

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Hábitos alimentares de idosos hipercolesterolêmicos,
atendidos em ambulatório da cidade de São Paulo**

Juliana dos Santos Cantária

**Dissertação apresentada ao
Programa de Nutrição em Saúde
Pública para obtenção do título de
Mestre em Nutrição em Saúde
Pública.**

**Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria de
Fátima Nunes Marucci.**

**SÃO PAULO
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Hábitos alimentares de idosos hipercolesterolêmicos, atendidos em ambulatório da cidade de São Paulo

Juliana dos Santos Cantária

**Dissertação apresentada ao
Programa de Nutrição em Saúde
Pública, da Faculdade de Saúde
Pública, da Universidade de São
Paulo, para obtenção do título de
Mestre.**

**Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria de
Fátima Nunes Marucci.**

**SÃO PAULO
2009**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Dedicatória

Para Evandro e Clarissa

Agradecimentos

Ao Evandro, meu amado esposo, sem quem nada teria ocorrido, pois me incentivou e acreditou muito em mim, mais do que eu mesma.

À minha professora, Dr^a. Maria de Fátima Nunes Marucci, por toda sua atenção, respeito e orientações.

Aos queridos amigos Juliana e Daniel, por seu apoio, carinho, auxílio e atenção desde o início dessa jornada.

À minha querida estagiária e amiga Shaidy, que muito me auxiliou para a realização desse trabalho.

Ao Dr. Paulo Sérgio Pelegrino (diretor técnico do Centro de Referência do Idoso), Regina Garcia do Nascimento (assistente técnica de direção), Cátia Cavalcante Meneguelli, Patrícia Cotting Homem de Mello, Marise Akemi Ishizuka e Rosamaria Rodrigues Garcia (minhas chefes de equipe), por todo seu apoio e suporte para a realização dessa pesquisa.

À amiga e cardiologista Dra. Silvia von Tiesenhausen de Sousa-Carmo, por seus esclarecimentos, dicas, sugestões e colaboração.

Ao amigo David César Nadai, amigo que tanto me ajudou na organização dos dados.

Ao Neuber Segri Jr, pela valiosa colaboração nas análises estatísticas.

À Amanda Toneto, aluna de iniciação científica, pela colaboração na obtenção e armazenamento dos dados.

Aos idosos participantes.

Aos meus amados pais, essenciais na minha formação.

Aos meus irmãos e amigos, que sempre torcem por mim.

Sobretudo a Deus, por todo seu amor.

RESUMO

Cantária JS. Hábitos alimentares de idosos hipercolesterolêmicos, atendidos em ambulatório da cidade de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

Introdução: Hábitos alimentares (HAs) inadequados têm importante relação com hipercolesterolemia, que constitui fator de risco para doenças cardiovasculares.

Objetivo: Analisar HAs de idosos hipercolesterolêmicos, atendidos em ambulatório da cidade de São Paulo. **Métodos:** Participaram do estudo idosos (≥ 60 anos), de ambos os sexos, voluntários, com prontuários ativos no Centro de Referência do Idoso José Ermírio de Moraes (CRIJEM), com diagnóstico de hipercolesterolemia ou prescrição de medicamento hipolipemiante. O método de inquérito utilizado foi história alimentar. As variáveis de estudo foram: número de refeições diárias, ingestão habitual de alimentos, incluindo água e bebidas alcoólicas, necessidade de ajuda para se alimentar, companhia às refeições e local (fora e dentro da residência) das mesmas. O critério adotado, para considerar hábito alimentar do grupo, foi a frequência de ingestão $\geq 50\%$. **Resultados:** Foram analisados os HAs de 106 idosos, com idade entre 60 e 84a (média de 69,3 anos - DP=5,9), 86% do sexo feminino, 58% moravam com familiares, e 93% apresentaram prescrição de medicamento hipolipemiante. O número médio de refeições diárias foi 5,0 (DP=1,2), um terço dos idosos referiu ingestão diária 6 a 8 copos de água, e a maioria (78%) negou ingestão de bebidas alcoólicas. Quanto às respostas com múltiplas alternativas, 71% das citações mostraram não haver necessidade de ajuda, 89% indicaram realizar as refeições na própria residência, e cerca da metade (49%) informaram não ter companhia. Foram considerados como HAs os seguintes alimentos e preparações: café, leite, pão francês, arroz, feijão, carne bovina e de frango, alface crua, banana, óleos de oliva e de soja. **Conclusões:** Nesse grupo, constatou-se pequena variedade de alimentos, especialmente em relação a hortaliças e frutas, e ausência de hábito alimentar para ingestão de água.

Descritores: idosos, hábitos alimentares, hipercolesterolemia

ABSTRACT

Cantária JS. Hábitos alimentares de idosos hipercolesterolêmicos, atendidos em ambulatório da cidade de São Paulo./ Dietary habits of hypercholesterolaemic elderly patients attending to an ambulatory unit in São Paulo city [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2009.

Introduction: Inadequate eating habits are strongly related to hypercholesterolaemia, a risk factor for cardiovascular diseases. **Objective:** This study aims the analysis of food habits of hypercholesterolaemic elderly patients attending to an ambulatory unit in São Paulo city. **Methods:** Among the patients who were attending to Centro de Referência do Idoso José Ermírio de Moraes (CRIJEM), 106 elders (≥ 60 y) volunteered to be interviewed about their eating habits; all of them were hypercholesterolaemic or were on hypolipaeamic drugs. It was used an inquiry on dietetic history. Data was collected on the number of daily meals, their habitual ingestion of food (water and alcoholic beverages included), the need for help for feeding themselves, if they eat accompanied by anyone, and where do they have their meals. Any food was included as part of their customary diet only if it was mentioned by at least 50% of the group. **Results:** The eating habits of 106 elders were evaluated. Their age ranged from 60 to 84 years old, mean age was 69,3 years ($\pm 5,9$), 86% of them were female, 58% were living with family members, and 93% were prescribed hypolipaeamic drugs. The average frequency of meals was 5,0 ($\pm 1,2$), one third drank 6 to 8 glasses of water a day, and 78% denied alcohol consumption. Besides, 71% of the answers indicated no need for any help in feeding themselves, 89% had their meals at their own house, and almost half of them ate alone. The following foods were part of the dietary habits of this group: coffee, milk, white bread, rice, beans, red meat and poultry, lettuce, banana, olive and soy oils. **Conclusions:** This group demonstrated a small variety of foods, specially fruit and vegetables, and absence of water.

Descriptors: elderly, food habits, hypercholesterolaemia

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 COLESTEROL.....	12
1.2 EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES.....	12
1.3 HIPERCOLESTEROLEMIA E ALIMENTAÇÃO.....	13
1.4 AVALIAÇÃO DA INGESTÃO ALIMENTAR.....	15
1.5 HÁBITOS ALIMENTARES.....	16
1.5.1 Conceituação.....	16
1.5.2 Estudos que Abordaram Hábitos Alimentares.....	16
1.5.3 Fatores que Afetam o Consumo Alimentar de Idosos.....	21
1.6 JUSTIFICATIVAS.....	22
2. OBJETIVOS	23
2.1 OBJETIVO GERAL.....	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
3. MÉTODOS	24
3.1 DELINEAMENTO E LOCAL DA PESQUISA.....	24
3.2 RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DOS IDOSOS.....	24
3.3 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	25
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	26
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
4. RESULTADOS	28
5. DISCUSSÃO	37
6. CONCLUSÕES	49
7. RECOMENDAÇÕES	50
8. REFERÊNCIAS	51
9. ANEXOS	56
Anexo 1. Cópia do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”.....	56
Anexo 2. História alimentar.....	57
Anexo 3. Documento de aprovação do projeto de pesquisa, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública/USP.....	60
Anexo 4. Primeira página do <i>Currículo lates</i> da orientadora.....	61

Anexo 5. Primeira página do <i>Currículo lates</i> da orientanda.....	62
10. GLOSSÁRIO	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas de idosos hipercolesterolêmicos..... 28

Tabela 2. Características de idosos hipercolesterolêmicos, segundo outras variáveis relacionadas à ingestão de alimentos e preparações..... 31

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Frequencia de não ingestão de alimentos e/ou preparações, segundo os tipos mais referidos..... 29

Figura 2. Frequência de ingestão de alimentos e preparações, segundo os tipos mais referidos..... 32

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Características de idosos hipercolesterolêmicos, segundo variáveis socioeconômicas,clínicas e culturais.....	30
Quadro 2. Frequência de ingestão de bebidas alcoólicas, segundo tipo, por idosos hipercolesterolêmicos.....	32
Quadro 3. Distribuição dos idosos hipercolesterolêmicos, segundo refeições referidas, com os respectivos horários e intervalo entre as mesmas.....	33
Quadro 4. Frequência de ingestão de alimentos e/ou preparações, referidos na 1ª refeição.....	34
Quadro 5. Frequência de ingestão de alimentos e/ou preparações, referidos na 2ª refeição.....	34
Quadro 6. Frequência de ingestão de alimentos e/ou preparações, referidos na 3ª refeição.....	35
Quadro 7. Frequência de ingestão de alimentos e/ou preparações, referidos na 4ª refeição, 2008.....	35
Quadro 8. Frequência de ingestão de alimentos e/ou preparações, referidos na 5ª refeição.....	36
Quadro 9. Frequência de ingestão de alimentos e/ou preparações, referidos na 6ª refeição.....	36

1. INTRODUÇÃO

1.1 COLESTEROL

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2007) define colesterol como um lípide essencial para o nosso organismo, que desempenha função estrutural (faz parte de todas as membranas dos animais), além de ser precursor dos ácidos biliares, da vitamina D e dos hormônios esteróides. As LDL-c (*low density lipoprotein*) são um tipo de lipoproteínas que permitem a solubilização e o transporte do colesterol.

Essa mesma Sociedade denomina valores plasmáticos de LDL-colesterol (LDL-c) ≥ 160 mg/dL (hipercolesterolemia isolada), como um dos tipos de dislipidemias, sendo estas, causas fundamentais de doenças ateroscleróticas coronarianas (DAC) (MARTINS et al., 1989).

O acúmulo de lipoproteínas que apresentam elevada quantidade de colesterol, como a LDL-c, no compartimento plasmático, resulta em hipercolesterolemia, que possui correlação positiva com as doenças cardiovasculares (DCV) (SBC, 2007).

1.2 EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

O Brasil apresenta estatísticas, de mortalidade, cujas principais causas são as doenças do aparelho circulatório, entre as quais, as DCV, são responsáveis por cerca de 250.000 óbitos ao ano (MS, 2002). Além disso, aquelas doenças constituem a principal causa de óbito, após 60 anos de idade (MAKDISSE, 2005). Na cidade de São Paulo, essas doenças são responsáveis por, aproximadamente, 40% da mortalidade de idosos (MS, 2007).

SMITH et al. (2006) verificaram que o envelhecimento populacional aumenta o número de pessoas que vivem com o diagnóstico de DCV.

FROST et al. (1996) estudaram 4736 idosos (≥ 60 anos) e constataram que valor sanguíneo elevado de colesterol, é fator de risco independente para DCV em idosos. A SBC (2007) apresentou dados mostrando que 38% dos homens e 42% das mulheres, no Brasil, possuem colesterol total (CT) >200 mg/dL. OLIVEIRA E

MANCINI FILHO (2005) analisaram valores de CT e de LDL-c, obtidos dos prontuários de 217 mulheres com DAC, média de idade de 61 anos, atendidas pelo ambulatório de Nutrição do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas, e verificaram valores elevados de CT (234,23 mg/dl, em média) e LDL-c (156,43 mg/dl, em média) na população estudada.

De acordo com o Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP,2001), há maior prevalência de óbitos por DAC, em idosos, e que elevados níveis LDL-c contribuem para o desenvolvimento de DAC nessa população.

1.3 HIPERCOLESTEROLEMIA E ALIMENTAÇÃO

O The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial Results (LRCCPPT, 1984) verificou que níveis elevados de LDL-c estão, intimamente, envolvidos com a aterogênese, que é o processo fisiopatológico básico nas DAC e que níveis plasmáticos de LDL-c podem ser reduzidos, por meio de alimentação adequada. O LRCCPPT foi um ensaio clínico controlado, que testou a eficácia da alimentação na diminuição dos níveis plasmáticos de LDL-c, para a prevenção primária de DAC.

