

DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i63p5336-5349>

Relação entre a percepção das importâncias alimentares com variáveis socioeconômicas, antropométricas e hipertensão arterial em idosas com síndrome metabólica

Relation between the perception of dietary importance with socioeconomic, anthropometric and arterial hypertension variables in elderly women with metabolic syndrome

Relación entre la percepción de importancia dietética con variables socioeconómicas, antropométricas e hipertensión arterial en mujeres mayores con síndrome metabólico

RESUMO

Objetivo: Avaliar a associação da percepção das importâncias de grupos alimentares com variáveis socioeconômicas, antropométricas e hipertensão arterial em idosas com síndrome metabólica. **Métodos:** Estudo transversal analítico com 84 idosas com síndrome metabólica. Foram coletadas variáveis socioeconômicas (estado civil, grau de instrução, renda mensal e composição familiar), variáveis antropométricas (peso, altura e circunferência da cintura) e pressão arterial, além da aplicação de uma escala de importância de grupos alimentares. Análises estatísticas foram realizados com nível de significância de 5%. **Resultados:** Não foram encontradas associações com variáveis socioeconômicas, porém verificou-se associação positiva entre leite e pressão arterial; e negativas entre feijão com idade e pressão arterial diastólica, também entre oleaginosas com índice de massa corporal e circunferência da cintura. **Conclusão:** A percepção de importâncias atribuídas aos grupos alimentares é condizente com alimentação saudável, porém mais apreensivo para os aspectos da síndrome metabólica do que para os socioeconômicos.

DESCRIPTORIOS: Comportamento Alimentar; Nutrição do Idoso; Envelhecimento Saudável; Saúde do Idoso.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the association between the perception of the importance of food groups and socioeconomic, anthropometric and hypertension variables in elderly women with metabolic syndrome. **Methods:** Analytical cross-sectional study with 84 elderly women with metabolic syndrome. Socioeconomic variables (marital status, education level, monthly income and family composition), anthropometric variables (weight, height and waist circumference) and blood pressure were collected, along with a scale of importance of food groups. Statistical analyses were performed with a 5% significance level. **Results:** No associations were found with socioeconomic variables, but there was a positive association between milk and blood pressure; and negative among beans with age and diastolic blood pressure, also among oilseeds with body mass index and waist circumference. **Conclusion:** The perception of importance attributed to food groups is consistent with healthy eating, but more apprehensive for the metabolic syndrome aspects than for the socioeconomic ones.

DESCRIPTORS: Feeding Behavior; Elderly Nutrition; Healthy Aging; Health of the Elderly.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la asociación entre la percepción de importancia de los grupos alimentares con variables socioeconómicas, antropométricas y hipertensión arterial en mujeres mayores con síndrome metabólico. **Métodos:** Estudio analítico transversal con 84 mujeres con síndrome metabólico. Se recogieron variables socioeconómicas (estado civil, nivel educativo, ingresos mensuales y composición familiar), antropométricas (peso, talla y circunferencia de cintura) y presión arterial, además una aplicación de una escala de importancia de grupos alimentares. Los análisis estadísticos se realizaron con un nivel de significancia de 5%. **Resultados:** Sin asociaciones con variables socioeconómicas, todavía una asociación positiva entre leche y presión arterial; y negativas entre frijoles con edad y presión arterial diastólica, también entre semillas oleaginosas con índice de masa corporal y circunferencia de la cintura. **Conclusión:** La percepción de importancia de los grupos alimentares es consistente con una alimentación saludable, pero más apreensivo por los aspectos del síndrome metabólico que por los socioeconómicos.

DESCRIPTORIOS: Conducta Alimentaria; Nutrición del ancianos. Envejecimiento Saludable. Salud del Anciano.

RECEBIDO EM: 17/12/2020 APROVADO EM: 11/01/2021

Andreia Matos da Silva

Mestra em Gerontologia, Nutricionista. Doutoranda em Gerontologia. Universidade Católica de Brasília.
ORCID: 0000-0003-3273-3391

Fabiani Rodrigues Lage Beal

Doutora em Ciências da Saúde, Nutricionista. Docente da Pós Graduação Stricto Sensu em Gerontologia. Universidade Católica de Brasília.
ORCID: 0000-0002-5812-0369

Gislane Ferreira de Melo

Doutora em Educação Física, Educadora Física. Docente da Pós Graduação Stricto Sensu em Gerontologia. Universidade Católica de Brasília.
ORCID: 0000-0003-3551-5963

