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

**Comportamento alimentar de idosos residentes na
área urbana do município de São Paulo e variáveis
sociodemográficas e culturais – Estudo SABE:
Saúde, Bem-estar e Envelhecimento**

Cláudia Sebba de Souza Moura

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Nutrição em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Nutrição em Saúde
Pública

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

**São Paulo
2012**

**Comportamento alimentar de idosos residentes na
área urbana do município de São Paulo e variáveis
sociodemográficas e culturais – Estudo SABE:
Saúde, Bem-estar e Envelhecimento**

Cláudia Sebba de Souza Moura

Versão corrigida da dissertação de mestrado
apresentada ao Programa de Pós-graduação
Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Nutrição em Saúde
Pública

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

**São Paulo
2012**

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

À minha filha, Gabriela, que mesmo em seus poucos anos tem me ensinado muito sobre a vida... Minha maior fonte de inspiração e esperança, pelo apoio, companheirismo e compreensão.

Aos meus irmãos Lydia, Virgínio José e Elisa, meus eternos amigos de sangue e de alma, os maiores presentes de Deus em minha vida... Pelo apoio e presença constantes em minha vida.

Aos meus pais, Virgínio e Diba, pelo exemplo de luta, força, coragem e fé... Por me aceitarem como sou e apoiarem minhas escolhas incondicionalmente. Esta conquista não seria possível sem o apoio e incentivo de vocês.

Ao meu marido, Alexandre, pelos momentos de apoio e companheirismo.

Aos meus avós, Jandira, Benedito e Farjala, por me mostrarem o melhor lado do envelhecimento. Muitas saudades...

A minha avó Irma, pelo exemplo de determinação e coragem.

Ao meu afilhado, Caio e meus sobrinhos Pedro, Elisa e Pedro exemplos de alegria e esperança a cada dia.

A todos familiares, em especial, Nelson, Ivan, Aline, Fernanda, José Luiz e Silvia Regina, pelos bons momentos de convivência e apoio nesta fase.

À Mel, pela companhia e amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de experimentar a vida e seus desafios.

À Professora e orientadora, Maria de Fátima, por fazer parte do meu crescimento profissional e pessoal. Obrigada por ter acreditado no meu trabalho.

A todos professores, os quais tive a oportunidade de conhecer nas disciplinas realizadas e no convívio da pós-graduação, pelo conhecimento transmitido e pela dedicação.

Aos amigos que encontrei nesta trajetória, Manuela, Ligia, Mahmi, Ivy, Marianela, Luiza, Adriana, Daiana, Juliana, Daniele, Leonardo e Luís, por compartilhar muitos momentos nesta etapa. Obrigada pela presença e apoio.

Ao Professor José Maria Pacheco de Souza pelos ensinamentos e auxílio na compreensão e interpretação das análises estatísticas.

À Manuela Ferreira de Almeida pelo auxílio na realização e interpretação das análises estatísticas.

Às secretárias Alessandra, Ângela, Vânia, Renilda, Roseli e Célia Cintia, pela atenção e gentileza.

Aos funcionários da biblioteca, em especial, José, Maria Lucia, Antônia, Gabriela, Gisele, Miriam e Ricardo pela disponibilidade e gentileza em minhas solicitações.

À Hilda e Beatriz, pela dedicação e apoio.

Aos idosos que participaram deste estudo.

À Professora Maria Lúcia Lebrão, pela oportunidade de participar do Estudo SABE.

À Ângela e Fernão pela gentileza e auxílio nas questões relacionadas ao banco de dados do estudo SABE.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, pela bolsa de estudos proporcionada para a realização deste trabalho. O presente trabalho foi realizado com apoio do CNPq, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil.

***“O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim:
esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e
depois desinquieta. O que ela quer da gente é
coragem”***

João Guimarães Rosa

Moura CSS. Comportamento alimentar de idosos, residentes na área urbana do município de São Paulo e variáveis sociodemográficas e culturais - Estudo SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2012.

