escola como principal centro das vidas dos seus filhos. Os homens eram criados para o trabalho no campo,¹⁴ ao passo que as mulheres para o trabalho doméstico.¹⁸ Considerar a escolaridade desta população poderá contribuir no direcionamento de estratégias a serem utilizadas no momento da abordagem quando na educação nutricional.

Referente à renda mensal individual, este trabalho condiz com outra pesquisa na população geriátrica da zona rural.³ No campo, aposentar-se significa um impacto positivo, um rendimento a mais. Estudo conduzido em Minas Gerais (MG) verificou que a aposentadoria rural era importante para melhores condições de vida e independência do idoso.¹⁹ Estes dados remetem à necessidade de atenção uma vez que, renda reduzida pode limitar o acesso dos indivíduos aos cuidados alimentares e sociais, comprometendo de forma expressiva a qualidade de vida das pessoas.¹⁸

Apesar de o eutrofismo ter sido o resultado de maior frequência entre os idosos da zona rural, o sobrepeso foi marcante, em concordância com pesquisa realizada na população brasileira, incluindo idosos, em que se observou que, no tempo de duas décadas, o excesso de peso duplicou no meio da população geriátrica rural na região mais desenvolvida do Brasil (Sudeste), e triplicou no meio dos idosos da zona rural empobrecida (Nordeste brasileiro). Paralelamente a isso, o baixo peso e a eutrofia tiveram sua prevalência diminuída, mas ainda significativa,²⁰ demonstrando a transição nutricional que vem ocorrendo no país.

Frente ao exposto, observa-se que no Brasil há prevalência de excesso e de baixo peso, sobretudo nas áreas menos desenvolvidas, tanto rurais quanto urbanas.²⁰ Considerando os efeitos adversos que este perfil antropométrico pode causar

na saúde da população idosa, faz-se necessário que atividades sejam desenvolvidas promovendo melhora da qualidade de vida destes indivíduos.

Em relação à adequação à alimentação saudável, a ingestão de pelo menos três refeições diárias e dois lanches (passo 1) foi superior ao estudo com adultos da zona rural do Espírito Santo (31,8% vs 6%),²¹ e inferior à pesquisa conduzida com idosos na Suécia.²² Esta demonstrou que fracionar as refeições é inversamente proporcional à resistência à insulina (RI) e à síndrome metabólica (SM), independente dos fatores de risco tradicionais e da composição da dieta.²² A SM é multifatorial e influenciada por fatores genéticos e ambientais, os quais estão relacionados, entre outros, à frequência das refeições. O perfil lipídico melhora com o aumento do número de refeições, enquanto a circunferência abdominal, o IMC e os triglicérides diminuem.²²

Concernente ao passo 2, em que menos da metade dos idosos o seguem, ressalta-se que carboidratos complexos (amido) na forma de tubérculos como batatas, raízes como mandioca, e grãos como arroz, milho, trigo dos pães e das massas são a principal fonte de energia e o principal componente da maioria das refeições.¹² O consumo insuficiente deste grupo poderá induzir ao baixo peso ou estimular uma dieta com maior quantidade de gordura, predispondo, portanto, os indivíduos às doenças metabólicas.²³ Por outro lado, o consumo excessivo pode gerar acúmulo de gordura na região abdominal, sendo potencialmente aterogênica, por estimular a glicogênese e reduzir a captação muscular de glicose, resultando em hiperglicemia, hiperinsulinemia e hiperlipidemia,²⁴ comprometendo a qualidade de vida e predispondo as DCDs.

