

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL, QUALIDADE DE VIDA E PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA DE IDOSAS EM PROGRAMAS PARA TERCEIRA IDADE

ASSESSMENT OF NUTRITIONAL STATUS, QUALITY OF LIFE AND PRACTICE OF PHYSICAL ACTIVITY IN OLDER WOMEN PROGRAMS FOR SENIORS

Adriana de Sousa Nagahashi¹, Rita Maria Monteiro Goulart¹, Maria Olivia Fontanelli Torraga¹, Arlene Valiengo²

¹Universidade de Mogi das Cruzes – Mogi das Cruzes (SP), Brasil.

²Universidade Aberta à Integração – Mogi das Cruzes (SP), Brasil.

Data de entrada do artigo: 28/01/2013

Data de aceite do artigo: 04/11/2013

RESUMO

Introdução: Atualmente há um aumento significativo da população idosa nos países em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde, até 2025 o Brasil será o sexto país com o maior número de pessoas idosas no mundo. Assim, investigar as condições de vida desses indivíduos é importante para planejamento de ações de promoção de saúde. **Objetivo:** Avaliar estado nutricional e nível de atividade física de idosas e conhecer sua percepção quanto à qualidade de vida. **Materiais e Métodos:** Participaram 48 idosas da Universidade da Terceira Idade (UNAI) de Mogi das Cruzes/SP e 30 idosas praticantes de ginástica chinesa de Suzano/SP. O estudo foi transversal, realizado entre agosto/2009 e maio/2011. Realizaram-se medidas antropométricas (peso e altura) para a identificação do Índice de Massa Corpórea (IMC) e a medida da Circunferência da Cintura (CC) para avaliação de risco cardiovascular. A percepção da qualidade de vida, prática de atividade física e consumo alimentar foram avaliados por meio do WHOQOL-bref, IPAQ e Recordatório 24 horas, respectivamente. **Resultados:** Do total, 46,1% apresentaram excesso de peso. Foram identificados hábitos alimentares errôneos e sedentarismo, o que pode estar relacionado ao excesso de peso e ao alto risco de desenvolver doenças cardiovasculares. A qualidade de vida das idosas com excesso de peso, nos diferentes domínios avaliados, atingiu uma pontuação menor em relação às que estavam com peso saudável. **Conclusão:** Esta população deve ser estimulada a melhorar seus hábitos alimentares, por meio de escolhas de alimentos adequados, e intensificar a prática de atividade física para atingir uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: idosas; qualidade de vida; hábitos alimentares; atividade física.

ABSTRACT

Introduction: Currently there is a significant increase in the elderly population in developing countries. According to the World Health Organization by 2025, Brazil will be the sixth country with the largest number of older people in the world. Thus investigating the living conditions of these individuals is important for planning of health politics. **Objective:** To evaluate the nutritional status and physical activity level of older women and know their perception about quality of life. **Materials and Methods:** Included 48 elderly from the University of the Third Age (UNAI) in the city of Mogi das Cruzes (SP) and 30 elderly practicing Chinese gymnastics in the city of Suzano (SP). The study design was cross-sectional, conducted between August 2009 and May 2011. Anthropometric measurements were taken (weight and height) for the identification of the Body Mass Index (BMI) and waist circumference measurement (CC) for cardiovascular risk assessment. The perception of quality of life, physical activity and food intake were assessed using the WHOQOL-bref, IPAQ and 24-hours recall, respectively. **Results:** A total of 46.1% were overweight. We identified erroneous eating habits and sedentary lifestyle which may be related to excess weight and the high risk of developing cardiovascular disease (CVD) found in the group. The quality of life for overweight women in different domains assessed, achieved a score lower than those with healthy weight. **Conclusion:** This population should be encouraged to improve their eating habits through appropriate food choices and enhance physical activity to achieve a better quality of life.

Keywords: elderly; quality of life; dietary habits; physical activity.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como idoso o indivíduo com idade ≥ 60 anos. Este limite é válido para os países em desenvolvimento, subindo para 65 anos de idade quando se trata de países desenvolvidos¹.

Segundo Papaléo², o aumento da população idosa vem ocorrendo de forma muito rápida, sem a correspondente modificação nas condições de vida. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)² o crescimento dessa população, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial e está ocorrendo em um nível sem precedentes. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo; em 1998, quase cinco décadas depois, esse contingente alcançava 579 milhões de pessoas; um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano.