Ariene Silva do Carmo

Mestra em Saúde e Enfermagem, Nutricionista. Doutoranda em Ciência da Saúde da Criança e do Adolescente. Universidade Federal de Minas Gerais.
ORCID: 0000-0002-5812-0369

Vicente Paulo Alves

Doutor em Ciências da Religião, Filósofo. Docente da Pós Graduação Stricto Sensu em Gerontologia. Universidade Católica de Brasília.
ORCID: 0000-0002-1412-830X

Carmen Jansen de Cárdenas

Doutora em Psicologia, Pedagoga. Docente da Pós Graduação Stricto Sensu em Gerontologia. Universidade Católica de Brasília.
ORCID: 0000-0001-5247-5604

INTRODUÇÃO

Envelhecer é um desenvolvimento complexo, dinâmico e multifacetado. Como último estágio do ciclo vital, refere-se a experiências e vivências ao longo da vida, que variam dependendo da classe social, gênero, cultura, etnia e outros quadros socioeconômicos. O envelhecimento populacional é notório e vem gradativamente aumentando em diversas localidades do mundo e não diferentemente no Brasil. Este fato é justificado não apenas à diminuição das taxas de fecundidade, de mortalidade infantil e da mortalidade de idosos, mas também ao aumento das condições sociais e econômicas que tomam parte dentro desse contexto¹⁻³.

Em 2010, a população acima de 80 anos era constituída por 2,9 milhões de pessoas e projeções apontam que em 2050 será formada por volta de 13 milhões de habitantes, representando 6,5% do total da população e 19,6% dos indivíduos idosos no Brasil. As mulheres, em especial, representam atualmente a maioria dos idosos no país, possuem quase uma década de longevidade maior em comparação

com homens e com expectativa de vida entre os 60 e 80 anos, portanto, seguem essa tendência de crescimento para as próximas décadas¹⁻⁴.

A saúde na terceira idade depende das circunstâncias e ações das pessoas ao longo de suas vidas. Alguns desses fatores modificáveis – tais como tabagismo, consumo abusivo de álcool, sedentarismo e baixa atividade física, baixo consumo de frutas e hortaliças, controle do peso e obesidade – ao serem ausentes durante grande parte da vida, ou revertidos na terceira idade, podem contribuir para o envelhecimento saudável⁵. Entretanto, o estado de saúde se agrava com as desigualdades sociais tais como piores indicadores de renda e escolaridade, e a indicadores sociais como gênero, faixa etária e categorias de cor da pele⁶.

Entende-se que a aplicação de uma medicina voltada para a melhoria da qualidade de vida, prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e controle de uma vida saudável envolva programas de cuidado e educação em saúde, de nutrição adequada e saudável, de saneamento básico, investimentos em tecnologias biomédicas e também em políticas públi-

cas de saúde, os quais evidenciam fatores positivos e contribuem para o aumento da expectativa de vida^{1,2}.

A nutrição é um aspecto importante no contexto de modulação fisiológica relacionada à idade e no desenvolvimento de DCNT, pois se mal cuidado ao longo da vida culmina principalmente na incidência da síndrome metabólica (SM). A SM corresponde à presença de pelo menos três fatores de risco metabólicos alterados, incluindo elevados níveis de obesidade abdominal, glicose de jejum, pressão arterial e triglicérides, ou colesterol HDL baixo. A hipertensão arterial é o componente da síndrome mais prevalente entre idosos, principalmente entre as mulheres^{7,8}. Uma dieta habitual rica em fatores protetores, tais como alto consumo de fibras e ácidos graxos omega-3, aliada com a diminuição de fatores dietéticos de risco, como dieta de baixa variedade e qualidade e alta em gorduras saturadas, pode ser fundamental na promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas no envelhecimento feminino⁹⁻¹¹.

Ainda assim, ao decorrer da vida, podem-se adquirir preferências alimentares que, independentemente da ligação com a

saúde, são moldados pelas tradições sociais, econômicas e ambientais, levando em consideração, entre diversos outros aspectos, as influências religiosas, regionais e o histórico de seus hábitos alimentares. Nos idosos, as alterações sensoriais fisiológicas naturais ou patológicas, podem comprometer a nutrição qualitativa e quantitativa. Além disso, aspectos sociais como a solidão, falta de comensalidade e insuficiente integração social podem afetar negativamente os hábitos alimentares^{12,13}.