A alimentação adequada é um dos principais aspectos a serem considerados para a redução do risco de DAC, pois pode auxiliar no controle dos níveis plasmáticos de LDL-c (NCEP, 2001).

Tem-se verificado que a ingestão de alimentos gordurosos associa-se ao aumento da concentração plasmática de colesterol, e à maior incidência de aterosclerose coronária e aórtica (SBC, 2007).

PARADA et al. (1999), com base em dados estatísticos oficiais, analisaram os hábitos alimentares (HAs) de 3051 argentinos, de ambos os sexos, de diferentes idades e níveis socioeconômicos, no período de 1983-1996. Os autores verificaram que a população de baixa renda apresentou dieta à base de arroz e outros cereais, com baixa ingestão de carnes e produtos lácteos desnatados, enquanto a população de média e alta renda apresentou maior ingestão de carnes com pouca gordura e

produtos lácteos desnatados. Os resultados indicaram que, concomitantemente, às mudanças nos HAs, ocorridas ao longo de 13 anos, houve diminuição (de 27,3 mg/dl, em média), sobretudo para mulheres, nos valores sanguíneos de colesterol total, na população estudada.

BARNARD (1991) avaliou alterações nos valores de lípides plasmáticos em 4587 americanos, participantes de programa para mudanças do estilo de vida (alimentação e atividade física), durante três semanas, recebendo dieta rica em fibras (35 a 40g por 100 Kcal), com baixa quantidade de gorduras (menos de 10% do total de calorias diárias), de carboidratos simples (10% de açúcares refinados) e de sal (4g/dia). Em relação à atividade física, os participantes receberam prescrição, de um fisiologista, para realização de caminhadas (30 a 40 minutos, 6 vezes por semana, inicialmente), além de aulas de alongamento, condicionamento muscular e exercícios aeróbicos. O autor verificou que ocorreu redução, em média, de 23% nos valores plasmáticos de colesterol CT e de LDL-c e de 33% nos valores plasmáticos de triacilgliceróis. Nesse estudo concluiu-se que é possível atingir metas lipídicas, por meio de alimentação adequada e prática de atividade física.

Em ensaio clínico randomizado, TURLEY et al. (1998) compararam os efeitos, de dois tipos de dietas, nos lípides plasmáticos de 36 homens neozelandeses, independentes, com níveis plasmáticos de CT, moderadamente, elevados (em torno de 200 mg/dl). Os participantes foram distribuídos em dois grupos de intervenção: um foi orientado a selecionar alimentos ricos em ácidos graxos saturados (G1) e o outro, alimentos ricos em carboidratos complexos e restritos em ácidos graxos saturados (G2). O período de exposição, para cada dieta experimental, foi de 12 semanas. Os autores verificaram que valores plasmáticos de CT foram menores no G2 (184,5 mg/dl contra 213,95 mg/dl), ocorrendo, também, redução de 20%, nos valores de LDL-c, e concluíram que esse tipo de dieta promove efeitos benéficos na redução das concentrações plasmáticas de CT e de LDL-c.

HATA e NAKAJIMA (2000) realizaram metanálise sobre estilo de vida de japoneses (alimentação, incluindo ingestão de bebidas alcoólicas, prática de atividade física e tabagismo) e níveis plasmáticos de lípides. Os autores verificaram que, a partir da Segunda Guerra Mundial, ocorreu aumento proporcional na contribuição de gorduras da dieta (25% nas calorias totais em 1988, contra 7% em 1946), elevação

dos níveis de CT plasmáticos (aumento de 28 mg/dl) e da incidência de DAC. Destacaram a importância de mudanças no estilo de vida, visando à prevenção de dislipidemias e o tratamento de indivíduos hipercolesterolêmicos.

PELKMAN et al. (2004) avaliaram os efeitos de dois tipos de dietas [hipogordurosa (gorduras = 18% do valor calórico total) e hipergordurosa (gorduras = 33% do valor calórico total)], nos níveis plasmáticos de lípidos de 53 indivíduos, de ambos os sexos, obesos ou em risco de obesidade (IMC = $29,8 \pm 2,4$). A dieta hipergordurosa era rica em ácidos graxos monoinsaturados e, ambas, restritas em ácidos graxos saturados e o período de exposição foi 10 semanas. Os autores verificaram que as duas dietas foram efetivas em reduzir as concentrações plasmáticas de CT e de LDL-c.

FORNÉS (2007), em estudo transversal, de base populacional, verificou a associação entre ingestão alimentar, por meio de questionário de frequência alimentar, e níveis plasmáticos de colesterol, em 1045 adultos, de ambos os sexos, residentes no município de Cotia, SP. A ingestão de carnes (aves, bovina, suína), vísceras, ovos, leite e derivados, foi associada, positiva e significativamente, com níveis plasmáticos de CT, enquanto para a ingestão de frutas e hortaliças, foi observada associação, negativa e estatisticamente significativa. O autor concluiu que alimentação restrita em produtos de origem animal e rica em frutas e hortaliças, proporciona diminuição nos níveis plasmáticos de CT.

1.4 AVALIAÇÃO DA INGESTÃO ALIMENTAR

Existem vários métodos para identificar a ingestão de alimentos: recordatório de 24h, história alimentar, registro alimentar, pesagem direta de alimentos, questionário de frequência alimentar, e outros. Todos eles apresentam vantagens, desvantagens e/ou limitações. A escolha do método depende do(s) objetivo(s) do trabalho, das características da população (alfabetizados ou não, idosos), dos recursos humanos e financeiros, do local e do período da pesquisa (FISBERG et al., 2005).

A história alimentar é o método que permite identificar a alimentação habitual e, conseqüentemente, os HAs da população de estudo (FISBERG et al., 2005).

1.5 HÁBITOS ALIMENTARES

1.5.1 Conceituação

O hábito alimentar é tema recorrente, no entanto, há escassez de informações quanto à sua conceituação. Os HAs são um conjunto de hábitos, envolvendo alimentos e preparações, de uso cotidiano, praticados por pessoas ou grupos populacionais, sob influências culturais (CFN, 2005), sociais e psicológicas (WILLIAMS, 1997). ORNELLAS (2003) considera hábito alimentar indissociável da vida e que o ser humano realiza eterna busca pelo alimento. Entre as motivações dessa busca figuram: sobrevivência, preocupação com saúde e com carências nutricionais, maior longevidade, religião. WOORTMAN (1978) considera HAs relacionados à racionalidade econômica, ao acesso e à seleção dos alimentos, fatores que, isoladamente, não podem explicá-los, uma vez que a alimentação é fenômeno cultural, detentor de conteúdos simbólicos e cognitivos, relativos às classificações sociais, à percepção do organismo humano e às relações entre este e as substâncias ingeridas.

O tema HAs é complexo e influenciado por diversos fatores, não se restringindo somente à ingestão de alimentos ou de nutrientes, veiculados pelos alimentos.

1.5.2 Estudos que Abordaram Hábitos Alimentares

SCHLETTWEIN-GSELL et al. (1991) avaliaram os HAs de 2586 idosos (70-75 anos), em 19 cidades, de 12 países europeus, no período de 1988-89 (1º estudo) e verificaram que, em cidades mediterrâneas (da França, Grécia, Itália e Espanha), o café da manhã era constituído por pães e biscoitos, enquanto em cidades belgas (centro-oeste) e da Noruega (norte europeu), o café da manhã incluía alimentos como queijos, carnes frescas e ovos. Em nenhuma cidade, foram citados sucos de frutas e cereais, como componentes do café da manhã. O almoço era constituído de alimentos e/ou preparações cozidas em todas as cidades. A sopa foi o principal constituinte do

jantar dos idosos, em oito, de nove cidades latinas (da Itália, Espanha e Portugal), quando comparada à predominância de jantar, baseado em pães, nas cidades do norte (da Noruega e Dinamarca). A maioria dos idosos (70 a 80%), em todas as cidades, referiu ingerir alimentos preparados na própria residência, principalmente hortaliças e frutas, ovos, carnes, leite e bebidas alcoólicas.

Em 1993, SCHLETTWEIN-GSELL & BARCLAY (1996) realizaram nova pesquisa, sendo revisitada a população de nove das cidades do primeiro estudo europeu, e incluídas cidades dos seguintes países: Polônia, Irlanda do Norte, Estados Unidos e outra cidade de Portugal. O total de participantes foi 759 mulheres e 676 homens (74 a 79 anos). Em ambas as pesquisas, 70% dos idosos referiram não ter dificuldades para realizar compras de alimentos (tanto em relação à locomoção, quanto à disponibilidade de estabelecimentos comerciais). Entretanto, apesar da pequena distância, 30% dos europeus e 100% dos americanos utilizavam carros para as compras.

No primeiro estudo (1988-89), 59% dos idosos referiram problemas financeiros para comprar alimentos, enquanto, em 1993, 50% das mulheres e 30% dos homens, de duas cidades portuguesas e uma polonesa, referiram esses problemas.

No segundo estudo, ocorreu decréscimo na proporção de indivíduos que realizavam refeições caseiras, principalmente em cidades da França, Itália e Espanha. Também foi observado aumento de 127% na ingestão de bebidas alcoólicas.

Em ambos os estudos, para a maioria dos participantes (80 a 90%), o local preferido para a realização das refeições era a própria residência.

Em relação às refeições (1988/89), cerca de 60% idosos do leste europeu (Hungria e Polônia) realizavam, no máximo, três por dia, enquanto no segundo estudo (1993), foi verificado que numa cidade polonesa, 85-88% dos idosos realizavam, no máximo, quatro refeições diárias. Em 1988/89, em cidades da Holanda e Suíça, aproximadamente, 50% realizavam seis ou mais refeições diárias.

MARUCCI (1992) estudou estado nutricional e HAs de 308 idosos (≥ 60 anos), de ambos os sexos, matriculados em ambulatório de geriatria de grande hospital público do município de São Paulo. Por meio de anamnese alimentar, foi verificado que o número de refeições diárias realizadas pelos idosos foi entre 4 e 5, com os seguintes alimentos e/ou preparações mais frequentes: café da manhã (pão

com margarina, café com leite e açúcar), lanche matutino (café com açúcar, pão e/ou frutas), almoço (arroz com feijão, macarrão, carnes ou ovos, hortaliças e frutas), lanche da tarde (semelhante ao café da manhã), jantar (semelhante ao almoço ou substituído por lanche ou sopas de diversos tipos) e lanche noturno (leite ou chá com bolachas).

SHAHAR et al. (2001) analisaram os efeitos da viuvez nos HAs de 58 idosos (10 homens e 48 mulheres), participantes do *Cardiovascular Health Study*, estudo longitudinal e de base populacional, realizado em *Pittsburgh*. O grupo controle foi formado por igual número de participantes. Foi realizada entrevista sobre HAs, baseando-se na síntese e modificação de três questionários, previamente, validados. Comparando-se os grupos, os pesquisadores verificaram que maior proporção de viúvos realizavam as refeições e faziam compras, frequentemente, sozinhos, além de referirem menor satisfação na alimentação. Menor proporção de viúvos cozinhavam, diariamente, em casa e realizavam refeições caseiras por semana.

PULLEN & WALKER (2002) analisaram HAs de 371 mulheres, com média de idade 62,6 anos, residentes em região rural dos Estados Unidos, e utilizaram o Guia Alimentar para a População Americana, para as análises, considerando o número de porções, em frequência diária, semanal ou mensal, dos grupos de alimentos: leite e derivados, carnes, frutas, hortaliças e grãos. Os autores verificaram que, somente 5,9% das entrevistadas, referiram aderir às recomendações do Guia Alimentar (ingestão das porções recomendadas), para todos os grupos de alimentos. Nos resultados, as porções não foram analisadas quanto à frequência diária, semanal ou mensal. O termo HAs não foi definido.

BOECKNER et al. (2007) avaliaram os HAs de 225 mulheres, com idade entre 50 e 69 anos, residentes no meio oeste rural dos Estados Unidos. Os autores utilizaram dois questionários para obtenção dos dados sobre ingestão alimentar, os quais foram preenchidos e enviados via internet, pelas participantes. A análise foi realizada de acordo com o Guia Alimentar para a População Americana, considerando o número de porções de grupos de alimentos, ingeridas diariamente. Foi verificada baixa ingestão de grãos como trigo e cevada (média de 4,3 porções, contra 6 a 9, recomendadas), de frutas (média de 1,7 porções, contra 2 a 3

recomendadas), e de leite e derivados (média de 1,4 porções, contra 2 a 3 recomendadas).