As projeções indicam que, em 2050, a população idosa será de 1.900 milhões de pessoas, montante equivalente à população infantil de 0 a 14 anos de idade³.

Segundo o IBGE¹, no Brasil existiam, em 1980, 16 idosos para cada 100 crianças; em 2000, essa relação praticamente dobrou, passando para quase 30 idosos por 100 crianças.

De acordo com a OMS, o Brasil será o sexto país com maior número de pessoas idosas até 2025, o que torna urgente a necessidade de estudos que contribuam para melhoria e/ou manutenção da saúde e qualidade de vida nessa faixa etária, considerando, principalmente, que este crescimento provoca mudanças na pirâmide etária, que avança em uma proporção geométrica, ao passo que a preparação para esta metamorfose ocorre em proporções aritméticas⁴.

Os desvios nutricionais da população idosa vêm sendo demonstrados em diferentes países nos quais a desnutrição, o excesso de peso e a obesidade predominam sobre os indivíduos eutróficos. Esses resultados são decorrentes das condições em que os idosos se encontram, seja no ambiente familiar, vivendo sozinhos, ou em residências para a terceira idade, ou ainda devido às condições socioeconômicas, ausência da prática esportiva, alteração fisiológica inerentes à idade e progressiva incapacidade para realizar suas atividades cotidianas. Nesse contexto, os efeitos da alimentação inadequada, tanto por excesso como por deficiência de nutrientes, têm expressiva representação, o que reflete num quadro de maior ou menor grau de nutrição⁵.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD), é similar a presença de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) para todos os grupos de renda na população. Dessa forma, pobres

e ricos possuem números semelhantes de DCNTs. Na população, em cada três indivíduos, um é portador de doença crônica e, entre os idosos, oito em cada dez possuem pelo menos uma doença crônica⁶.

Veras⁶ refere que os inúmeros problemas que afetam a qualidade de vida dos idosos em um país subdesenvolvido demandam respostas urgentes em diversas áreas. Às políticas públicas cabe garantir os direitos fundamentais (habitação, renda e alimentação), e desenvolver ações voltadas às necessidades específicas da população idosa, como centros de convivência (espaço destinado à prática de atividade física, cultural, educativa, social e de lazer, como forma de estimular sua participação no contexto social em que está inserida), assistência especializada à saúde, centros-dia, serviços de apoio domiciliar ao idoso, programa de medicamentos, universidades da terceira idade, entre outras.

Na velhice ocorrem mudanças progressivas no organismo, o que conduz a efetivas reduções nas funções fisiológicas⁷⁻⁹. As mudanças que interferem no estado nutricional são: diminuição do metabolismo basal, redistribuição da massa corporal, alterações no funcionamento digestivo, alterações na percepção sensorial e diminuição da sensibilidade à sede. Com exceção das duas primeiras, todas as outras podem interferir, diretamente, no consumo alimentar⁹⁻¹⁰.

Dentre os diversos fatores citados na literatura que contribuem para a melhora na qualidade de vida do idoso, destacam-se: a prática de atividade física e a alimentação. Segundo Alves et al.¹¹, a prática de exercício físico, além de combater o sedentarismo, contribui de maneira significativa para a manutenção da aptidão física do idoso, seja na vertente da saúde ou nas capacidades funcionais.

A prática de atividade física ajuda a reduzir vários sintomas característicos do envelhecimento, como a redução da força muscular, a diminuição da taxa metabólica basal e do gasto energético, redução da capacidade funcional do organismo e o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis associadas ao envelhecimento¹².

A nutrição e a alimentação na terceira idade ainda são áreas pobres em investigação, sendo pouco exploradas e não tendo recebido a atenção que lhes é devida. Em alguns países desenvolvidos, muitas pesquisas têm sido feitas visando identificar o consumo alimentar de idosos¹³⁻¹⁶. Na América Latina, particularmente no Brasil, essas investigações praticamente inexistem¹⁷⁻¹⁹.

A situação nutricional da população geriátrica brasileira sinaliza a necessidade de buscar, conhecer

e compreender todas as peculiaridades que afetam o consumo alimentar do idoso, levando em consideração as características regionais nas quais está inserido²⁰.

Assim, este estudo teve como objetivo avaliar o perfil nutricional de idosas participantes de uma Universidade Aberta à Integração (UNAI) do município de Mogi das Cruzes, e de praticantes de ginástica chinesa do município de Suzano.