Neste sentido, o presente artigo teve como objetivo avaliar a associação da percepção das importâncias de grupos alimentares com variáveis socioeconômicas, antropométricas e hipertensão arterial em idosas com diagnóstico prévio de síndrome metabólica.

MÉTODOS

Estudo transversal analítico, de natureza descritiva por meio de uma abordagem quantitativa. O local do estudo para a coleta de dados foi realizado na Universidade Católica de Brasília (UCB) – Campus I (Unidade de Taguatinga), de segunda e sexta-feira, das 8:00h às 18:00h, no mês de abril de 2012, durante a participação em programa multidisciplinar dos cursos de saúde.

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Brasília e encontra-se registrada sob o nº. CEP 50/2010. No que se refere aos aspectos éticos de pesquisa, ressalta-se que todas as recomendações para pesquisas envolvendo seres humanos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional da Saúde foram atendidas, tais como a participação voluntária mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, além do sigilo em relação à identificação das participantes.

Foram realizadas entrevistas de caráter estruturado com as participantes. Fizeram parte do estudo idosas não institucionalizadas, provenientes da cidade de Taguatinga, DF. Nos critérios de inclusão, foram selecionadas para o estudo idosas com idade comprovada superior a 60 anos e que fossem classificadas com síndrome me-

tabólica pelos critérios descritos adiante. Foram excluídas aquelas que não tinham aptidão para compreender ou responder corretamente a entrevista e os inquéritos alimentares.

Para o quadro de SM, deviam possuir a combinação de pelo menos três componentes da síndrome sob o critério do NCEP-ATP III (National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III): Obesidade abdominal para mulheres > 88cm, Triglicerídeos > 150mg/dl, HDL- colesterol para mulheres < 50 mg/dl, Pressão arterial > 130mmHg ou > 85mmHg e Glicemia de Jejum > 110 mg/dl. Todos esses critérios foram tabulados em estudos prévios¹⁴.

Para a coleta de dados, alunos do curso de Educação Física da UCB foram devidamente treinados para coletar as variáveis: estado civil, grau de instrução, renda mensal, composição familiar. Além disso, foram realizadas medidas antropométricas (altura e de circunferência da cintura) e peso, conforme procedimentos padronizados de antropometria¹⁵. Resumidamente, foi recomendado para as entrevistadas estarem vestindo roupas leves, descalças, com os bolsos vazios e sem acessórios. Para a estatura, as participantes se posicionaram descalças no plano de Frankfurt, posicionando ao menos três pontos (calcanhares, nádegas e escápulas) e quando possível os cinco (panturrilhas e parte posterior occipital), e a medida foi realizada com o estadiômetro estável no ponto médio da cabeça. Para o peso, foram posicionadas na plataforma com o peso distribuído em ambos os pés e olhando para a linha do horizonte. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado dividindo o peso (em kg) pelo quadrado da altura (em m) e classificado como IMC < 22 kg/m² para baixo peso, entre 22 e 26,99 kg/m² como adequado, entre 27 e 31,99 kg/m² como sobrepeso e > 32 kg/m² como obesidade, segundo critérios de Winter et al.¹⁶. A circunferência da cintura foi aferida com fita métrica inextensível, no ponto médio entre a crista ilíaca anterior superior e a última costela.

A pressão arterial foi aferida pela equi-

pe de enfermagem de acordo com protocolo padronizado, com indivíduo sentado de maneira relaxada e com as pernas descruzadas, utilizando braçadeira no braço esquerdo e na altura do peito, com duas medidas realizadas e tomando a última como válida¹⁵.

Para avaliar a preferência alimentar, foi aplicada uma escala de importância alimentar, que divide os alimentos conforme suas características nutricionais em nove grupos contemplados neste estudo, sendo eles: Cereais, Hortaliças, Frutas, Leites, Carnes, Feijões, Óleos, Açúcares e Oleaginosas. Para cada um destes grupos foram listados os alimentos mais comuns, sendo incluído o item “outros”, para que a entrevistada tivesse a opção de listar outros alimentos habitualmente consumidos que não estiveram presentes na escala. Para cada alimento avaliou-se o grau de importância com uma escala do tipo Likert de 04 pontos, sendo o 1 = nada importante, 02 = pouco importante, 03 = importante e 04 = muito importante. Os valores para os alimentos contidos no grupo foram tabulados e o grupo alimentar recebeu a nota média individual. Esta escala visa avaliar o grau de importância que o idoso atribui aos alimentos na sua dieta atual e não o conceito pré-estabelecido de alimentação saudável, preconizado por profissionais da área de saúde, como médicos e nutricionistas.