Na Tailândia, os HAs de 21 idosos (≥ 60 anos) hiperlipidêmicos foram analisados, quanto diversos aspectos: conhecimentos sobre alimentação e nutrição, locais de aquisição de alimentos, forma de preparo, de armazenamento e de conservação dos alimentos, eletrodomésticos e utensílios disponíveis, locais de realização e presença de companhia durante as refeições, destino das sobras de alimentos e preparações, companhia no domicílio, escolaridade e religião. Foi verificado que era habitual a ingestão de peixes, arroz bastante cozido (“papa”), carnes vermelhas, aves, óleo de palma e diversos condimentos: molho de peixe, pimenta e ervas (AREE et al., 2002).

LARRIEU et al. (2004) estudaram os HAs de 9250 idosos (≥ 65 anos), não institucionalizados, de ambos os sexos, na França, e a sua variação, de acordo com fatores sociodemográficos (sexo, idade, nível de escolaridade e companhia no domicílio). Foi utilizado questionário de frequência alimentar, anotado, em domicílio, por um entrevistador. Em relação ao sexo, maior proporção de homens consumiram carnes, peixes, cereais, hortaliças cruas, leguminosas e bebidas alcoólicas, especialmente vinho. Para ambos os sexos, menor proporção de idosos mais velhos consumiam cereais, hortaliças cruas, leguminosas e bebidas alcoólicas. Idosos, que residiam sozinhos, consumiam, proporcionalmente, menores quantidades de alimentos. Maior proporção de pessoas, com mais anos de escolaridade, consumiam peixes, frutas e hortaliças (cruas e cozidas). Quanto maior o nível de escolaridade, maior proporção de idosos que ingeriam chás e bebidas alcoólicas. Os autores concluíram que os HAs variam de acordo com fatores sociodemográficos.

Na Tanzânia, NYARUHUCHA et al. (2004), estudaram os HAs de 50 idosos (≥ 60 anos), institucionalizados e 50 não institucionalizados, de ambos os sexos, utilizando método recordatório alimentar de 24 h. A ingestão de bebidas alcoólicas e de frutas, medida como gramas/pessoa/dia, foi significativamente maior ($p < 0,05$) nos não institucionalizados. Maior proporção de idosos institucionalizados ingeriam sardinhas. Do total de participantes, 5% referiram não conseguir comer sozinhos. Os institucionalizados referiram receber somente uma refeição diária, sendo também

preocupante o elevado número de idosos não institucionalizados (34%) que faziam mendicância, o que afetava a realização de um número regular de refeições diárias.

LOREFÄLT et al. (2006), na Suécia, analisaram os HAs de 26 idosos (média de idade 74 anos), com doença de Parkinson (DP), de ambos os sexos (17 mulheres e 9 homens), durante 3 anos, em estudo caso-controle. Foi utilizado registro alimentar de três dias consecutivos (no primeiro e segundo ano do estudo), sendo anotado pelos próprios participantes e, quando necessário, com o auxílio de parente próximo. Comparados aos seus controles, maior proporção de idosos com DP referiram dificuldades para comprar (42,3%) e preparar alimentos (23%). O número médio de refeições realizadas, por dia, foi 5,3 nos pacientes com DP (casos), do que no grupo controle (4,8), durante o primeiro ano da pesquisa. No segundo ano, idosos com DP realizaram menor número de “lanches de qualidade” (exemplo: frutas ou leite 0,3/dia contra 0,5/dia). O mesmo ocorreu em relação a “refeições completas” (carnes ou laticínios+massas+hortaliças ou frutas), sendo 0,6/dia contra 0,8/dia. Ao considerarem “refeições incompletas” (ausência de hortaliças ou frutas), nos dois anos, os autores verificaram aumento no número diário de realização destas, para idosos com DP (0,2/dia contra 0,3/dia) e controle (0,1/dia contra 0,3/dia).

IKEDA et al. (2009) estudaram 91 indivíduos (mulheres e homens), com média de idade 64,8 anos, que apresentavam dois tipos de demência (frontotemporal e Alzheimer). O estudo foi realizado na Inglaterra e investigou mudanças nos comportamentos alimentares desses pacientes, desde que a doença foi diagnosticada. Os autores incluíram HAs como um dos componentes do comportamento alimentar, além de: alteração no apetite, preferências alimentares, problemas com deglutição, maneiras à mesa, entre outros. Para a obtenção dos dados, foram entrevistados os cuidadores dos indivíduos. Mudanças, estatisticamente significantes, foram mais comuns entre os que apresentavam demência frontotemporal, em relação àqueles com Alzheimer. Foram elas: aumento do apetite; busca por alimentos fora dos horários habituais das refeições; necessidade de auxílio, durante as refeições; preferência por doces; ingestão de refrigerantes, chás, cafés e bebidas alcoólicas; preferência por ingerir os mesmos alimentos e preparações, todos os dias, inclusive nos mesmos horários.

Além do estudo de MARUCCI (1992), foram encontrados dois trabalhos nacionais sobre HAs de idosos. RODRIGUES et al. (2001) analisaram a alimentação de 81 idosos (≥ 60 anos), durante três meses, atendidos em serviço ambulatorial, da cidade de Campinas. O método utilizado foi recordatório alimentar de 24h. Os autores não caracterizaram HAs. Como parte dos resultados, foi apresentado que 78% dos idosos realizavam mais que uma refeição por dia (sem especificação de quantas: duas, três, quatro ou mais) e que a ingestão de hortaliças, frutas, leite e derivados, carnes, ovos e feijão foi considerada adequada, porém não foi apresentado qual referencial de adequação foi utilizado.

Em 2002, SIVIERO et al. avaliaram aspectos relacionados ao hábito alimentar de 26 idosos (≥ 80 anos), residentes em Veranópolis, Rio Grande do Sul, e de seus familiares cuidadores. Os métodos utilizados foram recordatório alimentar de 24h e questionário de frequência de ingestão alimentar. Os dados foram analisados quanto à contribuição percentual de macronutrientes (proteínas, carboidratos, lipídios) no valor calórico total. Foi referida ingestão diária de frutas, de hortaliças e de vinho por 50% dos idosos. Nesse artigo, HAs não foram conceituados.

1.5.3 Fatores que Afetam o Consumo Alimentar de Idosos

De acordo com CAMPOS et al. (2000), existem diversos fatores que afetam a ingestão alimentar de idosos: alterações fisiológicas, enfermidades, utilização de medicamentos a longo prazo, situação socioeconômica e familiar.

DONINI et al. (2003) consideram que pode ocorrer declínio na ingestão alimentar de idosos, podendo ser causado por fatores: socioeconômicos (idade, sexo, rendimentos, aposentadoria, nível de escolaridade), psicológicos (atividades sociais, auto-estima, simbolismo dos alimentos), fisiológicos (apetite, acuidade gustativa e olfativa, condições bucais, atividade física) e patológicos (doenças agudas e crônicas, uso de medicamentos, incapacidade funcional).

1.6 JUSTIFICATIVAS

Considerando o acelerado crescimento da população idosa (projeções de 7,3% em 1991 para 15% em 2025) (MS, 2002), a elevada proporção de óbitos (25% ao ano), por doenças do aparelho circulatório, incluídas as DCV (MS, 2007) e a relação positiva entre alimentação e níveis plasmáticos de LDL-c, faz-se necessário o conhecimento dos HAs de idosos hipercolesterolêmicos, a fim de contribuir para a atenção à saúde dessa importante parcela da população. Além disso, existem poucos estudos nacionais sobre HAs de idosos.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Analisar os hábitos alimentares de idosos hipercolesterolêmicos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever características sociodemográficas, clínicas, econômicas e culturais do grupo estudado;
- ✓ Identificar a dieta habitual dos participantes.

3. MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO E LOCAL DA PESQUISA

Estudo transversal, com idosos (≥ 60 anos), voluntários, de ambos os sexos, vivendo em comunidade, com prontuários ativos no Centro de Referência do Idoso José Ermírio de Moraes (CRIJEM), com diagnóstico de hipercolesterolemia (LDL-c ≥ 160 mg/dl, segundo SBC, 2007) ou prescrição de medicamento hipolipemiante.

O CRIJEM é ambulatório de especialidades do Governo do Estado de São Paulo, que atende, de forma específica e integral, idosos residentes em regiões periféricas da cidade de São Paulo (São Miguel Paulista, Ermelino Matarazzo, Itaim Paulista e Vila Curuçá), visando o envelhecimento ativo. O quadro funcional desse centro é composto por vários médicos especialistas, técnicos de diagnose e terapia, equipe de odontologia (dentistas, técnicos de higiene dentária, assistentes de consultório dentário, técnicos de prótese dentária), de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e atendentes de enfermagem), e de farmácia (farmacêuticas e auxiliares de farmácia), além de fisioterapeutas, fonoaudiólogas, nutricionistas, psicólogas, assistentes sociais, educadores físicos e terapeutas ocupacionais. Atualmente, estão cadastrados, nesse centro, cerca de 30.000 prontuários.

De acordo com o Decreto 54193 de 03/04/2009, publicado em Diário Oficial (DO nº 63), o CRIJEM passou a ser denominado Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia (IPGG).

3.2 RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DOS IDOSOS

A pesquisa foi divulgada nas dependências do CRIJEM, por meio de cartazes e circular interna. Foi realizada no período de julho a outubro de 2008.

Os idosos que se voluntariavam para participar, eram esclarecidos sobre os objetivos e métodos do estudo e, ao concordarem, assinavam termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 1).

Para a obtenção de dados era agendada entrevista individual, realizada pela pesquisadora responsável (nutricionista do centro), por uma estagiária de nutrição do CRIJEM/FUNDAP e por uma aluna de iniciação científica do Curso de Nutrição da FSP/USP. Inicialmente, a pesquisadora responsável realizava as entrevistas, e as alunas observavam os procedimentos. Posteriormente, cada entrevistadora ficou responsável em realizar, separadamente, as entrevistas.

Para a obtenção de informações sobre sua alimentação habitual, perguntava-se ao idoso: O quê o(a) sr(a) geralmente, ou habitualmente, come e bebe desde o horário em que acorda, até quando vai dormir? Os alimentos e preparações eram anotados, na ordem em que eram referidos, incluindo horários.

Na tentativa de evitar vieses, idosos que já eram atendidos, de rotina, pela pesquisadora responsável, não foram agendados com a mesma. Os que ainda não haviam sido consultados por nutricionista, ao término da entrevista, eram encaminhados para atendimento individual, no ambulatório de nutrição do CRIJEM.

3.3 VARIÁVEIS DE ESTUDO

- Ingestão habitual de alimentos;
- Número de refeições realizadas por dia;
- Ingestão diária de água;
- Ingestão de bebidas alcoólicas;
- Tipos de alimentos e/ou preparações não ingeridos;
- Motivos referidos para não ingerir determinados alimentos e/ou preparações;
- Hábito de ingerir alimentos em outros horários;
- Necessidade de ajuda para se alimentar;
- Companhia às refeições;
- Local de realização das refeições;
- Local, da residência, onde as refeições são realizadas;
- Orientação alimentar;
- Mudança de preparo de alimentos, após orientação alimentar.

Para obtenção dos dados, foi utilizado o método história alimentar (anexo 2).

Refeição foi definida como: alimento ou conjunto de alimentos, ingeridos pelo indivíduo, em determinados horários, podendo variar quanto à composição e quantidade.

Para que um alimento ou preparação fosse considerado hábito alimentar do grupo estudado, era necessário que, pelo menos, 50% dos idosos os referissem como constituintes de uma dada refeição.

Todos alimentos e preparações referidos foram computados, independentemente da frequência de ingestão (diária, semanal, mensal, entre outras).

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram armazenados, por meio do programa *Access* versão 2007. Para a elaboração de tabelas, figuras e quadros, foi utilizado o *software Excel*, do Pacote *Microsoft Office* versão 2003. As estatísticas descritivas (proporções, médias e desvios padrão), foram elaboradas por meio do *software Stata*.9.