2. METODOLOGIA

Fizeram parte do estudo 78 idosas, com idade ≥ 60 anos, sendo 48 alunas da UNAI do município de Mogi das Cruzes, e 30 praticantes de ginástica chinesa do município de Suzano. O delineamento do estudo foi transversal, realizado entre agosto de 2009 e maio de 2011.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma instituição de ensino do município de Mogi das Cruzes. Após autorização da direção da UNAI, foi realizada uma reunião com os alunos da instituição, sendo explicado o objetivo do estudo e sua importância para o diagnóstico do estado nutricional e da qualidade de vida.

Em seguida, foi distribuído o questionário de avaliação da percepção da qualidade de vida, WHOQOL-bref²¹, sendo explicado como deveria ser o preenchimento. À medida que o indivíduo entregava o questionário, foram agendados dias e horários para as demais avaliações.

Ao final dessa primeira etapa, 93 indivíduos foram entrevistados, sendo que 45 foram excluídos, 40 deles por terem idade inferior a 60 anos e 5 por serem do sexo masculino, correspondendo a uma baixa porcentagem da amostra utilizada, não sendo portanto um valor expressivo para ser analisado.

Em um segundo momento, foram feitas as mesmas orientações a dois grupos do município de Suzano que tinham em comum a prática da ginástica chinesa e, assim, prosseguiu-se com a aplicação dos questionários e a avaliação nutricional das mulheres com idade ≥ 60 anos.

Durante a pesquisa, foram realizados os seguintes procedimentos para a coleta de dados: avaliação nutricional por meio da antropometria; medida da circunferência da cintura (CC); avaliação do consumo alimentar; nível de atividade física; e a percepção da qualidade de vida.

Para responder aos objetivos referentes ao estado nutricional, consumo alimentar, percepção da qualidade

de vida, foi utilizada a estatística descritiva com resultados expressos em porcentagem, média e desvio padrão. A análise de correlação linear de Pearson foi utilizada para verificar a relação entre o Índice de Massa Corpórea (IMC) e a CC.

2.1 Avaliação Nutricional

A avaliação nutricional foi realizada por meio de antropometria, utilizando o peso corporal e estatura para identificação do IMC e da CC.

Para aferição do peso corporal, as idosas vestiam roupas leves, estavam descalças e foram posicionadas sobre uma balança antropométrica digital da marca Plenna®, com escala 0,1 kg, sendo a carga máxima de 150 kg.

Para avaliação da estatura utilizou-se fita métrica flexível de fibra inextensível de vidro (*Fiber-Glass*) fixada à parede. Nesta medição, as idosas estavam descalças com os pés unidos, em postura ereta, com o olhar fixo no horizonte.

A partir das medidas de peso e estatura, foi calculado o IMC, mediante a seguinte equação: peso (kg)/estatura²(m), classificado conforme Quadro 1:

2.2 Medida da circunferência da cintura

A medida da CC foi aferida utilizando fita métrica flexível de fibra inextensível de vidro (*Fiber-Glass*) posicionada sobre o abdome das idosas e devidamente aferida. Os valores da CC são utilizados para avaliar o risco de Doenças Cardiovasculares (DCVs), segundo os pontos de corte descritos no Quadro 2.

Quadro 1: Estado nutricional de indivíduos com idade ≥ 60 anos, segundo o Índice de Massa Corpórea.

Classificação	IMC (kg/m ²)
Baixo peso	<22,0
Eutrofia	22,0–27,0
Excesso de peso	>27,0

IMC: índice de massa corpórea.

Fonte: NSI²².

Quadro 2: Classificação do risco de Doenças Cardiovasculares em mulheres, segundo circunferência da cintura.

	Risco de DCV	
	Aumentado	Muito aumentado
Mulheres	≥ 80 cm	≥ 88 cm

DCV: doenças cardiovasculares.

Fonte: WHO²³.

2.3 Avaliação do Consumo Alimentar

Para avaliar o consumo alimentar foi realizado um Inquérito Alimentar por meio do Recordatório 24 horas. Anteriormente à sua aplicação, foi ressaltada a cada entrevistada a importância do detalhamento e veracidade das informações coletadas.

A análise da quantidade de nutrientes e o Valor Energético Total (VET) de cada Recordatório 24 horas foi feita com a utilização do *software* AVANUTRI (Sistema de Avaliação Nutricional) versão 3.0.5.