A análise descritiva contemplou o cálculo de frequências, médias, desvios-padrões, intervalos de confiança a 95%, valor mínimo e máximo. A distribuição dos dados foi verificada para sua normalidade por meio do teste Kolmogorov-Smirnov. Para as variáveis categóricas utilizou-se a análise de variância (ANOVA) para avaliar a diferença das médias entre categorias não dependentes. Em seguida, entre as variáveis contínuas, foi utilizada a regressão linear simples para estimar o grau de associação das preferências com as demais variáveis clínicas. O nível de significância foi adotado como 5%. A análise foi realizada por meio do Software SPSS (Statistical Package of the Social Sciences, SPSS Inc, Chicago, EUA) para Windows versão 17.0.

RESULTADOS

O estudo contemplou 84 mulheres idosas, com média da idade de $68,78 \pm$

5,67 anos. Acerca das variáveis socioeconômicas verificou-se que a maioria das mulheres apresentava ensino fundamental completo, eram viúvas, tinham renda

menor que um salário mínimo e residiam sozinhas (Tabela 01).

As características antropométricas e as clínicas estão demonstradas na Tabela 2. As variáveis com maior dispersão foram o peso (e por consequência o IMC) e os valores de pressão arterial sistólica e diastólica. Apenas duas voluntárias apresentaram circunferência da cintura abaixo do risco cardiovascular (com valores de 73,5 e 75,5 cm). Com relação ao IMC, 21,43% foram classificadas como adequado ($25,65 \pm 1,15 \text{ kg/m}^2$), 46,43% como Sobrepeso ($29,45 \pm 1,55 \text{ kg/m}^2$) e 32,14% como Obesidade de alto risco ($34,96 \pm 2,19 \text{ kg/m}^2$). Na classificação de hipertensão arterial sistêmica, 33,33% foram classificadas como hipertensivas (Sistólica = $153,89 \pm 13,63 \text{ mmHg}$; Diastólica = $82,39 \pm 9,39 \text{ mmHg}$) e 66,67% como não hipertensas (Sistólica = $124,73 \pm 9,25 \text{ mmHg}$; Diastólica = $74,29 \pm 7,53 \text{ mmHg}$).

A escala de percepção da importância e preferência alimentar aplicada foi utilizada para associar ao grau de valor que as participantes consideram aos alimentos e seus grupos nas suas escolhas alimentares, influenciadas por inúmeros fatores, refletindo com subjetividade o padrão alimentar.

Dentre as classes de alimentos, a maioria das classes teve coeficiente de variação de aproximadamente 20%, sendo óleos, oleaginosas e açúcares as que mais variaram. Importante notar que os maiores graus de importância foram dados para Hortaliças e Frutas, que são indicadores de alimentação saudável. (Tabela 03).

As características sociais e demográficas não demonstraram associação com a importância dos grupos de alimentos na análise de variância, ou seja, todas as diferenças das médias entre os grupos alimentares e as categorias das variáveis socioeconômicas foram não significativas ($p > 0,05$). Foi observado somente um valor estatístico limítrofe entre Açúcares e a Instrução Educacional ($p = 0,05$), porém o teste de Tukey identificou que as médias entre as categorias não são significativamente diferentes.

Na tabela 04, constam os dados referentes à medida de diferença entre as variáveis clínicas e antropométricas ca-

Tabela 01. Descrição das informações pelas frequências absolutas e relativas das características socioeconômicas da amostra com dados coletados em 2012, Taguatinga, DF, Brasil.

Grau de Instrução	n	%
Analfabeto ou fundamental incompleto	12	14,3%
Fundamental completo	49	58,3%
Médio completo	21	25,0%
Superior Completo	2	2,4%
Estado Civil	n	%
Solteira	11	13,1%
Casada	26	31,0%
Divorciada	15	17,9%
Viúva	30	35,7%
ND	2	2,4%
Renda	n	%
Menor que um salário mínimo	46	54,8%
1 a 3 Salários	8	9,5%
4 a 6 Salários	11	13,1%
7 ou mais Salários	16	19,0%
ND	3	3,6%
Composição Familiar	n	%
Mora sozinha	36	42,9%
Com mais uma pessoa	19	22,6%
Com mais duas pessoas	11	13,1%
Com três ou mais pessoas	9	10,7%
ND	9	10,7%
Total Geral	84	100%

ND = Dado não disponível.