No que tange ao passo 3 (consumo de três porções de legumes/verduras, e três porções de frutas por dia), os resultados do presente estudo foram considerados significativamente baixos, considerando as evidências científicas de proteção contra diversas DCDs, conferidas por este grupo alimentar.²⁵ Acredita-se que os entrevistados tenham fácil acesso a estes alimentos. Durante a coleta de dados, observou-se que várias propriedades rurais cultivavam hortas e pomares/quintais, com diversas qualidades de frutas e verduras. A explicação da ingestão não ser diária pode vir por alguns fatores, entre eles: o período de safra e entressafra característico deste grupo alimentar, como também o provável cultivo destes alimentos destinarem-se mais à comercialização e pouco ao consumo.²¹

Este passo possui duas categorias com análises agrupadas. Quando foram separadas, o consumo de legumes e verduras aumentou para pouco mais da metade e o de frutas para menos de um quarto da população, corroborando pesquisa com adultos na zona rural do ES.²¹ De acordo com a *World Health Organization (WHO)*,²⁶ o consumo insuficiente de frutas, legumes e verduras (< 400g/dia) é responsável anualmente por 31% das doenças isquêmicas do coração, 11% das doenças cerebrovasculares, 19% dos cânceres gastrointestinais e 2,7 milhões de mortes ocorridos em todo o mundo. Considerando, portanto, que os benefícios do consumo deste grupo alimentar para a saúde são irrefutáveis, os profissionais da área devem orientar a população geriátrica sobre a importância da quantidade e da variedade na ingestão de frutas, legumes e verduras, e incentivar formas diferentes de preparo que enalteçam o sabor. Valorizar os alimentos regionais e da estação é uma maneira de incentivar o consumo. Combinar verduras e legumes, de modo a deixar o prato colorido, garantirá nutrientes diversos.

Em relação ao consumo de feijão (passo 4), observou-se adequação por significativa parcela dos idosos, resultado superior ao encontrado no RS.²⁷ Não foi confirmado no presente estudo que o costume brasileiro de comer feijão decresceu.¹²⁻¹³ Esta leguminosa contém carboidratos complexos e é rica em vitaminas, minerais, compostos bioativos e fibras, apresentando menor índice glicêmico. Quando consumida com arroz, se torna uma fonte completa de proteínas, assim, sua ingestão deve ser estimulada.¹² Acredita-se que no meio rural, a população mantenha arraigado o tradicional hábito alimentar brasileiro, a típica combinação de feijão com arroz.

Com respeito ao passo 5, que envolve a ingestão de leite e/ou derivados e de carne magra, observou-se que a adequação foi significativamente baixa (6,5%). Este resultado possui três categorias analisadas em conjunto. Quando a análise foi feita separadamente, evidenciou-se que a classe de leite e/ou derivados (três porções/dia) era a de menor seguimento. Já a categoria das carnes ou ovos (uma ou duas porções/dia) tinha 65,5% de adequação, e quase a metade dos idosos retiravam a gordura da carne e a pele das aves no momento do preparo. Destaca-se que o cálcio, presente no leite, é o nutriente mais comumente associado à formação, ao metabolismo, e à remodelação óssea. Sua ingestão inadequada pode levar a perda da densidade óssea, que nos idosos, predispõe ao maior risco de fraturas.²⁸

Quando se analisa o consumo de carne magra ou ovo, salienta-se que estes alimentos contêm proteínas de alto valor biológico, ácidos graxos saturados, vitaminas do complexo B (em especial B₆ e B₁₂), ferro de alta biodisponibilidade, selênio e potássio¹³ e que sua deficiência representa fator crucial na inibição do sistema imunológico.¹² Estudo em Santa Catarina (SC) demonstrou que o consumo diário de carne, peixe ou ovo foi inversamente proporcional ao risco de desnutrição em idosos.²⁹ Já quando se observou a terceira classe do passo 5, retirar a gordura da carne e a pele das aves, quase a metade dos idosos não o seguiam, valor este superior ao encontrado no estudo Vigitel entre adulto-idosos.²⁵ Segundo a WHO,²⁶ as dislipidemias, as doenças isquêmicas do coração e as cerebrovasculares são causadas majoritariamente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal.

O passo 6, referente ao consumo máximo de uma porção por dia, de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina não foi computado neste estudo, conforme descrito na metodologia.