Para avaliação do consumo energético, optou-se por avaliar a média da ingestão referida pelas idosas. Para avaliar a adequação percentual dos macronutrientes em relação ao VET, foram utilizados os valores estabelecidos pela WHO/FAO²⁴, sendo 10 a 15% de proteínas, 15 a 30% de lipídios e 55 a 75% de carboidratos.

Para avaliação da ingestão de micronutrientes foi utilizada a recomendação estabelecida pelo *Institute of Medicine* (IOM)²⁵, por meio da *Dietary Reference Intake* (DRI), de acordo com a idade.

2.4 Características Biopsicossociais

A cada participante foi perguntado sobre sua condição social, familiar e econômica, por meio de um questionário.

2.5 Avaliação do Nível de Atividade Física

Para a avaliação do nível de atividade física, foi utilizado o questionário de atividade física – versão curta, validado pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS). A partir das respostas obtidas, os indivíduos foram classificados em sedentário, irregularmente ativo, ativo e muito ativo, de acordo com o tempo gasto em cada sessão semanal e em conformidade com as atividades físicas relacionadas no *International Physical Activity Questionnaires* (IPAQ)²⁶.

2.6 Percepção da Qualidade de Vida

Para avaliar a percepção da qualidade de vida foi utilizado o WHOQOL-bref²¹, versão reduzida, aplicado no idioma português. O WHOQOL-bref²¹, com 26 questões, apresenta quatro domínios, a saber: físico, psicológico, social e ambiental. Cada domínio apresenta uma escala de 0 a 100. Não existem pontos de corte para melhor ou pior qualidade de vida, desta forma, pior qualidade de vida é indicada por valores mais próximos a zero, e melhor qualidade de vida por valores mais próximos a cem.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em relação ao perfil sociodemográfico das idosas de Mogi das Cruzes, a média de idade foi 64,9±7,99 anos; 54,2% são casadas; 87% têm filhos e, destas, 64,6% ajudam financeiramente os mesmos; a maioria não trabalha (91,7%), no entanto, apenas 22,9% são aposentadas. Em relação às idosas de Suzano, a média de idade foi 65,1±5,60 anos; 43,3% são casadas; todas possuem filhos e a maioria (63,3%) não presta ajuda a eles; 70% não trabalham atualmente, sendo que 43,3% são aposentadas. As características das idosas estudadas estão descritas na Tabela 1.

Avaliando as idosas dos dois municípios, verificou-se que 24,3% moram sozinhas e 83,3% não trabalham. Este resultado pode levar à falta de convívio social ocasionando isolamento, o que sugere um fator de risco para depressão, uma das comorbidades relatadas no grupo.

Tabela 1: Distribuição de idosas segundo características sociodemográficas. Mogi das Cruzes/Suzano, 2011.

Idade (anos)	Mogi das Cruzes		Suzano	
	n	%	n	%
60 a 64	29	60,4	13	43,3
65 a 69	10	20,9	6	20
70 a 74	5	10,4	7	23,3
≥75	4	8,3	4	13,3
Estado civil				
Casada	26	54,2	13	43,3
Viúva	13	27,1	0	0
Solteira	4	8,3	11	36,6
Divorciada	4	8,3	3	10
Separada	1	2,1	3	10
Filhos				
Sim	42	87,5	30	100
Não	6	12,5	0	0
Ajuda financeira aos filhos				
Sim	31	64,6	11	36,6
Não	17	35,4	19	63,3
Mora só				
Não	39	81,3	20	66,6
Sim	9	18,7	10	33,3
Trabalha atual				
Não	44	91,7	21	70
Sim	4	8,3	9	30
Aposentada				
Não	37	77,1	17	56,6
Sim	11	22,9	13	43,3
Rendimento mensal (salário mínimo)				
Até 1	4	8,3	5	16,6
1 a 3	22	45,8	18	60
3 a 5	11	22,9	7	23,3
>5	11	23	0	0

Na análise da renda mensal do grupo de Mogi das Cruzes, 8,3% relataram até um salário mínimo, seguido de 45,8% com renda de um a três salários mínimos; no grupo de Suzano, 16,6% recebem até um salário mínimo, 23,3% de três a cinco salários mínimos, e a maioria (60%) de um a três salários mínimos. Assim, nota-se que 62,82% das idosas estudadas têm renda mensal de até três salários mínimos, o que caracteriza uma população de baixa renda.

Na Tabela 2 é apresentado o estado nutricional das idosas segundo o IMC.