Os dados referentes à caracterização e HAs dos idosos (idade, sexo, estado civil, companhia no domicílio, situação de ficar sozinho em casa, prescrição de medicamento hipolipemiante, tempo de diagnóstico ou uso de medicamento, orientação alimentar, mudança no preparo de alimentos após orientação alimentar, tipos de alimentos e/ou preparações não ingeridos e motivos referidos, necessidade de ajuda para se alimentar, companhia às refeições, local de realização das refeições, ingestão de bebidas alcoólicas e de água, número de refeições realizadas por dia, hábito de ingerir alimentos e/ou preparações em horários diferentes dos habituais, alimentação habitual), foram apresentados por meio de tabelas, figuras e quadros, segundo frequência absoluta e relativa. Foram calculadas médias e desvios padrão das variáveis idade e número de refeições.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública/USP, em 06 de junho de 2008 (anexo 3).

4. RESULTADOS

Neste estudo, participaram 106 idosos (≥ 60 anos), com média de idade 69,3 anos (DP=5,9), 60-84 anos, 85,8% do sexo feminino. Houve maior proporção de mulheres, em todos os grupos etários, e nenhum participante referiu morar com amigos (as).

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas de idosos hipercolesterolêmicos. CRIJEM, julho a outubro, 2008.

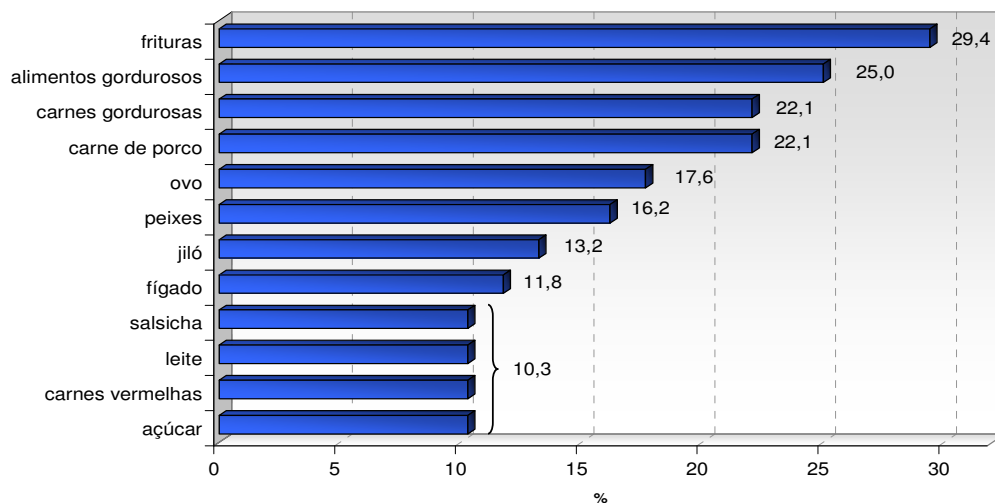
Variáveis	Categoria	FA ¹	FR ²
Sexo	Feminino	91	85,8
	Masculino	15	14,2
Grupo etário (anos)	60 -- 70	57	53,8
	70 -- 80	44	41,5
	≥ 80	5	4,7
Estado civil	Casado (a) / Unido (a)	46	43,4
	Viúvo (a)	44	41,5
	Divorciado (a) / Separado (a)	11	10,4
	Solteiro (a)	5	4,7
Companhia no domicílio	Com outros familiares	61	57,5
	Sem companhia (sozinho)	25	23,6
	Com esposo (a)	20	18,9
Situação de ficar sozinho no domicílio	Sim	65	61,3
	Não	41	38,7
Prescrição de medicamento hipolipemiante	Sim	98	92,5
	Não	8	7,5
Tempo de diagnóstico de hipercolesterolemia ou prescrição de medicamento	Mais de 6 meses	98	92,5
	Até 6 meses	8	7,5

1 - Frequência absoluta

2 - Frequência relativa

Do total de participantes, 64,2 % referiram não ingerir algum tipo de alimento e/ou preparação. A figura 1 apresenta quais foram os tipos mais referidos.

Figura 1. Frequencia de não ingestão de alimentos e/ou preparações, segundo os tipos mais referidos. CRIJEM, julho a outubro, 2008.



No quadro 1, são apresentados os principais motivos porque alguns tipos de alimentos e/ou preparações não eram consumidos, necessidade de ajuda para se alimentar, companhia às refeições, local de realização das mesmas e local, da residência, onde eram realizadas. Realizar as refeições com amigos, não foi citado por nenhum participante.

Quadro 1. Características de idosos hipercolesterolêmicos, segundo variáveis socioeconômicas, clínicas e culturais. CRIJEM, julho a outubro, 2008.

Variáveis	FA ¹	FR ²
Motivos referidos para não ingestão		
Não gosta	126	43,6
Proibição de profissional da saúde	75	26,0
Ouviu dizer que faz mal à saúde	34	11,8
Falta de recursos financeiros	18	6,2
Prejuízo à saúde	9	3,1
Falta de apetite	7	2,4
Mora sozinho(a) e não quer cozinhar para si	6	2,1
Alergia	5	1,7
Problemas dentários	5	1,7
Necessidade de ajuda para se alimentar		
Não necessita de ajuda	80	71,4
Ajuda para compra de alimentos	16	14,3
Ajuda financeira	12	10,7
Ajuda para preparo de alimentos	4	3,6
Companhia às refeições		
Sem companhia	66	48,9
Esposo(a)	29	21,5
Filho(a)	21	15,5
Neto(a)	15	11,1
Genro ou Nora	4	3,0
Local de realização das refeições		
Residência	103	88,8
Restaurante	7	6,0
Casa de parentes/familiares	6	5,2
Local de realização das refeições dentro da residência		
Cozinha	80	70,8
Sala	26	23,0
Quarto	5	4,4
Quintal	1	0,9

1 - Frequência absoluta

2 - Frequência relativa

Dados sobre número de refeições diárias, hábito de ingerir alimentos em horários diferentes dos habituais, ingestão diária de água, orientação alimentar e mudanças no preparo de alimentos, após orientação, são apresentados na tabela 2. A média do número de refeições diárias foi 5,0 (DP=1,2).

Tabela 2. Características de idosos hipercolesterolêmicos, segundo outras variáveis relacionadas à ingestão de alimentos e preparações. CRIJEM, julho a outubro, 2008.

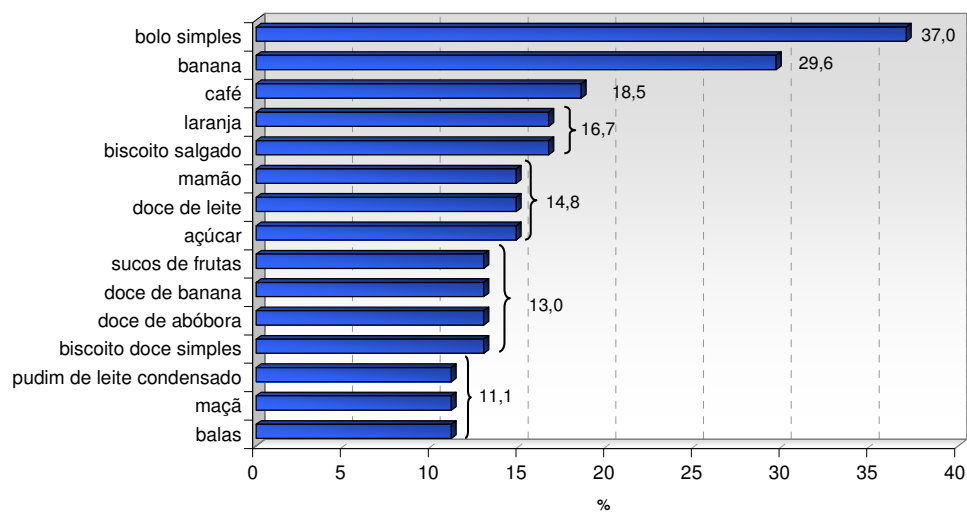
Variáveis	Categoria	FA ¹	FR ²
Nº de refeições / dia	3	13	12,3
	4	21	19,8
	5	30	28,3
	6	33	31,1
	7	8	7,6
	8	1	0,9
Ingestão de alimentos em horários diferentes dos habituais	Sim	54	50,9
	Não	52	49,1
Ingestão diária de água	Até 3 copos	37	34,9
	4 a 5 copos	34	32,1
	6 a 8 copos	35	33,0
Orientação alimentar	Sim	70	66,0
	Não	36	34,0
Mudança no preparo do alimento, após orientação alimentar	Sim	59	84,3
	Não	11	15,7

1 - Frequência absoluta

2 - Frequência relativa

Em relação ao hábito de ingerir alimentos em horários diferentes dos habituais, a seguir são apresentados os alimentos e preparações mais referidos (figura 2).

Figura 2. Frequência de ingestão de alimentos e preparações, segundo os tipos mais referidos. CRIJEM, julho a outubro, 2008.



Do total de participantes, 78,3% referiram não ingerir bebidas alcoólicas. Dos que ingeriam, os tipos mais referidos, e sua frequência, são apresentados no quadro 2, com múltiplas respostas.

Quadro 2. Frequência de ingestão de bebidas alcoólicas, segundo tipo, por idosos hipercolesterolêmicos. CRIJEM, julho a outubro, 2008.

Bebidas	Eventualmente		Sempre		Total	
	FA ¹	FR ²	FA ¹	FR ²	FA ¹	FR ²
Cerveja	9	64	5	36	14	100
Champagne	1	100	0	0	1	100
Contine	1	100	0	0	1	100
Pinga	1	100	0	0	1	100
Vinho	8	89	1	11	9	100
Vodka	0	0	1	100	1	100
Total	20	74	7	26	27	100

1 - Frequência absoluta

2 - Frequência relativa

Constatou-se que 100% dos idosos referiram, pelo menos, três refeições diárias. No presente trabalho, as refeições não foram classificadas, como ocorre habitualmente: café da manhã, almoço ou jantar. Elas foram ordenadas, durante um dia, conforme referidas pelos idosos (quadro 3).

Quadro 3. Distribuição dos idosos hipercolesterolêmicos, segundo refeições referidas, com os respectivos horários e intervalo entre as mesmas refeições. CRIJEM, julho a outubro, 2008.

Refeições	FA ¹	FR ²	Amplitude do horário		Intervalo entre os horários das refeições (h)
			Primeiro	Último	
1 ^a	106	100,0	05:30	10:00	4,5
2 ^a	106	100,0	06:00	15:00	9,0
3 ^a	106	100,0	09:30	20:30	11,0
4 ^a	94	88,7	11:30	24:00	12,5
5 ^a	72	67,9	15:00	23:30	8,5
6 ^a	42	39,6	18:00	24:00	6,0
7 ^a	9	8,5	20:00	23:30	3,5
8 ^a	1	0,9	24:00	24:00	-

1 - Frequência absoluta

2 - Frequência relativa

Os próximos quadros apresentam as frequências de ingestão de alimentos e/ou preparações, nas 1^a, 2^a, 3^a, 4^a, 5^a e 6^a refeições.

Quadro 4. Frequência de ingestão de alimentos e/ou preparações, referidos na 1ª refeição. CRIJEM, julho a outubro, 2008.

Alimentos/preparações	FA ¹	FR ²
pão francês	56	52,8
adoçante	49	46,2
açúcar	43	40,6
biscoito salgado	33	31,1
café	31	29,2
café com leite desnatado	29	27,4
café com leite integral	27	25,5
margarina	24	22,6
queijo branco	22	20,8
banana	19	17,9
margarina <i>light</i>	18	17,0
mamão	10	9,4
torradas	9	8,5
café com leite semidesnatado	8	7,5
pão integral	8	7,5

1 - Frequência absoluta

2 - Frequência relativa

Quadro 5. Frequência de ingestão de alimentos e/ou preparações, referidos na 2ª refeição. CRIJEM, julho a outubro, 2008.

Alimentos/preparações	FA ¹	FR ²
banana	52	49,1
laranja	34	32,1
arroz	27	25,5
alface crua	26	24,5
feijão	26	24,5
maçã	26	24,5
frango cozido em calor úmido	24	22,6
óleo de oliva	24	22,6
carne bovina cozida em calor úmido	22	20,8
óleo de soja	22	20,8
mamão	21	19,8
açúcar	19	17,9
tomate	19	17,9
frango cozido em calor seco	14	13,2
pão francês	14	13,2

1 - Frequência absoluta

2 - Frequência relativa

Quadro 6. Frequência de ingestão de alimentos e/ou preparações, referidos na 3ª refeição. CRIJEM, julho a outubro, 2008.