A ingestão de alimentos açucarados, menos que duas vezes na semana (passo 7) foi considerada inadequada por quase metade dos idosos, em concordância com os resultados da pesquisa no RS.²⁷ Dieta rica em carboidratos de alto índice glicêmico, como os doces em geral, refrigerantes e outros, atingem a corrente sanguínea com rapidez, aumentam a concentração de glicose no sangue, podendo predispor, em longo prazo à hiperglicemia ou *Diabetes Mellitus*. Além disso, por meio do estímulo à maior produção da lipoproteína de muito baixa densidade (VLDL), aumenta-se o risco de doenças cardiovasculares.³⁰ A ingestão deste grupo alimentar deve ser reduzido em pelo menos um terço na média de consumo da população.¹²

Destaca-se que o passo com maior adequação, não adicionar sal aos alimentos já prontos, foi o 8, condizente em pesquisa com adulto-idosos.²⁷ Não usar sal de adição (sódio) reduz a pressão arterial e está associado com menor incidência de acidente vascular cerebral e doenças cardíacas.³¹ A alta adequação ao passo 8 pode ser em razão dos idosos se preocuparem principalmente e, talvez, somente com a ingestão de sal, no que concerne à prevenção e tratamento da hipertensão arterial. Sugere-se que este resultado seja efeito das orientações recebidas pelos profissionais de saúde nas Unidades Básicas de Saúde.

Acerca da ingestão de água (passo 9), seguido por pouco mais da metade dos idosos,

salienta-se que o seu consumo é indispensável ao perfeito funcionamento do organismo. Recomendam-se de seis a oito copos/dia (equivalente a um litro e meio a dois litros), de preferência entre as refeições. Devem-se evitar usar, como fluidos, cafés, chá mate ou bebida alcoólica, pelos efeitos diuréticos destes produtos.¹² Uma boa hidratação mantém o volume vascular, regula a temperatura e remove os resíduos do corpo.³¹ Ainda por cima, melhora o peso e a maciez das fezes, aumenta o número de reflexos gastrocólicos e contribui para a lubrificação do intestino.¹² A necessidade de líquidos em idosos saudáveis é influenciada pelo nível de atividade física, temperatura ambiente e o uso de medicamentos. Afora isso, os mecanismos homeostáticos, como a perda da sensação de sede, estão comprometidos especialmente em idosos mais velhos, podendo resultar em desidratação.³¹

Ressalta-se que o passo 10 analisou três categorias em conjunto. Entre elas, evitar a bebida alcoólica e o fumo obteve melhor seguimento pelos idosos. Entretanto, a ausência de atividade física foi a categoria que mais influenciou a não adequação ao passo.

Nos Estados Unidos, um terço dos idosos relata consumo regular de bebida alcoólica,³¹ resultado semelhante a este estudo. Na presença do álcool, as vitaminas do complexo B e ácido ascórbico (vitamina C) se exaurem do corpo. Concomitantemente, a alimentação fica deficiente nesses indivíduos dependentes, afetando de forma negativa seu estado nutricional. Tal efeito, se associado a uma alimentação inadequada, pode levar o indivíduo à desnutrição.¹² Em idosos mais velhos, o álcool pode afetar as funções mental, neurológica e emocional, induzindo ao esquecimento, ampliando o risco de demência e depressão. O consumo, mesmo dentro dos limites aceitáveis foi associado às dificuldades instrumentais da vida diária.³¹

Referente à categoria fumar, pesquisa realizada com idosos mais velhos na zona rural do RS também encontrou poucos fumantes.³ O tabagismo é o maior fator de risco isolado de enfermidades graves e letais, como a doença pulmonar obstrutiva crônica, acidente vascular cerebral e neoplasias. Mais de 12% de todas as causas de morte no mundo advém do câncer, com aproximadamente 10 milhões de casos novos e sete milhões de mortes por ano. Segundo estimativas da WHO, cerca de 40% dos cânceres poderiam ser evitados por meio de medidas preventivas como ausência de tabaco, atividade física regular e dieta saudável.³² Além disso, fumar, entre outros fatores, diminui a

percepção olfativa do idoso. Essa diminuição pode contribuir para a ingestão inadequada de alimentos, induzindo à má nutrição e à perda de peso.³³