Avaliando separadamente os grupos, a maioria das idosas de Mogi das Cruzes (54,2%) apresenta excesso de peso, sendo que o IMC médio foi de $28,4 \pm 5$. Entre as idosas de Suzano, 63,3% estão eutróficas e 33,4% apresentam excesso de peso. Ao analisar os dois grupos verificou-se 46,1% de excesso de peso, refletindo uma situação preocupante, uma vez que o excesso de peso está associado a doenças crônicas não transmissíveis.

Foi verificada a medida da CC para avaliar o risco de DCVs, e os resultados apresentados na Tabela 3 mostram que 85,9% apresentam algum grau de risco para DCVs. Ao investigar a associação entre o IMC e CC verificou-se forte correlação positiva ($r=0,87$) entre as variáveis, ou seja, quanto maior o IMC maior a CC, portanto, maior o risco de desenvolver DCV.

O consumo alimentar avaliado por meio do Recordatório 24 horas pode ser visto na Tabela 4.

A média do consumo energético do grupo foi de $1.420,57 \pm 185,41$, inferior à estimativa de consumo médio de energia/pessoa no Brasil, que é de 1.800 Kcal/dia¹.

Pode-se observar ainda na Tabela 4 ingestão acima do recomendado de proteína e consumo deficiente de cálcio e fibras, o que pode representar risco adicional de osteoporose e constipação intestinal.

O consumo de fibra por parte de ambos os grupos encontra-se abaixo da recomendação da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)³⁰, o que pode contribuir para a constipação intestinal. Os valores de carboidrato, lipídio e ferro encontram-se dentro dos padrões de adequação.

A alimentação adequada exerce papel fundamental na promoção, manutenção e recuperação da saúde de pessoas idosas, sendo que várias mudanças decorrentes do processo de envelhecimento podem ser atenuadas com uma alimentação adequada e balanceada nos aspectos dietéticos e nutritivos. Além disso, é de fundamental importância a associação da alimentação adequada com a prática da atividade física, pois refletirá em benefícios na saúde física e mental.

Dessa forma, verificou-se também o nível de atividade física (Tabela 5), pelo qual se encontrou metade

Tabela 2: Distribuição de idosas segundo o estado nutricional. Mogi das Cruzes/Suzano, 2011.

Estado nutricional	Mogi das Cruzes		Suzano		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baixo peso	6	12,5	1	3,3	7	9
Eutrófico	16	33,3	19	63,3	35	44,9
Excesso de peso	26	54,2	10	33,4	36	46,1

Tabela 3: Distribuição de idosas segundo risco de Doenças Cardiovasculares. Mogi das Cruzes/Suzano, 2011.

Risco DCV	Mogi das Cruzes		Suzano		Total	
	n	%	n	%	n	%
Aumentado	14	29,2	7	23,3	21	26,9
Muito aumentado	28	58,3	18	60	46	59
Sem risco	6	12,5	5	16,7	11	14,1

DCV: doenças cardiovasculares.

Tabela 4: Média de consumo alimentar e recomendação nutricional. Mogi das Cruzes/Suzano, 2011.

Consumo alimentar	Mogi das Cruzes Média±DP	Suzano Média±DP	Total Média±DP	Recomendação nutricional
Energia (kcal)	1299,47±424,80	1561,68±670,24	1420,57±185,41	1.800
Proteína (%)	17,55±5,65	39,19±26,65	28,37±15,30	10 a 15
Carboidrato (%)	55,99±8,23	59,95±12,46	57,97±2,80	50 a 60
Lipídio (%)	26,35±11,47	23,38±9,41	24,86±2,1	25 a 35
Cálcio (mg)	439,73±271,41	342,43±275,34	391,08±68,80	1.000
Ferro (mg)	10,30±12,16	10,47±6,71	10,38±0,12	8
Fibra (g)	13,14±9,50	13,77±6,61	13,35±0,44	20 a 30

DP: desvio padrão.

Tabela 5: Distribuição de idosas segundo nível de atividade física. Mogi das Cruzes/Suzano, 2011.

Nível de Atividade Física	Mogi das Cruzes		Suzano		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sedentário	3	6,2	1	3,3	4	5,1
Irregularmente ativo B	8	16,8	7	23,3	15	19,3
Irregularmente ativo A	13	27,1	5	16,7	18	23,1
Ativo	21	43,7	6	20	27	34,6
Muito ativo	3	6,2	11	36	14	17,9

Tabela 6: Médias dos domínios psicológico, físico, social e ambiental entre as idosas. Mogi das Cruzes/Suzano, 2011.