Tabela 2. Informações antropométricas e clínicas da amostra idosa participantes do estudo com dados coletados em 2012, Taguatinga, DF, Brasil.

Variáveis	m±dp	IC95%	CV%
Massa Corporal (kg)	$72,09 \pm 10,14$	[69,86 - 74,15]	13,9%
Estatura (m)	$1,54 \pm 0,06$	[1,53 - 1,55]	3,5%
Índice de Massa Corporal (kg/m^2)	$30,43 \pm 3,86$	[29,58 - 31,23]	12,7%
Circunferência da cintura (cm)	$97,13 \pm 7,79$	[94,82 - 98,44]	8,8%
Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	$135,09 \pm 17,83$	[130,70 - 138,21]	13,1%
Pressão Arterial Diastólica (mmHg)	$76,22 \pm 11,47$	[75,06 - 78,91]	11,7%

Dados apresentados em Média ± Desvio Padrão (m±dp); IC95% intervalo de confiança a 95% [inferior – superior]; CV% = Coeficiente de variação.

Tabela 03. Importância atribuída aos grupos alimentares em escala de 4 pontos pelas idosas participantes do estudo com dados coletados em 2012, Taguatinga, DF, Brasil.

Grupo Alimentar	m±dp	IC 95%	CV%
Hortalças	2,91 ± 0,48	[2,80 - 3,01]	17%
Frutas	2,59 ± 0,49	[2,49 - 2,70]	19%
Leite	2,24 ± 0,46	[2,14 - 2,34]	20%
Cereais	2,18 ± 0,41	[2,09 - 2,26]	19%
Oleaginosas	2,15 ± 0,77	[1,98 - 2,31]	36%
Carnes	2,04 ± 0,40	[1,95 - 2,12]	20%
Feijões	1,96 ± 0,51	[1,85 - 2,07]	26%
Óleos	1,88 ± 0,79	[1,71 - 2,04]	42%
Açúcares	1,83 ± 0,54	[1,71 - 1,94]	30%

Dados apresentados em Média ± Desvio Padrão (m±dp); IC95% intervalo de confiança a 95% [inferior – superior]; CV% = Coeficiente de variação.

tegorizadas, de acordo com os grupos de alimentos. Foi identificada diferença para maior importância no consumo de Leite entre idosas com e sem hipertensão arterial. Quando essas variáveis foram analisadas de maneira qualitativa, ou seja, sem categorias, foi verificada entre Leites e PA Sistólica, corroborando a associação previamente descrita. Identificou-se também uma correlação negativa entre Feijões com Idade e PA Diastólica, além de correlação entre Oleaginosas com IMC e com circunferência da cintura (Tabela 05). Nenhuma correlação foi identificada entre os grupos alimentares para peso e estatura analisados isoladamente.

Tabela 04. Análise de variância entre o grau de importância e as características clínicas (HAS = Hipertensão arterial sistêmica; NH = Não hipertensiva) e do Índice de Massa Corporal das participantes do estudo com dados coletados em 2012, Taguatinga, DF, Brasil.

GRUPO ALIMENTAR	CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL			CLASSIFICAÇÃO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL			
	HAS	NH	SIG.	ADEQUADO	SOBREPESO	OBESIDADE	SIG.
Hortalças	2,95 ± 0,43	2,89 ± 0,51	0,59	2,83 ± 0,55	2,94 ± 0,49	2,90 ± 0,44	0,74
Frutas	2,60 ± 0,47	2,59 ± 0,50	0,96	2,49 ± 0,55	2,59 ± 0,46	2,67 ± 0,50	0,49
Leites	2,40 ± 0,43	2,16 ± 0,46	0,02	2,20 ± 0,48	2,26 ± 0,47	2,23 ± 0,45	0,90
Cereais	2,26 ± 0,41	2,13 ± 0,41	0,19	2,12 ± 0,37	2,19 ± 0,49	2,18 ± 0,32	0,81
Oleaginosas	2,30 ± 0,78	2,07 ± 0,76	0,21	2,19 ± 0,98	2,18 ± 0,70	2,07 ± 0,74	0,80
Carnes	2,07 ± 0,47	2,02 ± 0,37	0,60	1,93 ± 0,38	2,08 ± 0,46	2,04 ± 0,33	0,44
Feijões	1,93 ± 0,40	1,98 ± 0,56	0,69	2,09 ± 0,70	1,94 ± 0,44	1,90 ± 0,45	0,46
Óleos	2,00 ± 0,78	1,81 ± 0,79	0,30	1,81 ± 0,75	1,88 ± 0,78	1,91 ± 0,84	0,91
Açúcares	1,88 ± 0,48	1,80 ± 0,57	0,51	1,70 ± 0,48	1,86 ± 0,58	1,86 ± 0,54	0,55

Dados apresentados em Média ± Desvio Padrão; Sig. = Nível de significância, adotado como significativo para < 0,05 em itálico.