Alimentos/preparações	FA ¹	FR ²
arroz	70	66,0
feijão	65	61,3
óleo de oliva	63	59,4
carne bovina cozida em calor úmido	61	57,5
óleo de soja	59	55,7
alface crua	58	54,7
frango cozido em calor úmido	57	53,8
tomate	41	38,7
banana	37	34,9
laranja	36	34,0
cenoura cozida em calor úmido	33	31,1
frango cozido em calor seco	31	29,2
carne bovina cozida em calor seco (frita)	30	28,3
abobrinha cozida em calor úmido	27	25,5
batata cozida em calor úmido	27	25,5

1 - Frequência absoluta

2 - Frequência relativa

Quadro 7. Frequência de ingestão de alimentos e/ou preparações, referidos na 4ª refeição. CRIJEM, julho a outubro, 2008.

Alimentos/preparações	FA ¹	FR ²
adoçante	32	34,0
arroz	31	33,0
biscoito salgado	28	29,8
feijão	27	28,7
banana	26	27,7
alface crua	24	25,5
óleo de soja	23	24,5
carne bovina cozida em calor úmido	22	23,4
frango cozido em calor úmido	22	23,4
óleo de oliva	22	23,4
açúcar	21	22,3
tomate	20	21,3
pão francês	19	20,2
frango cozido em calor seco	18	19,1
laranja	15	16,0

1 - Frequência absoluta

2 - Frequência relativa

Quadro 8. Frequência de ingestão de alimentos e/ou preparações, referidos na 5ª refeição. CRIJEM, julho a outubro, 2008.

Alimentos/preparações	FA ¹	FR ²
arroz	34	47,2
alface crua	29	40,3
óleo de oliva	29	40,3
frango cozido em calor úmido	28	38,9
óleo de soja	28	38,9
carne bovina cozida em calor úmido	27	37,5
feijão	27	37,5
banana	19	26,4
laranja	19	26,4
couve cozida em calor úmido	16	22,2
frango cozido em calor seco	16	22,2
tomate	16	22,2
chuchu cozido em calor úmido	15	20,8
abobrinha cozida em calor úmido	14	19,4
biscoito salgado	14	19,4

1 - Frequência absoluta

2 - Frequência relativa

Quadro 9. Frequência de ingestão de alimentos e/ou preparações, referidos na 6ª refeição. CRIJEM, julho a outubro, 2008.

Alimentos/preparações	FA ¹	FR ²
adoçante	12	28,6
alface crua	11	26,2
carne bovina cozida em calor úmido	11	26,2
chás	11	26,2
arroz	10	23,8
feijão	10	23,8
frango cozido em calor úmido	10	23,8
chuchu cozido em calor úmido	7	16,7
óleo de oliva	7	16,7
óleo de soja	7	16,7
tomate	7	16,7
açúcar	6	14,3
carne bovina cozida em calor seco	6	14,3
frango cozido em calor seco	6	14,3
leite integral	6	14,3

1 - Frequência absoluta

2 - Frequência relativa

5. DISCUSSÃO

A maior proporção de mulheres (85,8%) encontrada no presente estudo (tabela 1) assemelha-se aos dados encontrados por MARUCCI (1992) e CABRERA & JACOB FILHO (2001), que avaliaram idosos atendidos em ambulatório, onde a participação feminina, nesses estudos, foi 69,8 e 66,8%, respectivamente. Em relação à distribuição, por grupos etários, os dados também são semelhantes aos referidos estudos, havendo menor proporção de idosos (4,7%) com idade igual ou superior a 80 anos.

Os resultados do presente estudo são semelhantes aos da Pesquisa SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento), na qual foi observada maior proporção de mulheres que de homens, em diferentes grupos etários (LEBRÃO, 2003).

A predominância proporcional de mulheres supõe maior expectativa de vida destas, resultante de maior taxa de mortalidade masculina, em todas as idades (KARSCH, 2003). Deve-se considerar, ainda, que outros fatores podem contribuir para que o número de mulheres que procura os serviços de saúde seja maior que o dos homens como, por exemplo, maior preocupação e interesse pelos cuidados com a própria saúde.

Em relação ao estado civil, encontraram-se maiores proporções de casados(as)/unidos(as) e viúvos(as), 43,4 e 41,5%, respectivamente (tabela 1).

A maioria (57,5%) morava com familiares (tabela 1), incluindo os cônjuges. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos sobre HAs de idosos. LARRIEU et al. (2004) constataram que 64,2% de idosos referiram residir com cônjuges e/ou familiares. AREE et al. (2004), também, relataram que 80,9% de idosos hiperlipidêmicos moravam com familiares, incluindo cônjuges, filhos(as), noras, genros e netos(as). A proporção de idosos, deste estudo, morando sozinhos (23,6%), foi inferior àquelas relatadas por LARRIEU et al. (2004) (35,8%), e por LOREFÄLT et al. (2006) (50%).

Maior proporção (61,3%) dos entrevistados referiu ficar sozinha em casa (tabela 1). Talvez, os familiares desses idosos permanecessem no trabalho e/ou escolas durante o dia, ficando o idoso sozinho em casa, na maior parte do tempo.

A proporção de idosos que apresentava prescrição de medicamento hipolipemiante foi 92,5% (tabela 1). OLIVEIRA e MANCINI FILHO (2005) analisaram valores de CT e de LDL-c, obtidos dos prontuários de 217 mulheres com DAC, e verificaram que 73% referiam uso de medicamento hipolipemiante. Dados fornecidos pelo setor de farmácia do CRIJEM mostram que, 317 usuários, com prescrição médica, estão cadastrados para receber esse tipo de medicamento. De acordo com a SBC (2007), os hipolipemiantes devem ser utilizados sempre que as mudanças do estilo de vida (MEV) não surtirem efeitos satisfatórios, ou na impossibilidade de aguardar os efeitos das MEV, por prioridade clínica.

A maioria (92,5%) referiu saber que apresentava hipercolesterolemia, ou que tinha prescrição de hipolipemiante, há mais de seis meses (tabela 1), ou seja, são pacientes que não foram diagnosticados, recentemente. Provavelmente, essas pessoas já receberam algum tipo de orientação, por profissional de saúde, sobre cuidados com administração de medicamentos e/ou alimentação.

Os alimentos e/ou preparações mais citados, por não serem ingeridos, são gordurosos (figura 1). De acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira (MS, 2005) e a SBC (2007), recomenda-se diminuição da ingestão de frituras e alimentos gordurosos em geral. Provavelmente, o grupo do presente estudo, parece preocupar-se em não ingerir esse tipo de alimentos, relacionando-os à sua hipercolesterolemia.

Nota-se, que o motivo mencionado com maior frequência pelos entrevistados, para não ingerir algum tipo de alimento e/ou preparação, foi não gostar, seguido de “proibição” de profissional da saúde (quadro 1). A falta de recursos financeiros foi referida por, somente, 6,2%, em relação ao total de motivos. No estudo de SCHLETTWEIN-GSELL et al. (1991), verificou-se que 59% dos idosos referiram problemas financeiros, para comprar alimentos. No estudo de seguimento da mesma população, SCHLETTWEIN-GSELL & BARCLAY (1996) relataram que, cerca de 50% de mulheres e 30% de homens, de duas cidades portuguesas e uma polonesa, referiram dificuldades financeiras para a aquisição de alimentos.

Os problemas dentários apresentaram, proporcionalmente, menor frequência (1,7%) quando comparado ao estudo de KOLASA et al. (1995), que avaliaram HAS de idosos da área rural da Carolina do Norte, Estados Unidos, no qual foi relatado

que 87% dos participantes referiram dificuldades mastigatórias. Em estudo realizado no CRIJEM, que avaliou a ingestão alimentar e o estado nutricional de idosas praticantes de atividade física (COSTA, 2006), foi verificado que 29,8% das participantes referiram dificuldades mastigatórias.

Do total de respostas citadas, verificou-se que 71,4% foram sobre não necessitar de ajuda para se alimentar (quadro 1). COSTA (2006) constatou que 73,3% das idosas referiram ser capazes de comprar alimentos, e 84% de prepará-los. Esses resultados mostram as características da população que frequenta o CRIJEM, a qual se locomove e tem condições para a realização das atividades de vida diária. Nas pesquisas de SCHLETTWEIN-GSELL et al. (1991) e SCHLETTWEIN-GSELL & BARCLAY (1996), aproximadamente, 70% dos idosos referiram não ter dificuldades para comprar alimentos (tanto em relação à locomoção, quanto à disponibilidade de estabelecimentos comerciais). KOLASA et al. (1995) constataram que 85% dos participantes referiram preparar os alimentos, enquanto 25% referiram necessidade de ajuda, para comprar os alimentos. Na Suécia, CARLSSON et al. (2005) estudaram HAS de idosas, com fratura de fêmur. Os autores relataram que 80% das participantes referiram preparar os próprios alimentos, previamente à fratura, não sendo relatado se essa condição foi alterada após. Também na Suécia, LOREFÄLT et al. (2006) verificaram que maior proporção de indivíduos, com doença de Parkinson, referiram dificuldades para comprar (42,3%) e preparar alimentos (23%), em relação aos controles.

Do total de participantes, nenhum referiu necessitar de ajuda no momento das refeições (quadro 1). KOLASA et al. (1995) constataram que 97%, dos idosos americanos avaliados, referiram conseguir realizar as refeições sozinhos, sem assistência. NYARUHUCHA et al. (2004) verificaram que 5% dos idosos, institucionalizados e não institucionalizados, referiram não conseguir comer sozinhos. YKEDA et al. (2009) relataram que maior proporção (39%) de indivíduos com demência frontotemporal, necessitavam de ajuda durante as refeições, quando comparados àqueles com doença de Alzheimer (5%).

Verificou-se (quadro 1) que realizar as refeições sozinho(a) apresentou a maior frequência (48,9%). AREE et al. (2004) relataram que a maioria dos idosos hiperlipidêmicos realizavam o café da manhã e almoço sozinhos e, no jantar,

acompanhados pelos cônjuges, ou por outros familiares. No presente estudo, a pergunta foi feita em relação às refeições em geral, o que dificulta a comparação com o estudo referido.

Constatou-se que, do total de respostas, a maioria (88,8%) foi relativa a realização das refeições na residência (quadro 1). Esses resultados são semelhantes àqueles de SCHLETTWEIN-GSELL et al. (1991), SCHLETTWEIN-GSELL & BARCLAY (1996) e AREE et al. (2004), os quais verificaram que o local preferido pelos idosos, para a realizar as refeições, era a própria residência. Na Argentina, SCHNEIDER et al. (2006) analisaram a relação entre a ingestão de alimentos, escolaridade e níveis plasmáticos de CT e TG, de 107 mulheres, e verificaram que as idosas (21%) referiram realizar as refeições em suas casas. Em relação aos locais da residência, onde as refeições eram realizadas, a maioria (70,8%) das respostas foi cozinha (quadro 1).

Do total de voluntários, nenhum referiu realizar menos que três refeições por dia (tabela 2). A média do número de refeições diárias foi 5,0 (DP=1,2). MARUCCI (2000) orienta que idosos realizem três a cinco refeições por dia. O mesmo autor verificou que o número de refeições diárias realizadas pelos idosos foi entre 4 e 5 (MARUCCI, 1992). SCHLETTWEIN-GSELL et al. (1991) e SCHLETTWEIN-GSELL & BARCLAY (1996) verificaram que, em relação às refeições, cerca de 60% dos idosos do leste europeu (Hungria e Polônia) realizavam, no máximo, três por dia, enquanto no segundo estudo (1996), foi verificado que, em uma cidade polonesa, 85-88% dos idosos realizavam, no máximo, quatro refeições diárias. Em 1991, 50% dos idosos de cidades da Holanda e Suíça realizavam, aproximadamente, seis ou mais refeições diárias. KOLASA et al. (1995) constataram que 65% dos idosos referiram realizar três refeições diárias. LOREFÄLT et al. (2006) verificaram que o número médio de refeições realizadas, por dia, foi 5,3 nos pacientes com doença de Parkinson (casos), do que no grupo controle (4,8), durante o primeiro ano da pesquisa. MARUCCI (1985), avaliando a adequação da alimentação em 20 instituições para idosos, localizadas no município de São Paulo, constatou a oferta de cinco refeições diárias. NYARUHUCHA et al. (2004) analisaram HAs de idosos na Tanzânia, e verificaram que idosos institucionalizados, referiram receber, somente, uma refeição diária, sendo, também, preocupante a elevada proporção (34%) de

idosos não institucionalizados que faziam mendicância, o que afetava a realização de número regular de refeições diárias.