Domínios	Estado nutricional – Mogi das Cruzes			
	Baixo peso	Eutrófico	Excesso de peso	Total
1 – Físico	78,5	64,4	64,4	69,3
2 – Psicológico	72,2	67,7	62,8	67,5
3 – Social	69,4	69,2	63,7	67,5
4 – Ambiental	66,1	62,1	57	61,7
Total	71,5	65,8	62	66,5

Domínios	Estado nutricional – Suzano			
	Baixo peso	Eutrófico	Excesso de peso	Total
1 – Físico	77,1	68,6	64,7	70,2
2 – Psicológico	69,7	69,9	62,7	67,5
3 – Social	71,1	70,2	68,7	70
4 – Ambiental	68,2	66,7	61,2	65,4
Total	71,5	68,8	64,3	68,3

das idosas sendo consideradas ativas ou muito ativas segundo o instrumento utilizado – IPAQ²⁶. Nota-se que 56,6% das idosas de Suzano são ativas ou muito ativas, já entre as idosas de Mogi das Cruzes, 49,9% apresentam nível de atividade física ativa ou muito ativa.

É indiscutível a importância da atividade física em qualquer fase da vida. Na velhice, traz benefícios biológicos, psicológicos e sociais. O aumento da atividade física, mesmo sem repercussão no peso, associa-se a uma menor perda óssea durante o envelhecimento, causa frequente de fraturas importantes entre os idosos³¹.

A avaliação da qualidade de vida realizada por meio da aplicação do WHOQOL-bref²¹ assim como as médias dos domínios e o estado nutricional são apresentados na Tabela 6.

Observa-se que as médias dos domínios em ambos os grupos são menores para o grupo de idosas que apresenta excesso de peso comparado aos demais grupos (62 e 64,3). Ainda, as maiores médias foram obtidas pelas idosas de baixo peso, no entanto, há que considerar que o número reduzido de idosas nesta categoria (7) torna este resultado inconclusivo.

Em estudo realizado por Hickson e Frost³² sobre a relação da qualidade de vida, estado nutricional e

função física em idosos de Londres, concluíram que o estado nutricional não influencia a qualidade de vida, mas poderia afetar diretamente a função física.

No presente estudo, as idosas eutróficas dos dois grupos apresentaram médias intermediárias aos grupos extremos, o que condiz com outros estudos. Porém, esperavam-se inicialmente valores maiores neste grupo, o que representaria melhor qualidade de vida entre as que estão com um estado nutricional adequado.

4. CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos, verificou-se que a média de idade das idosas pesquisadas é de 65 anos; a maioria possui filhos, faz parte de uma população de baixa renda, 24% moram sozinhas e 83% não trabalham, sendo fatores de risco para depressão.

Do total, 46,1% das idosas apresentaram excesso de peso, porém, avaliando separadamente cada município, observa-se que 63,3% das idosas de Suzano estão eutróficas, enquanto as de Mogi das Cruzes, na maioria (54,2%), encontram-se acima do peso. Do total, 85,9% apresentam risco para desenvolver DCVs, um mal que acomete cada vez mais a população mundial,

sendo o reflexo de hábitos alimentares inadequados e do sedentarismo.

O consumo energético mostrou-se quantitativamente insuficiente, o mesmo aconteceu com o cálcio e com as fibras, o que pode representar risco adicional de osteoporose e constipação intestinal, ressaltando que metade das idosas estudadas foi considerada ativa ou muito ativa, o que é um sinal favorável e diminuidor dessa hipótese.

A qualidade de vida das idosas com excesso de peso nos diferentes domínios avaliados atingiu uma pontuação menor em relação às que estão com peso saudável.

Os resultados obtidos apontam para a necessidade de intervenções direcionadas ao controle do peso corporal das idosas, além de orientação nutricional para melhorar os hábitos alimentares.