Resumo

Introdução: Segundo a literatura científica, o comportamento alimentar de idosos está relacionado a variáveis sociodemográficas e culturais. **Objetivo:** Verificar a associação entre comportamento alimentar de idosos, residentes no município de São Paulo, e variáveis sociodemográficas e culturais. **Métodos:** Estudo transversal, com idosos (≥ 60 anos), de ambos os sexos, do Estudo SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, realizado em 2000, no município de São Paulo, selecionados por amostra probabilística. As variáveis de estudo foram referidas: **comportamento alimentar** (número de refeições < 3 /dia, ausência de costume para preparar refeições quentes e comprar alimentos, e frequência de ingestão de alimentos (produtos lácteos < 1 x/dia; frutas ou verduras < 2 x/dia; líquidos ≤ 5 copos/dia; carnes < 3 x/sem; ovos e leguminosas < 1 x/sem; e bebidas alcoólicas-sim)); **sociodemográficas** (escolaridade, sexo, grupos etários, estado marital e companhia no domicílio); e **culturais** (vida no campo, durante infância ou adolescência, religião e nacionalidade). Utilizou-se teste de *Rao & Scott*, regressão logística múltipla ($p < 0,05$) e programa *Stata, Versão 10.1*. **Resultados:** Foram estudados 2143 idosos (59% mulheres e 78% grupo etário 60-74). **Constatou-se associação positiva** entre: 1. escolaridade ≤ 4 anos e produtos lácteos, carnes, frutas ou verduras e costume de não comprar alimentos 2. zero anos de escolaridade e líquidos e número de refeições; 3. sexo masculino e produtos lácteos, frutas ou verduras, bebidas alcoólicas e não preparar refeição; 4. grupo ≥ 75 anos e líquidos, costume de não preparar refeições e não comprar alimentos; 5. estado marital: separados e carnes, ovos e leguminosas e frutas ou verduras; 6. solteiros e carnes; 7. ser estrangeiro e ovos e leguminosas; 8. vida no campo e líquidos; 9. “outras religiões” e não comprar alimentos; e **associação negativa** entre: 1. escolaridade ≤ 4 anos e bebidas alcoólicas; 2. sexo masculino e ovos e leguminosas e líquidos; 3. grupo ≥ 75 anos e produtos lácteos, frutas ou verduras, bebidas alcoólicas e número de refeições; 4. estado marital: separados e não comprar alimentos; 5. viver sozinho e não preparar refeições e não comprar alimentos; 6. ser estrangeiro e produtos lácteos e frutas ou verduras; 7. religião evangélica e bebidas alcoólicas. **Conclusão:** Constatou-se associação, positiva ou negativa, entre comportamento alimentar e variáveis sociodemográficas e culturais, com destaque para escolaridade, sexo e grupo etário.

Descritores: Comportamento alimentar; Alimentação; Idoso; Idoso de 80 anos ou mais; Saúde do idoso; Estudo SABE.

Moura CSS. Feeding behavior of elderly people residing in the urban area of São Paulo city and sociodemographic and cultural variables – SABE Survey: Health, Wellbeing and Aging [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.

Abstract

Introduction: According to the scientific literature, the elderly people feeding behavior is associated with sociodemographic and cultural variables. **Objective:** The aim of this study was verify the association among elderly feeding behavior residing in the urban area of São Paulo city and sociodemographic and cultural variables. **Methods:** Cross-sectional study, with elderly (≥ 60 years), of both sex, from the SABE Survey: Health, Wellbeing and Aging, performed in 2000, in São Paulo city, selected by probabilistic sample. The study variables were self-reported: **feeding behavior** (number of meals <3 /day, absence of habit to prepare hot meals and buying food, and frequency of food intake (dairy products <1 /day; fruits and vegetables <2 /day; liquids ≤ 5 glasses/day; meat, fish or poultry <3 /week; eggs and legumes <1 /week; and alcohol -yes)); **sociodemographic** (education, sex, age groups, marital status and company at home); and **cultural** (life in rural area during childhood or adolescence, religion and nationality). It was used the Rao & Scott test and multiple logistic regression ($p < 0,05$) and Stata Version 10.1 program. **Results:** This research studied 2143 elderly people (59% women e 78% age group 60-74). **It was found positive association** between: 1. education ≤ 4 years and dairy products, meat, fish or poultry, fruits or vegetables and habit of not buying food. 2. zero years of education and liquids and number of meals. 3. male sex and dairy products, fruits or vegetables, alcohol and not preparing hot meals. 4. group ≥ 75 years and liquids, habit of not preparing hot meals and not buying food; 5. marital status: divorced and meat, fish or poultry; eggs and legumes and fruits or vegetables; 6. singles and meat, fish or poultry; 7. to be foreigner and eggs and legumes; 8. life in rural area and liquids; 9. “other religions” and not buying food; and **negative association** between: 1. education ≤ 4 years and alcohol; 2. male sex and eggs and legumes and liquids; 3. group ≥ 75 years and dairy products, fruits or vegetables, alcohol and number of meals; 4. marital status: divorced and not buying food; 5. living alone and not preparing meals and not buying food; 6. to be foreigner and dairy products and fruits or vegetables; 7. evangelical religion and alcohol. **Conclusion:** It was found association, positive or negative, among feeding behavior and sociodemographic and cultural variables, with prominence of education, sex and age group.