Verificou-se que 50,9% dos idosos (tabela 2) referiram hábito de ingerir alimentos e/ou preparações em horários diferentes dos habituais (“beliscos”). AREE et al. (2004) verificaram que idosos não institucionalizados não se preocupavam em manter regularidade nos horários das refeições, realizando-as somente quando estavam famintos, ou após o término do trabalho. MARUCCI (2000) orienta manter regularidade nos horários das refeições, sendo este um dos cuidados para alimentação saudável.

Os alimentos e/ou preparações com maior frequência de citação, em relação aos “beliscos”, foram: bolos simples, banana e café (figura 2). KOLASA et al. (1995) verificaram que 3% referiram ingerir alimentos e/ou preparações em horários diferentes dos habituais. IKEDA et al. (2009) relataram que maior proporção de indivíduos (57%) com demência frontotemporal, procuravam por alimentos e/ou preparações em horários diferentes dos habituais, quando comparados aos com doença de Alzheimer (9%).

Em relação à ingestão diária de água, somente 1/3 referiram ingerir seis a oito copos (tabela 2). CARLSSON et al. (2005) relataram que 29% das idosas referiram ingerir água, durante as refeições, sem mencionar a quantidade diária, inviabilizando comparações. De acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira (MS, 2005), a ingestão diária de água deve ser de seis a oito copos. Assim, constata-se que 2/3 dos idosos não atendem à recomendação.

A maioria dos participantes (66%) referiu ter recebido orientações sobre cuidados com a alimentação, relacionados à hipercolesterolemia, de algum profissional de saúde, não, necessariamente, nutricionista. Desses, maior proporção (84,3%) referiu ter mudado a forma de preparo de algum alimento e/ou preparação, após a orientação (tabela 2). Tendo em vista que a grande maioria (84,3%) referiu alterações, supõe-se que eles mostram interesse com hábitos alimentares. CERVATO et al. (2005) avaliaram os efeitos de intervenção nutricional educativa, desenvolvida para alunos de Universidades Abertas à Terceira Idade, e concluíram que, após a intervenção, houve tendência para modificação da alimentação e dos conhecimentos sobre nutrição.

GARCIA et al. (2005) consideram que as orientações alimentares não constituem elementos preponderantes, na determinação das escolhas alimentares. Essas orientações fazem parte de um conjunto de elementos que diz respeito à alimentação (experiências pessoais, preferências alimentares, valores éticos, entre outros). Em algumas situações, pode predominar um ou outro, desses elementos. A coerência de certas atitudes, em relação à alimentação e ao processo saúde/doença, pode ser circunstancial.

A maioria (78,3%) referiu não ingerir bebidas alcoólicas. Em relação aos que referiram a ingestão, verificou-se que, independentemente, do tipo de bebida alcoólica referida (fermentada ou destilada), maior proporção de respostas (74,1%) foi de frequência eventual (quadro 2). Resultado semelhante foi encontrado por ONO et al. (2000), que avaliaram 190 idosos, dos quais, 71,1% referiram não ingerir bebidas alcoólicas. De acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira (MS, 2005) recomenda-se que a ingestão de bebidas alcoólicas seja evitada, pois podem causar alterações comportamentais e psicológicas, além de problemas como violência, suicídio, acidentes de trânsito, dependência química, entre outros. SCHLETTWEIN-GSELL & BARCLAY (1996) constataram aumento da ingestão de bebidas alcoólicas, aproximadamente, 127%, em relação ao primeiro estudo de SCHLETTWEIN-GSELL et al. (1991). KOLASA et al. (1995) relataram que, dos idosos estudados, 9% referiram ingestão de bebidas alcoólicas. A avaliação da ingestão desse tipo de bebidas, realizada por CARLSSON et al. (2005), foi realizada, tendo como base, somente o momento das refeições. Os autores relataram que 25% das idosas referiram ingerir cerveja com baixo teor alcoólico, e 4% ingeriam vinho, durante as refeições.

IKEDA et al. (2009) relataram que maior proporção (30%) de indivíduos, com demência frontotemporal, referiram ingestão de bebidas alcoólicas, quando comparados aos com doença de Alzheimer (2%). SIVIERO et al. (2002) verificaram ingestão diária de vinho por 50% dos participantes, e consideraram a possibilidade de ser reflexo da cultura tipicamente italiana da cidade. LARRIEU et al. (2004) constataram que 75% dos idosos referiram ser consumidores de vinho. Os autores ressaltaram que, as três cidades, nas quais o estudo foi realizado, são produtoras de vinho.

A partir da 3ª refeição, quanto maior o número de refeições, menor o número de idosos que referiram realizá-las (quadro 3).

Nota-se, sobretudo nas 2ª, 3ª 4ª e 5ª refeições, maior amplitude entre o primeiro e o último horário em que foram realizadas. Isto, provavelmente, ocorreu porque houve diferenças entre o número de refeições diárias, realizadas por cada um dos idosos, ou seja, os horários de uma pessoa que realizou três refeições ao dia, foram diferentes dos que realizaram sete. LOREFÄLT et al. (2006) relataram que os horários das refeições dos indivíduos avaliados variaram, estendendo-se das 6h da manhã até às 21h, sem especificação de refeições ou períodos.

Para a 1ª refeição, 52,8% dos entrevistados referiram ingerir, habitualmente, pão francês. Em relação ao pão integral, a proporção foi somente 7,5% (quadro 4).

Café foi citado de diversas maneiras (puro ou misturado ao leite integral, semi ou desnatado). MONTEIRO et al. (2004) avaliaram o efeito de intervenção nutricional nos HAs de 30 mulheres obesas no climatério, e verificaram maior proporção de idosas que ingeriam café, tanto no início, como ao término da intervenção, porém as porcentagens não foram apresentadas.

Leite também foi bastante citado, nessa primeira refeição, misturado ao café, com a ressalva de que os tipos com menores teores de gorduras não foram predominantes.

Adoçante foi mais citado (46,2%) que açúcar. Deve ser considerada a possibilidade da presença de diabetes melito no grupo avaliado, porém essa informação não foi obtida no presente estudo. Na pesquisa de MARUCCI (1992), foi encontrada baixa proporção (0,9%) de idosos, que utilizavam adoçantes, principalmente, aqueles com diabetes.

Outros estudos mostram a presença constante de pães, café e leite, na 1ª refeição do dia. MARUCCI obteve resultados semelhantes em dois de seus estudos (1985, 1992), verificando que, geralmente, compunham a 1ª refeição: leite, café e pão com margarina. NAJAS et al. (1994) avaliaram o padrão alimentar de 283 idosos, de diferentes estratos socioeconômicos, de ambos os sexos, residentes na cidade de São Paulo, e constataram que pães eram ingeridos, diariamente, por cerca de 70% dos participantes. SCHNEIDER et al. (2006) relataram que 98% das idosas

referiram ingestão diária de pão, sendo 83%, do tipo branco e, somente, 17%, de pães integrais.

Em relação ao leite, SCHNEIDER et al. (2006) constataram que 92% referiram ingestão, sendo que destes, 46% referiram ingestão de leite integral. Na presente pesquisa, houve maior proporção (29,2%) de idosos que referiram café (quadro 4), do que café com leite (integral, semi ou desnatado). O Grupo de Estudos de Nutrição na Terceira Idade (Cervato et al., 2002) recomenda ingestão de leite, por ser alimento com elevado teor de proteínas e cálcio.

A SBC (2007) recomenda diminuição da ingestão de alimentos de origem animal, como por exemplo, leite integral, por conter elevados teores de gordura e colesterol. A ingestão de alimentos com elevados teores de fibras, como por exemplo, pães integrais, também é incentivada por essa sociedade, a fim de contribuir para o controle da colesterolemia.

CASCUDO (1983), em sua publicação sobre a história da alimentação no Brasil, faz observações sobre pães, café e leite. Segundo esse autor, pão não é um alimento popular nos sertões do nordeste, interior do sul e planície amazônica. É mais comum nas regiões povoadas por colonos europeus que, tendo o pão como indispensável, fazem-no ou promovem a instalação de padarias. Em relação ao café, o autor lembra a expansão de seu cultivo, marcadamente, na segunda metade do século XVIII, sendo sua ingestão estendida, gradativamente, por todo o Brasil. O leite nunca foi muito popular no Brasil, e, geralmente, apresenta-se misturado a outros alimentos.

Em relação à 2ª refeição, praticamente, metade dos voluntários (49,1%) referiu ingerir banana (quadro 5). O segundo alimento mais referido foi laranja. Nota-se referências a essas frutas, principalmente banana, nas 1ª, 2ª, 3ª, 4ª e 5ª refeições (quadros 4, 5, 6, 7 e 8, respectivamente). Dados semelhantes foram encontrados por MARUCCI (1985, 1992), com predominância da ingestão de banana e laranja, pelos idosos. CASCUDO (1983) lembra que a banana foi a maior contribuição africana para a alimentação do Brasil, em volume, plantação e ingestão.

Outros estudos também analisaram a ingestão de frutas por idosos, sem, contudo, especificar os tipos. SCHLETTWEIN-GSELL et al. (1991), relataram que, a maioria dos idosos, em todas cidades estudadas, referiu ingerir frutas e NAJAS et

al. (1994) constataram que 85% dos idosos referiram ingestão desses alimentos. LARRIEU et al. (2004) verificaram que os idosos referiram ingerir frutas (cruas e cozidas), ao menos uma vez ao dia. BOECKNER et al. (2007) avaliaram a alimentação de idosas de áreas rurais dos Estados Unidos, e verificaram que 60,9% ingeriam frutas abaixo da quantidade recomendada pelo Guia Alimentar para a População Americana. Resultado semelhante, ao anterior, foi encontrado por VITOLINS et al. (2007), que também avaliaram a alimentação de idosos residentes em áreas rurais dos Estados Unidos, onde constataram que era ingerida, no máximo, uma porção de frutas ao dia.

Dos que realizaram a 3ª refeição (quadro 6), 66% referiram ingestão de arroz, 61,3%, de feijão, 59,4%, óleo de oliva, 57,5%, carne bovina, 55,7% óleo de soja, 54,7%, alface crua e 53,8%, frango. MARUCCI (1985, 1992) identificou que o almoço de idosos institucionalizados e ambulatoriais, geralmente, era composto por: arroz, feijão, macarrão, carne ou ovos, hortaliças e frutas. O presente estudo obteve resultados semelhantes, principalmente em relação ao arroz, feijão e carnes (bovina e de aves). A predominância da ingestão desses tipos de carnes, também foi encontrada por NAJAS et al. (1994). AREE et al. (2004) verificaram que a maioria dos idosos ingeriam carnes de diversos tipos: suína, bovina, aves e peixes. SCHNEIDER et al. (2006) relataram que 96% das idosas ingeriam carnes, diariamente, sendo os tipos mais consumidos: frango, bovina e suína, respectivamente.

AREE et al.(2004) verificaram que é, habitualmente, ingerido, por fazer parte da cultura do norte da Tailândia, arroz bastante cozido (“papa”). NAJAS et al. (1994), também, relataram que arroz era consumido por cerca de 70% dos idosos. Em relação ao feijão, MONTEIRO et al.(2004) constataram ingestão diária de feijão, pré e pós intervenção nutricional. O Ministério da Saúde (2006) incentiva a ingestão de arroz e feijão, por ser uma preparação, tipicamente, brasileira e apresentar adequada combinação proteica. Para Da MATTA (1987), arroz com feijão é uma preparação síntese do estilo brasileiro de comer, expressando a culinária relacional, capaz de misturar e combinar o negro com o branco.

Em relação à utilização de óleos, o tipo mais citado foi o de oliva (geralmente utilizado para temperar hortaliças cruas), seguido de óleo de soja (para refogar alimentos). A SBC (2007) recomenda a utilização desses óleos, desde que em pouca

quantidade, por serem, respectivamente, ricos em ácidos graxos monoinsaturados e ácidos graxos poliinsaturados. SCHENEIDER et al. (2006) relataram que 94% das idosas referiram utilização de óleo de girassol e 13%, de oliva. AREE et al. (2004) verificaram que o tipo de óleo mais comumente utilizado era o de palma, devido ao baixo preço.