Tabela 5. Análise de regressão linear entre o grau de importância e as características clínicas e antropométricas das idosas participantes do estudo com dados coletados em 2012, Taguatinga, DF, Brasil.

GRUPO ALIMENTAR	IDADE		IMC		CINTURA		PA SISTÓLICA		PA DIASTÓLICA	
	BETA	SIG.	BETA	SIG.	BETA	SIG.	BETA	SIG.	BETA	SIG.
Cereais	0,22	0,21	0,05	0,77	0,13	0,45	0,18	0,28	0,01	0,98
Hortalças	-0,02	0,89	-0,03	0,84	-0,07	0,61	-0,07	0,62	0,13	0,40
Frutas	0,09	0,58	0,29	0,09	0,12	0,47	-0,07	0,68	-0,14	0,42
Leites	-0,21	0,12	0,03	0,84	0,05	0,72	0,27	0,046	0,08	0,53
Carnes	0,03	0,82	0,02	0,89	-0,15	0,28	0,09	0,53	-0,07	0,60
Feijões	-0,25	0,04	-0,17	0,18	0,01	0,98	-0,15	0,22	-0,31	0,02
Óleos	-0,06	0,63	-0,13	0,29	0,11	0,34	-0,03	0,79	0,04	0,71
Açúcares	0,07	0,64	0,06	0,72	0,20	0,23	-0,09	0,57	0,07	0,66
Oleaginosas	0,08	0,57	-0,31	0,04	-0,32	0,03	0,12	0,44	0,12	0,42

IMC = Índice de Massa Corporal; PA = Pressão Arterial; Beta = coeficiente de regressão. Sig. = Nível de significância, adotado como significativo para < 0,05 em itálico.

DISCUSSÃO

A nutrição para a terceira idade é um assunto de vasta discussão na ciência. Muitos estudos focam na composição dietética para entender as mudanças fisiológicas e seus riscos decorrentes da idade⁹⁻¹¹. No entanto, a nutrição em seu sentido amplo também congrega os hábitos e preferências alimentares, uma vez que a idade avançada gera mudanças também no comportamento das pessoas. Nesse sentido o presente trabalho investigou como as preferências alimentares estão relacionadas às condições socioeconômicas, antropométricas e hipertensivas em idosas com síndrome metabólica. Vale ressaltar que neste trabalho, as preferências não estão necessariamente ligadas ao consumo, mas refletem a afetividade e o grau de importância dado aos alimentos.

As condições sócio-econômico-demográficas são geralmente associadas com o perfil alimentar em idosos, ou seja, quanto melhor a condição social, mais saudável é a alimentação, e, do contrário, condições menos favorecidas suscitam pior qualidade dietética⁸. O estado de solidão observado muitas vezes na terceira idade é impactante na escolha e nos hábitos alimentares. Whitelock e Ensaft relataram que esses fatores tem relação com a diminuição da variedade, da quantidade e da relação afetiva com os alimentos¹⁷. De forma similar, em um estudo realizado no Sul do Brasil foi identificado que indivíduos casados possuíam maiores chances de apresentar uma alimentação mais saudável¹². A análise das variáveis socioeconômicas das idosas estudadas permitiu verificar que, a partir da reflexão dos fatores socioeconômicos causais como baixa renda e escolaridade, viuvez e o fato de morarem sozinhas, não interferiram nas preferências alimentares, como observado em outros estudos^{8, 12, 17, 18}.

O grupo estudado no presente estudo, entretanto, se constituiu de idosas que participaram de um projeto Universitário social de caráter multi- e interdisciplinar. Isto pode ter refletido nos resultados em vários aspectos, como por exemplo, serem pessoas ativas e participativas de

um projeto de mudanças em benefício da saúde. De acordo com Almeida e colaboradores idosos ativos, de perfil socioeconômico similar ao do presente estudo, referem priorizar a alimentação voltada para a saúde com importância de consumo relacionada à qualidade nutricional. Outros aspectos também foram ressaltados como influentes nos hábitos, tais como o prazer, sabor e o preço. No mesmo sentido, padrão de alimentação saudável em idosos foi associado a outros hábitos de estilo de vida saudável, como não fumar e praticar atividade física¹⁸.