REFERÊNCIAS

1. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2002a.
2. Papaléo NM, Ponte JR. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2002.
3. Andrews GA. Los desafíos del proceso de envejecimiento en las sociedades de hoy y del futuro. *In*: Encuentro Latinoamericano y Caribe – O sobre las personas de edad; 1999 Sep 8-10; Santiago de Chile. Anais. Santiago: CELADE, 2000. p. 247-56.
4. Araújo LF, Coutinho MPL, Santos MFS. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. *Psicol Soc*. 2006 mai./ago.; 18(2):89-98.
5. Campos MTF. Efeitos da suplementação alimentar em idosos [dissertação]. Viçosa: Ciência e Tecnologia de Alimentos – Universidade Federal de Viçosa; 1996. 119 p.
6. Veras RP, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9(2):423-32.
7. Watkin DM. The physiology of aging. *American Journal of Clinical Nutrition*. 1982; 36(4):750-58.
8. Wenck DA, Baren M, Dewan SP. Nutrition: the challenge of being well nourished. 2ª ed. New Jersey; 1983. Chapter 17; p. 399-409.
9. Quintero-Molina R. Nutrición en los ancianos. *Geriatría*. 1993; 9(1):14-18.
10. Nogués R. Factors que afectan la ingesta de nutrientes en el anciano y que condicionan su correcta nutrición. *Nutrición Clínica*. 1995;15(2):39-44.
11. Alves RV, Mota J, Costa MC, Alves JGB. Aptidão física relacionada à saúde de idosos: influência da hidrogenástica. *Rev Bras Med Esporte*. 2004; 10(1):31-7.
12. Okuma SS. O idoso e a atividade física: Fundamentos e pesquisa. 4ª ed. Campinas: Papirus; 1998.
13. Davis L, Holdsworth MB. Changes in consumption of milk and dairy products before and after retirement from work. *Dairy Industr Int*. 1985; 50(7):24-7.
14. Hankin JH. Development of a diet history questionnaire for studies of elder persons. *Am J Clin Nutr*. 1989; 50:1121-7.
15. Jacobsen BK, Bonna KH. The reproducibility of dietary data from a self-administered questionnaire. The tromso study. *Int J Epidemiol*. 1990; 19:349-53.
16. O'hanlon P, Kohrs MB. Dietary studies of older Americans. *Am J Clin Nutr*. 1978; 1:1257-69.
17. Marucci MFN. Avaliação das dietas oferecidas em instituições para idosos, localizadas no município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1985.
18. Horwitz A. Guias alimentarias y metas nutricionales en envejecimiento. *Arch Latinoam Nutr*. 1988; 38:722-49.
19. Perez EA. Salud del adulto en America Latina: situación actual y perspectivas. *Educ Med Salud*. 1989; 23:75-86.
20. Campos MTF, Monteiro JBR, Ornelas APR. Fatores de afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Rev Nutr Campinas*. 2000; 13(3):157-65.
21. WHOQOL – Bref World Health Organization Quality of Life Questionnaire: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva; 1996.
22. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care*. 1994; 21(1):55-67.

REFERÊNCIAS

23. WHO – World Health Organization Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Geneva; 1997.
24. WHO – World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva; 2003. (WHO – Technical Report Series, 916).
25. IOM – INSTITUTE OF MEDICE. Dietary Reference Intakes. Applications in dietary assessment. Washington DC: The National Academy Press; 2002.
26. IPAQ – International Physical Activity Questionnaire, Versão do CENTRO COORDENADOR DO IPAQ NO BRASIL – CELAFISCS; 2007.
27. Stunkard AJ, Sorenson T, Schlusinger F. Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness. *In: Kety SS, Rowland LP, Sidman RL, Matthyse SW (eds.) The genetics of neurological and psychiatric disorders. New York: Raven; 1983. p. 115-20.*
28. Tribess S. Percepção da imagem corporal e fatores relacionados à saúde em idosas [dissertação]. Florianópolis: Centro de Desportos – Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
29. IOM – INSTITUTE OF MEDICE. Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D. Report Brief; 2010.
30. SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento de Síndrome Metabólica. *Arq Bras Cardiol.* 2005; 84(1):1-28.
31. Freitas EV, Ghorayeb N, Pereira JBM, Ghorayeb C. Atividade física no idoso. *In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML (orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan; 2002. p. 857-65.*
32. Hickson M, Frost GA. Investigation into the relationships between quality of life, nutritional status and physical function. *Clin Nutr.* 2004; 23:213-21

Endereços para correspondência:

Adriana de Sousa Nagahashi
drisn@hotmail.com

Rita Maria Monteiro Goulart
rmmgoulart@hotmail.com

Maria Olivia Fontanelli Torraga
oliviatorraga.nutri@hotmail.com

Arlene Valiengo
arlenevaliengo@yahoo.com.br