Em relação à ingestão de hortaliças, 54,7% referiram alface crua. Embora citados por menos de 50% dos participantes, apareceram os legumes: cenoura, abobrinha e batata, além de tomate. MARUCCI (1992) encontrou que alface era um dos tipos de verduras mais comuns na alimentação dos idosos avaliados. Autores de outros estudos relataram que, a maioria dos idosos referiu ingerir hortaliças habitualmente (SCHLETTWEIN-GSELL et al., 1991; LARRIEU et al., 2004). Outros autores, que estudaram a alimentação de idosos residentes em áreas rurais dos Estados Unidos, verificaram ingestão de hortaliças abaixo das quantidades recomendadas pelo Guia Alimentar para a População Americana (PULLEN & WALKER, 2002; BOECKNER et al., 2007; VITOLINS et al., 2007). Ressalte-se a importância da ingestão de hortaliças, por serem fontes de fibras, vitaminas e minerais, além de contribuir para o controle da colesterolemia (MS, 2005; MS, 2006; SBC, 2007).

Em relação às 4^a, 5^a e 6^a refeições (quadros 7, 8 e 9, respectivamente), observa-se que os alimentos e preparações que as compuseram, são semelhantes aos referidos na 3^a refeição (quadro 6). Algumas diferenças podem ser notadas, em relação à 3^a refeição, como: referências a biscoitos salgados (4^a e 5^a refeições), pão francês (4^a refeição), chás e leite integral (6^a refeição), além de menor proporção de feijão, ainda que presente. Essas variações, muito provavelmente, estão relacionadas com a dependência do número de refeições diárias que os idosos realizaram.

Nove idosos realizaram a 7^a refeição, sendo que destes, 55,6% referiram consumir chás. MARUCCI (1985) verificou que esse tipo de bebida era oferecido, com frequência, no lanche da tarde ou no lanche noturno a idosos institucionalizados. Em outro estudo, o mesmo autor verificou que chás também estiveram presentes na alimentação dos idosos avaliados, podendo ter refletido hábito alimentar daquele grupo (MARUCCI, 1992).

A 8ª refeição foi realizada por somente um idoso do grupo, constituída de: leite semidesnatado e biscoito salgado.

Como dito anteriormente, as refeições não foram classificadas, como ocorre habitualmente: café da manhã, almoço ou jantar. Elas foram ordenadas, durante um dia, conforme referidas pelos idosos. Talvez agora elas possam ser denominadas, levando em consideração os alimentos e preparações que as compuseram, além dos horários em que foram realizadas. Assim sendo, tem-se:

- ✓ 1ª refeição: café da manhã;
- ✓ 2ª refeição: lanche da manhã ou almoço;
- ✓ 3ª refeição: almoço ou jantar;
- ✓ 4ª e 5ª refeição: almoço, lanche da tarde, jantar ou lanche noturno;
- ✓ 6ª refeição: jantar ou lanche noturno;
- ✓ 7ª e 8ª refeição: lanche noturno.

Em estudos que envolvem avaliação da ingestão de alimentos, há possibilidade que o entrevistado, independentemente do grupo etário a que pertença, apresente viés de memória. Além disso, o presente estudo apresenta limitações, por apresentar desenho transversal, o que permite somente conhecimento dos HAs desse grupo de idosos, num momento específico. Outros aspectos poderiam ter sido incluídos, como por exemplo: escolaridade, renda, pessoa responsável pelo preparo dos alimentos e eletrodomésticos disponíveis. Talvez tivesse sido interessante não incluir idosos que já haviam recebido orientação alimentar por nutricionista, a fim de minimizar vieses.

O tema HAs é complexo e influenciado por diversos fatores (clínicos, psicológicos, socioeconômicos, ambientais e culturais). É necessário lembrar que devem ser consideradas as alterações que podem influenciar os HAs desse grupo etário (CAMPOS et al.,2000; DONINI et al. 2003).

BOOG (1999) relata que hábito alimentar tem dimensão social, advinda do modo de produção da sociedade, das relações dos indivíduos no mercado de trabalho e da classe social a que pertencem, além de ter influência da história pessoal de cada indivíduo. O Guia Alimentar para a População Brasileira relata que aquilo que se

come e bebe não é somente uma questão de escolha individual, mas também familiar e social, além de sofrer interferência do sistema de produção e abastecimento de alimentos. A pobreza, a exclusão social e a qualidade da informação disponível frustram, ou pelo menos, restringem a escolha de alimentação saudável (MS, 2005).

Os estudos que abordaram hábitos alimentares de idosos são distintos, apresentam diferentes desenhos e métodos e, além disso, existem poucas publicações sobre o tema. Por esses motivos, muitas vezes, as comparações entre os mesmos podem ficar prejudicadas. As conceituações de hábitos alimentares e de refeições ainda não estão claras, apesar de serem temas bastante recorrentes.

O grupo de voluntários avaliados apresenta características diferentes de idosos hospitalizados, institucionalizados ou acamados em assistência domiciliar. Eles conseguem se locomover e têm condições para a realização das atividades de vida diária, o que provavelmente, lhes permitiu interesse e participação na realização do presente trabalho.

6. CONCLUSÕES

Os alimentos e/ou preparações considerados HAs desse grupo de idosos são: café, leite, pão francês, arroz, feijão, carne bovina e de frango, alface crua, banana, óleos de oliva e de soja.

O número de refeições realizadas por dia, em média, atende à orientação dada. Maior proporção de idosos referiu não ingerir bebidas alcoólicas. As carnes, bovina e de frango, cozidas em calor úmido (ensopadas e/ou refogadas) e em calor seco (assadas ou grelhadas), foram, proporcionalmente, mais referidas que as fritas.

Constatou-se pequena variedade de alimentos, especialmente em relação a hortaliças e frutas e ausência de hábito alimentar para ingestão de água. Verificou-se baixa proporção de idosos que referiram ingestão de pães integrais e de leites com menores teores de gordura. Metade do grupo referiu ingerir alimentos e/ou preparações em horários diferentes dos habituais.

7. RECOMENDAÇÕES

Recomenda-se que esse grupo de idosos seja orientado, ou reorientado, quanto à melhoria de seus HAs, levando sempre em consideração suas características clínicas, psicológicas, socioeconômicas, ambientais e culturais. Além disso, faz-se necessária a realização de mais estudos nacionais sobre HAs de idosos.

8. REFERÊNCIAS

- Aree P, Tanphaichitr V, Suttharangsri W, Kavanagh K. Eating behaviors of elderly persons with hyperlipidemia in urban Chiang Mai. *Nurs Health Sci.* 2004;6(1):51-57.
- Barnard RJ. Effects on life-style modification on serum lipids. *Arch Intern Med.* 1991;151(7):1389-94.
- Boeckner LS, Pullen CH, Walker SN, Oberdorfer MK, Hageman PA. Eating behaviors and health history of rural midlife to older women in the midwestern United States. *J Am Diet Assoc.* 2007;107:306-310.
- Boog MCF. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 1999;15(2 Supl):139-147.
- Cabrera MAS, Jacob Filho W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2001;45(5):494-501.
- Campos MTF, Monteiro JBR, Ornelas APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Rev.Nutr.* 2000;13(3):157-165.
- Canesqui AM, Garcia RWD. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. Alimentação e saúde nas representações e práticas alimentares do comensal urbano; p. 223.
- Carlsson P, Tidermark J, Ponzer S, Söderqvist A, Cederholm T. Food habits and appetite of elderly women at the time of a femoral neck fracture and after nutritional and anabolic support. *J Hum Nutr Diet.* 2005;18(2):117-20.
- Cascudo LC. História da alimentação no Brasil. Belo Horizonte: Ed. Itatiaia;1983. 2v, p. 704,735,787-788.
- Cervato AM, Andriolo A, Pereira FAI, Marucci MFN, Nascimento ML, Giordano MF, et al. Alimentação na terceira idade. 3. ed.São Paulo: GENUTI;2002.

Cervato AM, Derntl AM, Latorre MRDO, Marucci MFN. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. *Rev Nutr.* 2005;18(1):41-52.

Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução nº380/2005. Brasília, DF; 2005.

Costa SA. Consumo alimentar e estado nutricional de idosas praticantes de atividade física no Centro de Referência do Idoso de São Miguel Paulista – São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 2006.

Donini LM, Savina C, Cannella C. Eating habits and appetite control in the elderly: the anorexia of aging. *Int Psychogeriatr.* 2003;15(1):73-87.

NCEP-Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA.* 2001;285(19):2486-97.

Fisberg RM, Slater B, Marchioni DML, Martini LA. Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas. Barueri: Manole; 2005. Métodos de inquéritos alimentares; p. 1-31.

Fornés NS. Consumo alimentar e sua influência nos níveis de colesterol sérico. [internet]. *Salud(i)ciência.* 2007;5(7). Disponível em www.siicsalud.com/des/expertocompleto.php/71023. Nota:acesso para assinantes.

Frost PH, Davis BR, Burlando AJ, Curb JD, Guthrie GP, Isaacsohn JL, et al. Coronary heart disease risk factors in men and women aged 60 years and older: findings from the systolic hypertension in the elderly program. *Circulation.* 1996;94:26-34.

Hata Y, Nakajima K. Life-style and serum lipids and lipoproteins. *J Atheroscler Thromb.* 2000;7(4):177-97.

Ikeda M, Brown J, Holland AJ, Fukuhara R, Hodges JR. Changes in appetite, food preference, and eating habits in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2009;73(4):371-376.

Karsch UM. Dependent seniors: families and caregivers. *Cad. Saúde Pública.* 2003;19(3):861-6.

Kolasa KM, Mitchell JP, Jobe AC. Food behaviors of southern rural community-living elderly. *Arch Fam Med.* 1995;4:844-848.

Larrieu S, Letenneur L, Berr C, Dartigues JF, Ritchie K, Alperovitch A. Sociodemographic differences in dietary habits in a population-based sample of elderly subjects: the 3C Study. *J Nutr Health Aging*. 2004;8(6):497-502.

Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde Bem-Estar e Envelhecimento – O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. O projeto SABE em São Paulo: uma visão panorâmica; p. 35-43.

Lorefält B, Ganowiak W, Wissing U, Granérus A-K, Unosson M. Food habits and intake of nutrients in elderly patients with Parkinson's disease. *Gerontology*. 2006;52(3):160-168.

LRCCPPT-Lipid Research Clinics Program. The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial Results. I. Reduction in incidence of coronary heart disease. *JAMA*. 1984;251(3):351-64.

Makdisse MP. Doença arterial coronariana. In: Ramos LR, Toniolo Neto J. *Geriatría e gerontologia*. Barueri: Manole;2005. p. 37-49.

Martins IS, Coelho LT, Mattos IMS, Mazzilli RN, Trigo M, Wilson D. Dislipidemias e alguns fatores de risco associados em uma população periférica da região metropolitana de São Paulo, SP, Brasil: um estudo piloto. *Rev Saúde Pública*. 1989;23:236-43.

Marucci MFN. Avaliação das dietas oferecidas em instituições para idosos, localizadas no município de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1985.

Marucci MFN. Aspectos nutricionais e HAs de idosos, matriculados em ambulatório geriátrico [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1992.

Marucci MFN. Alimentação e hidratação: cuidados específicos e sua relação com o contexto familiar. In: Duarte YAO, Diogo MJD. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 223-34.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas*. Brasília, DF; 2002.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição: *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Brasília, DF; 2005.

Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF; 2006.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: dislipidemias em pacientes de alto risco de desenvolver eventos cardiovasculares [documento na internet].Disponível em http://drt2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/do_dç7_ç1.pdf Brasília;2002.[acesso em 18 set.2007].

Ministério da Saúde. Datasus. Cadernos de informação de saúde [documento na internet]. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/SP/SP_Sao_Paulo_Geral.xls Brasília;2007.[acesso em 22 dez.2007].

Monteiro RCA, Riether PTA, Burini RC. Efeito de um programa misto de intervenção nutricional e exercício físico sobre a composição e os HAS de mulheres obesas em climatério. Rev. Nutr. 2004;17(4):479-489.

Nyaruhucha CNM, Msuya JM, Matruda E. Nutritional status, functional ability and food habits of institutionalised and non-institutionalised elderly people in Morogoro region, Tanzania. East Afr Med J. 2004;81(5):248-53.