O fato de Frutas e Hortaliças terem sido classificados como os grupos mais importantes e óleos e açúcares como os menos nos resultados encontrados, destaca que a população estudada é consciente da importância dos indicadores de alimentação saudável. Como ressaltado anteriormente, as preferências e importâncias não refletem necessariamente o consumo habitual e energético da população estudada. Carvalho et al.¹⁹ observaram que existe uma insuficiente ingestão de frutas e hortaliças e uma percepção equivocada desse consumo em adultos, mas idosos acreditam erroneamente que sua ingestão é inadequada, ou seja, possuem bom consumo mas descrevem o oposto. Além disso, por ser constituída apenas por mulheres, a população estudada segue a tendência observada em um grande estudo de caráter nacional, no qual identificou que mulheres idosas possuem um padrão de alimentação saudável maior em comparação aos homens⁸.

Dentre as características para síndrome metabólica, a hipertensão arterial é a mais prevalente entre todas. No entanto, pela síndrome ser de características múltiplas se faz interessante investigar as diferenças entre os hipertensivos e não hipertensivos, e também aos demais indicadores antropométricos. A associação entre o consumo de leites e derivados foi associado positivamente com a pressão arterial. Essa associação pode não indicar uma causa-efeito, pois laticínios tais como leite e iogurte natural, são considerados como alimentos protetores em muitos casos⁸. Porém, ou-

tros alimentos da mesma classe são ricos em sódio, como por exemplo, o queijo e o requeijão, que podem ter sido o fator de associação no presente estudo.

O consumo de oleaginosas no geral demonstra evidências de, em longo prazo, ser associada a menor ganho de peso e risco reduzido de sobrepeso e obesidade, ou seja, corroborando a correlação negativa encontrada com IMC e circunferência da cintura. Apesar de ser um alimento de alta densidade energética, contém uma variedade de nutrientes e compostos bioativos benéficos para a saúde metabólica²⁰. Ainda, com relação ao consumo de feijões, geralmente é destacado como um importante grupo alimentar bem consumido pelos idosos⁸, mas também é relatado como menor em grupos de idosos social e fisicamente fragilizados²¹ e a diferença do consumo considerado significativo com a idade¹⁸.

O grau de importância dado aos grupos de alimentos, apesar de cada alimento ter sido devidamente pontuados e apresentando distribuição normal, pode ter apresentado fragilidades na escala devido à subjetividade e à variedade de alimentos. Entre as desvantagens dos inquéritos alimentares retrospectivos, segundo Fisberg, Marchioni e Colucci²², a memória, o estado cognitivo do entrevistado e o tempo de aplicação, aliado ainda às dificuldades para a aplicação conforme o número e a complexidade da lista de alimentos, constituem-se como fatores que podem subestimar ou superestimar as informações de consumo alimentar, o que pode refletir também na avaliação das preferências e importâncias desses grupos de alimentos. Igualmente, uma escala do tipo Likert com grandes quantidades de itens e poucos pontos pode prejudicar de certa forma a sua variabilidade e confiabilidade das respostas²³. Nesse sentido, o número de itens e o total de pontos atribuídos podem ter sido fatores que podem ter gerado viés para o tipo de população estudada.

A dicotomia entre o saber e o fazer, diante dos resultados desta pesquisa, permite refletir sobre a relação de significância da saúde para a população idosa.

Para isso, mais estudos que relacionem não só as importâncias, mas também as preferências alimentares com o perfil de consumo qualitativo e quantitativo e a segurança alimentar dos idosos, em especial as mulheres, são necessários para que se estabeleça um melhor entendimento do assunto.