No presente estudo, apesar do sedentarismo ser mais frequente, foi encontrado maior percentual de idosos que praticam pelo menos 30 minutos de atividade física por dia em comparação com pesquisa no meio urbano do RS (42,1% vs 1,1%).²⁷ Destaca-se que na zona rural os idosos são mais ativos em razão do próprio trabalho. É comum que estejam inseridos em alguma atividade agropecuária como ordenha manual no rebanho, cultivo de hortas e pomares, cuidado com os animais de criação e de estimação. As mulheres do campo comumente atuam nas lavouras, além de cuidarem do ambiente doméstico¹⁵, sendo um aspecto favorável à qualidade de vida desta população.

No que concerne à atividade física, ela é fundamental para se envelhecer bem. Idosos com 65 anos ou mais têm benefícios substanciais para a saúde se tiverem alguma aptidão física. Quando praticada com regularidade, é um dos principais componentes na prevenção ou no adiamento das DCD e da osteoporose. Logo, ser ativo produz efeitos favoráveis que reduzem os riscos de eventos coronarianos e morte.³¹

CONCLUSÃO

A pesquisa alcançou seus objetivos, contribuindo para a caracterização e conhecimento dos hábitos alimentares dos idosos que vivem em zona rural no Brasil, já que são poucos os estudos realizados nesse meio. Com relação à adequação ao Guia alimentar 10 passos para uma alimentação saudável para pessoas idosas, o passo que obteve maior anuência foi o 8 e o de menor seguimento o 5. Os passos 1, 2, 3 e 10 estavam inadequados em grande parte da população geriátrica. Os passos 7 e 9 eram seguidos por pouco mais da metade dos idosos, enquanto o passo 4 obteve adequação significativa.

Com estes dados, afirma-se que a participação do nutricionista na atenção primária auxiliará no planejamento de ações conjuntas e fundamentadas na integração interdisciplinar. Como a alimentação se dá em função da ingestão de alimentos e não de nutrientes, uma dieta saudável deve ser embasada em condutas alimentares que tenham significado cultural e social. Os alimentos têm aroma, forma, textura, gosto, cor, e todos esses componentes devem ser levados em consideração ao abordar a alimentação. Assim, as ESFs poderão