Oliveira A, Mancini Filho J. Perfil nutricional e lipídico de mulheres na pós-menopausa com doença arterial coronariana. Arq Bras Cardiol. 2005;84(10):325-29.

Ono A, Shibaoka M, Yano J, Asai Y, Fujita T. Eating habits and intensity of medication in elderly hypertensive outpatients. Hypertens Res. 2000;23(3):195-200.

Ornellas L H. A alimentação através dos tempos. Florianópolis, SC: Editora da UFSC; 2003. Antropologia cultural, culinária e nutrição, HAS; 273-284.

Parada NM de, Cozza E, Parada JL. Relación entre hábitos alimentarios y niveles de colesterol sérico en una población suburbana de Argentina. Arch Latinoam Nutr. 1999;49(4):333-37.

Pelkman CL, Fishell VK, Maddox DH, Pearson TA, Mauger DT, Kris-Etherton PM. Effects of moderate-fat (from monounsaturated fat) and low-fat weight-loss diets on the serum lipid profile in overweight and obese men and women. Am J Clin Nutr. 2004;79:204-12.

Pullen C, Walker SN. Midlife and older rural women's adherence to U.S. Dietary Guidelines across stages of change in healthy eating. Public Health Nurs. 2002;19(3):170-178.

Rodrigues EM, Rizoli HBB, Rocha DC, Ward, LS. Influência do hábito alimentar nas doenças metabólicas de idosos em um hospital geral. Rev Bras Clín Terap. 2001;27(1):17-20.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. 4. Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arq Bras Cardiol. 2007; 88. (Supl 1):2-19.

Schlettwein-Gsell D, Barclay D. Longitudinal changes in dietary habits and attitudes of elderly europeans. Eur J Clin Nutr. 1996. Supl 2;50:S56-S66.

Schlettwein-Gsell D, Barclay D, Osler M, Trichopoulou A. Dietary habits and attitudes. Eur J Clin Nutr. 1991. Supl 3;45:83-95.

Schneider RJ, Barengo N, Haapala I, Tavella M. Association between dietary habits, education, serum triglycerides and blood cholesterol among women of Cabildo, Buenos Aires. Medicina (B Aires). 2006;66(6):517-525.

Shahar DR, Schultz R, Shahar A, Wing RR. The effect of widowhood on weight change, dietary intake, and eating behavior in the elderly population. J Aging Health. 2001;13(2):186-199.

Siviero J, Taufer M, Flores GAL, da Cruz AM, da Cruz IBM. Aspectos relacionados ao hábito alimentar e estilo de vida de idosos acima de 80 anos e de seus familiares cuidadores em Veranópolis - RS. R.Med.PUCRS. 2002;12(4): 342-50.

Smith Jr SC, Allen J, Blair SN, Bonow RO, Brass LM, Fonarow GC, et al. AHA/ACC Guidelines for Secondary Prevention for Patients with Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease. J Am Coll Cardiol. 2006;47(10):2130-9.

Turley ML, Skeaff CM, Mann JI, Cox B. The effect of a low-fat, high-carbohydrate diet on serum high density lipoprotein cholesterol and triglyceride. Eur J Clin Nutr. 1998;52(10):728-32.

Vitolins MZ, Tooze JA, Golden SL, Arcury TA, Bell RA, Davis C, et al. Older adults in the rural south are not meeting healthful eating guidelines. J Am Diet Assoc. 2007;107:265-272.

Williams SR. Fundamentos de nutrição e dietoterapia. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. O ambiente alimentar e os HAs. p. 179-196.

Woortman K. Hábitos e ideologias alimentares em grupos de baixa renda [relatório final de pesquisa]. Brasília; 1978 [acesso em 17 de janeiro de 2009]. Disponível em www.unb.br/ics/dan/serievinteempdf.pdf

9. ANEXOS

Anexo 1. Cópia do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: HAs de idosos hipercolesterolêmicos atendidos em ambulatório da cidade de São Paulo.

Pesquisadora Responsável: Juliana dos Santos Cantária

Esta pesquisa tem o objetivo de estudar HAs de idosos com colesterol elevado. Para isto, é necessário conhecer sua alimentação habitual. A pesquisadora entrevistará o senhor(a), perguntando sobre os tipos e quantidades dos alimentos que o senhor(a) come. Seus dados registrados pelo CRI serão consultados. Será realizada entrevista para coleta dos seguintes dados: sexo, idade, uso de medicamento para colesterol elevado, tempo que sabe que tem a doença. Esta pesquisa não trará nenhum risco para o senhor(a).

Os dados obtidos poderão contribuir para o conhecimento das condições de saúde e alimentação dos idosos, colaborando para o desenvolvimento de programas de saúde.

Em caso de dúvidas, a pesquisadora está disponível nos telefones: 2030-4041 ou 2030-4079.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. receber resposta a qualquer dúvida sobre a pesquisa;
2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo no atendimento recebido no CRI;
3. ter garantia de que minha identidade não será revelada e que os dados obtidos serão utilizados somente para esta pesquisa, podendo ser divulgados em congressos, reuniões científicas e publicados em revistas científicas.
4. procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 - Cerqueira César, São Paulo - SP, em caso de dúvidas ou informações sobre acontecimentos imprevistos.

Declaro que entendi a pesquisa e aceito participar, sem receber qualquer pagamento.

São Paulo, ____ de ____ de ____ .

Nome do sujeito/ ou do responsável: _____

Assinatura: _____

Eu, Juliana dos Santos Cantária, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto, ao participante e/ou responsável.

Anexo 2. História Alimentar

Pesquisa: Hábitos alimentares de idosos hipercolesterolêmicos, atendidos em ambulatório da cidade de São Paulo

Responsável: Juliana dos Santos Cantária

HISTÓRIA ALIMENTAR

Nome: _____ nº prontuário: _____

Sexo: _____ Nº telefone: _____

Data da entrevista: _____ Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Estado Civil:

casado(a)/unido(a) viúvo(a) solteiro(a) divorciado(a)/separado(a)

Com quem mora?

sozinho(a) com esposo(a) com familiares com amigos(as)

É comum ficar sozinho(a) em casa?

Sim Não

O senhor(a) usa algum medicamento para controlar o colesterol do sangue?

Sim Não

Há quanto tempo o senhor(a) sabe que tem colesterol alto ou que usa medicamento para essa situação? ≤ 6 meses > 6 meses

Alguma vez o(a) senhor(a) já recebeu orientação de algum profissional da saúde sobre cuidados com a alimentação para controlar o colesterol do sangue?

Sim Não

Caso responda sim, mudou a forma de preparo de algum alimento após essa orientação?

Sim Não

Há algum alimento e/ou preparação que o(a) senhor(a) não come?

Sim _____ Não

Caso afirmativo, por quê?

- falta de recursos financeiros
- problemas dentários
- problemas com deglutição
- proibição de profissional da saúde
- ouviu dizer que faz mal à saúde
- mora sozinho(a) e não quer cozinhar para si
- religião não permite
- não gosta
- falta de apetite
- alergia

O(a) senhor(a) precisa de algum tipo de ajuda para se alimentar?

- alguém precisa preparar os alimentos
- alguém precisa ir comprar os alimentos
- ajuda financeira
- depende de alguém para alimentá-lo(a) durante as refeições

não necessita de nenhum tipo de ajuda

Quando o(a) senhor(a) realiza as refeições, tem alguma companhia?

- esposo(a)
 filho(a)
 genro ou nora
 neto(a)/bisneto(a)
 amigo(a)
 realiza as refeições sozinho(a)

Em que local realiza as refeições?

residência restaurante casa de parentes outros: _____

Se na própria residência:

cozinha sala quarto quintal outros: _____

O seu consumo de água é de:

até 3 copos por dia 4 a 5 copos por dia 6 a 8 copos por dia

Ingere bebidas alcoólicas?

sim não

Caso afirmativo:

Destiladas:

pinga uísque gin vodka

Freqüência:

Sempre Nunca Eventualmente

Fermentadas:

cerveja vinho licor

Freqüência:

Sempre Nunca Eventualmente

Para preenchimento posterior:

Nº de refeições realizadas durante um dia:

Tem costume de comer algum alimento em outros horários?

Sim Não

Caso afirmativo, especificar: _____

Alimentação Habitual

Horário	Preparação	Alimento	Medida Caseira	Frequência

Anexo 3. Documento de aprovação do projeto de pesquisa, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública/USP.



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Of.COEP/ 156 / 08

Protocolo 1765

Projeto de Pesquisa HÁBITOS ALIMENTARES DE IDOSOS HIPERCOLESTEROLÊMICOS ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DA CIDADE DE SÃO PAULO

Pesquisador(a) Juliana dos Santos Cantaria

13 de JUNHO de 2008.

Prezado(a) Orientador(a).

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP analisou, em sua 5.ª/08 Sessão ORDINÁRIA, realizada em 06/06/2008, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96 e suas complementares, o protocolo de pesquisa acima intitulada e o considerou **APROVADO COM RECOMENDAÇÃO**, devendo a pesquisadora reescrever o termo de consentimento livre e esclarecido evitando o uso de termos técnicos – e se houver, deverá explicar e, ainda, assinar o campo “assinatura do pesquisador”. Assim que atendido o solicitado, deverá encaminhar uma cópia para arquivo deste COEP.

Cabe lembrar que conforme Resolução CNS/196/96 são deveres do (a) pesquisador (a):

1. Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa;
2. Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria;
3. Comunicar, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto;
4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e finais;
5. Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leberé

Professor Associado
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – FSP/COEP

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Dr.ª MARIA DE FÁTIMA NUNES MARUCCI
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

Anexo 4. Primeira página do *currículo lattes* da orientadora

Maria de Fátima Nunes Marucci

Possui graduação em Nutrição pela Universidade de São Paulo (1977), especialização em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1979), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1985) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1992) . Atualmente é Professor doutor da Universidade de São Paulo, Membro de corpo editorial da Nutrire (SBAN), Membro de corpo editorial da Revista Brasileira de Ciência e Movimento, Revisor de periódico da Revista de Nutrição, Revisor de periódico da Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health, Revisor de periódico da Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ), Revisor de periódico da Saúde em Revista, Revisor de periódico da Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano, Revisor de periódico da Revista Brasileira de Ciência e Movimento, Revisor de periódico da Revista da Associação Médica Brasileira, Revisor de periódico da Revista de Nutrição da PUCCAMP, Revisor de periódico da Revista Brasileira de Epidemiologia, Revisor de periódico da Gerontologia e Revisor de periódico da Saúde e envelhecimento-SBG-SP. Tem experiência na área de Nutrição, com ênfase em Análise Nutricional de População. Atuando principalmente nos seguintes temas: Alimentação de idosos, Avaliação Nutricional, Análise Nutricional de População, Consumo alimentar, Hábitos Alimentares e Nutrição de idosos.

(Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)

Última atualização do currículo em 20/06/2009

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/4869162380172913>



Anexo 5. Primeira página do *currículo lattes* da orientanda

Juliana dos Santos Cantária

Possui graduação em Nutrição pelo Centro Universitário São Camilo (1997). É nutricionista do Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia José Ermírio de Moraes. Atualmente cursa mestrado no Programa de Pós-Graduação de Nutrição em Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 29/07/2009

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/0206969938026235>



**Certificado
pelo autor em
29/07/09**

10. GLOSSÁRIO

Biscoito doce simples: biscoito doce que não tem recheio, nem cobertura, podendo ser de diversos sabores como: leite, maisena, coco, chocolate, etc;

Biscoito salgado: biscoito de água e sal ou cream cracker ou de água;

Bolo simples: preparação à base de farinha de trigo, leite, ovos e açúcar ou adoçante, podendo ser acrescida de coco ralado ou chocolate em pó ou cenoura ou suco de laranja. Não apresenta cobertura, nem recheio;

Doce de abóbora: preparação à base de abóbora e açúcar. Pode ser caseiro ou industrializado;

Doce de banana: preparação à base de banana e açúcar. Pode ser caseiro ou industrializado;

Doce de leite: preparação à base de leite e açúcar ou lata de leite condensado cozida. Pode ser caseiro ou industrializado;

Preparações cozidas em calor úmido: ensopadas e/ou refogadas;

Preparações cozidas em calor seco: assadas ou grelhadas;

Pudim de leite condensado: preparação à base de leite, leite condensado, ovos e calda caramelizada de açúcar;

Suco de frutas: suco de frutas natural preparado com a fruta *in natura* e água.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)