CONCLUSÃO

Compreende-se nesta amostra de idosas que a percepção de importâncias atribuída aos grupos alimentares é condizente com os hábitos de alimentação saudável, porém se faz mais expressiva e preocupante para os aspectos fisiológicos relacionados à síndrome metabólica do que

para os socioeconômicos. Consideram-se os aspectos ligados à síndrome metabólica e seus riscos serem os mais relevantes. No entanto, é necessário em conjunto um olhar para a educação nutricional incluída na atenção primária relacionada às idosas, além do estado de saúde, o direito a uma alimentação saudável no contexto social e econômico no qual elas estão inseridas. ■

REFERÊNCIAS

1. Travassos GF, Coelho AB, Arends-Kuenning MP. The elderly in Brazil: demographic transition, profile, and socioeconomic condition. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2020;37.
2. Neumann LT, Albert SM. Aging in Brazil. *The Gerontologist*. 2018 Jul 13;58(4):611-7.
3. Nóbrega OT, Faleiros VP, Telles JL. Gerontology in the developing Brazil: achievements and challenges in public policies. *Geriatrics & gerontology international*. 2009 Jun;9(2):135-9.
4. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel: vigilância de violências e acidentes, Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. John U, Hanke M, Freyer-Adam J. Health risk behavior patterns in a national adult population survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018 May;15(5):873.
6. Antunes JL, Chiavegatto Filho AD, Duarte YA, Lebrão ML. Social inequalities in the self-rated health of the elderly people in the city of São Paulo, Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2019 Feb 4;21:e180010.
7. Vieira EC, Peixoto MD, Silveira EA. Prevalência e fatores associados à Síndrome Metabólica em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2014;17:805-17.
8. Pereira IF, Vale D, Bezerra MS, Lima KC, Roncalli AG, Lyra CD. Padrões alimentares de idosos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020 Mar 6;25:1091-102.
9. Millen BE, Pencina MJ, Kimokoti RW, Zhu L, Meigs JB, Ordovas JM, D'Agostino RB. Nutritional risk and the metabolic syndrome in women: opportunities for preventive intervention from the Framingham Nutrition Study-. *The American journal of clinical nutrition*. 2006 Aug 1;84(2):434-41.
10. Nóbrega OT, Paula RS, Silveira SR, Pires AS, Toledo JO, Moraes CF, Córdova C. Usual dietary intake and cardiovascular risk factors in older Brazilian women. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2012 Dec 1;24(6):669-74.
11. Tardivo AP, Nahas-Neto J, Nahas EA, Maesta N, Rodrigues MA, Orsatti FL. Associations between healthy eating patterns and indicators of metabolic risk in postmenopausal women. *Nutrition journal*. 2010 Dec 1;9(1):64.
12. Louzada ML, Durgante PC, De Marchi RJ, Hugo FN, Hilgert JB, Padilha DP, Antunes MT. Healthy eating index in southern Brazilian older adults and its association with socioeconomic, behavioral and health characteristics. *The journal of nutrition, health & aging*. 2012 Jan 1;16(1):3-7.
13. Ceolin J, Pinheiro TD. Gustative sensitivity in elderly: a narrative review. *PAJAR-Pan American Journal of Aging Research*. 2017;5(2):78-84.
14. Lorenzo C, Williams K, Hunt KJ, Haffner SM. The National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III, International Diabetes Federation, and World Health Organization definitions of the metabolic syndrome as predictors of incident cardiovascular disease and diabetes. *Diabetes care*. 2007 Jan 1;30(1):8-13.
15. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - Manual de Antropometria*. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
16. Winter, J. E., MacInnis, R. J., Wattanapenpaiboon, N., & Nowson, C. A. BMI and all-cause mortality in older adults: a meta-analysis. *The American journal of clinical nutrition*. 2014;99(4), 875-890.
17. Whitelock E, Ensaif H. On your own: older adults' food choice and dietary habits. *Nutrients*. 2018;10(4):413.
18. Almeida IC, Guimarães GF, de Rezende DC. Hábitos alimentares da população idosa: padrões de compra e consumo. *Agroalimentaria*. 2011;17(33):95-110.
19. Carvalho MC, Menezes MC, Lopes AC. Perception versus intake of fruit and vegetables. *Revista de Nutrição*. 2018;31(2):221-33.
20. Eslami O, Shidfar F, Dehnad A. Inverse association of long-term nut consumption with weight gain and risk of overweight/obesity: a systematic review. *Nutrition Research*. 2019;68:1-8.
21. Mello AD, Carvalho MS, Alves LC, Gomes VP, Engstrom EM. Consumo alimentar e antropometria relacionados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em comunidade de baixa renda de um grande centro urbano. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017;33:e00188815.
22. Fisberg RM, Marchioni DM, Colucci AC. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. 2009;53(5):617-24.
23. Dalmoro M, Vieira KM. Dilemas na construção de escalas Tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? *Revista Gestão Organizacional*. 2013;6(3):161-74.