desenvolver ações de aconselhamento nutricional centradas no cliente considerando os significados singulares de cultura, afeto e comportamento. Podem ser individuais ou em grupo, comprometidas com a promoção da melhoria da alimentação da população idosa.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009.
2. Veras R, Parahyba ML. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cad Saúde Pública*. 2007 Out; 23(10):2479-89.
3. Moraes EPM, Rodrigues RAPR, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto Contexto Enferm*. 2008 Abr-Jun; 17(2):374-83.
4. Amado TCF, Arruda IKG, Ferreira RAR. Aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso - NAI, Recife/2005. *Arch Latinoam Nutr*. 2007 Out; 57(4):366-71.
5. Jaime PC, Monteiro, CA. Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003. *Cad Saúde Pública*. 2005 Set; 21(1): 9-24.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Alimentação saudável para pessoas com mais de 60 anos: siga os dez passos. Brasília (DF): 2007. [acesso 2011 Ago 13]. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/10passosIdosos.pdf>
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Relatório de Gestão - 2009. Brasília (DF): MS; 2010. [acesso 2011 Ago 03]. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/relatorio_2009_cgpan.pdf
8. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatria*. 1994 Mar; 52(1):1-7.
9. Ramos LR. Growing old in São Paulo, Brazil: assessment of health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community [tese]. London (UK): London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1987.
10. American Dietetic Association, American Academy of Family Physicians, National Council on the Aging. Nutrition interventions manual for professionals caring for older Americans. Washington (US): Nutrition Screening Initiative; 1992.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Como está sua alimentação? Brasília (DF): MS; 2006 [acesso 2011 Jan 02]. Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/teste_alimentacao.php
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília (DF): MS; 2005.
13. Philippi ST. Guia alimentar para a população brasileira e o uso da pirâmide. In: Waitzberg DL, organizador. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 4ª. ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2009. p.605-18.
14. Rigo II, Paskulin LMG, Moraes EP. Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do Rio Grande do Sul. *Rev Gaúch Enferm*. 2010 Jun; 31(2):254-61.
15. Budó MLD, Saupe R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2005 Abr-Mai; 14(2):177-85.
16. Monteiro MAM. Percepção sensorial dos alimentos em idosos. *Rev Espaço para a Saúde*. 2009 Jun; 10(2): 34-42.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro (RJ): Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009.
18. Inouye K, Pedrazzani ES. Nível de instrução, status socioeconômico e avaliação de algumas dimensões da qualidade de vida dos octogenários. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2007 Set-Out; 15(Esp):742-7.
19. Tavares VO, Teixeira KMD, Wajnman S, Loreto MDS. Interface entre a renda dos idosos aposentados rurais e contexto familiar. *Textos Contextos*. 2011 Jan-Jul; 10(1):94-108.
20. Cunha A S, Sichieri R. Trends in underweight, overweight and body mass index among elderly population of Brazil. *J Nutr Health Aging*. 2007 Jan-Feb; 11(1):15-9.
21. Carvalho EO, Rocha EF. Consumo alimentar de população adulta residente em área rural da cidade de Ibatiba (ES, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011 Jan; 16(1):179-85.
22. Sierra-Johnson J, Undén AL, Linstrand M, Rosell M, Sjogren P, Kolak M, et al. Eating meals irregularly: a novel environmental risk factor for the metabolic syndrome. *Obesity (Silver Spring)*. 2008 Jun; 16(6):1302-7.
23. Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Sobrepeso e obesidade: diagnóstico. In: Abeso. Diretrizes brasileiras de

- obesidade. 3ª ed. Itapevi (SP): AC Farmacêutica, 2009; p. 11-4.
24. Fisberg RM, Colucci ACA. Inquéritos Alimentares. In: Waitzberg D, organizador. Métodos e bases científicas. São Paulo (SP): Atheneu; 2009. p.373-79.
25. Malta D C, Oliveira MR, Moura EC, Silva AS, Zouain CS, Santos FP, et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. Ciênc Saúde Coletiva. 2011 Mar; 16(3):2011-22.
26. World Health Organization. Global Strategy on diet, physical activity and health. Geneva: WHO; 2004.
27. Vinholes DB, Assunção MCF, Neutzling MB. 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. Cad Saúde Pública. 2009 Abr; 25(4):791-9.
28. Jorge RA, Cople RCS. Papel dos nutrientes na prevenção e no tratamento da osteoporose: [revisão]. Rev Bras Nutr Clín. 2009 Jan-Mar; 24(1):66-71.
29. Ribeiro RSV, Rosa MI, Bozzetti MC. Malnutrition and associated variables in an elderly population of Criciúma, SC. Rev Assoc Med Bras. 2011 Jan-Fev; 57(1):56-61.
30. Coutinho VF, Mendes RR, Rogero MM. Bioquímica e metabolismo dos carboidratos. In: Silva SMCS, Mura JDP, organizadores. Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia. São Paulo (SP): Roca; 2007. p. 21-53.
31. Lichtenstein AH, Rasmussen H, Yu WW, Epstein SR, Russell RM. Modified mypyramid for older adults. J Nutr. 2008 Jan; 138: 5-12.
32. World Health Organization. Cancer. Geneva: WHO, 2009. [acesso 2011 Nov 23]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>
33. Marucci MFN, Alves RP, Gomes MMBC. Nutrição na geriatria. In: Silva SMCS, Mura JDP, organizadores. Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia. São Paulo (SP): Roca; 2007. p. 391-416.