Descriptors: Feeding behavior; Feeding; Aged; Aged, 80 and over; Health of the elderly; SABE Survey.

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE IDOSOS	14
1.2	DETERMINANTES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE IDOSOS	18
2	OBJETIVOS	25
2.1	OBJETIVO GERAL	26
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
3	CASUÍSTICA E MÉTODOS	27
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	28
3.2	ESTUDO SABE: SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO, EM 2000	28
3.3	AMOSTRA DESTE ESTUDO	30
3.4	VARIÁVEIS DE ESTUDO	31
3.4.1	Variável dependente: comportamento alimentar referido	31
3.4.1.1	Variáveis relacionadas ao comportamento alimentar	31
3.4.2	Variáveis independentes: sociodemográficas e culturais	34
3.4.2.1	Variáveis sociodemográficas	34
3.4.2.2	Variáveis culturais	35
3.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA	36
3.6	QUESTÕES ÉTICAS	37
4	RESULTADOS	38
4.1	DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO	39
4.2	CARACTERÍSTICAS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR REFERIDO POR IDOSOS SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CULTURAIS	45
4.2.1	Características da ingestão de alimentos referida por idosos segundo variáveis sociodemográficas e culturais	45
4.2.2	Características do número de refeições, costume de preparar refeição quente e de comprar alimentos referidos por idosos segundo variáveis sociodemográficas e culturais.	50

4.3	ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS DEPENDENTES E INDEPENDENTES	54
4.3.1	Associação entre variáveis relacionadas ao comportamento alimentar e variáveis sociodemográficas e culturais	54
4.3.1.1	Associação entre ingestão alimentar e variáveis sociodemográficas e culturais	54
4.3.1.2	Associação entre número de refeições, costume de preparar refeição quente e de comprar alimentos e variáveis sociodemográficas e culturais	58
4.4	ASSOCIAÇÃO (MODELO FINAL) ENTRE VARIÁVEIS DEPENDENTES E INDEPENDENTES	61
4.4.1	Associação (modelo final) entre variáveis relacionadas ao comportamento alimentar e variáveis sociodemográficas e culturais	61
4.4.1.1	Associação (modelo final) entre ingestão alimentar e variáveis sociodemográficas e culturais	61
4.4.1.2	Associação (modelo final) entre número de refeições, costume de preparar refeição quente e de comprar alimentos e variáveis sociodemográficas e culturais.	68
5	DISCUSSÃO	71
6	CONCLUSÃO	105
7	REFERÊNCIAS	108
	ANEXOS	119
	Anexo 1 – Aprovação do Estudo SABE, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública/USP – COEP	120
	Anexo 2 – Aprovação do Estudo SABE, pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP	121
	Anexo 3 – Aprovação do presente estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública/USP – COEP	122
	Anexo 4 - Termo de consentimento do Estudo SABE 2000	123
	Anexo 5 - Autorização para utilização dos dados, pela coordenadora do Estudo SABE, no Brasil.	124
	Anexo 6 – Parte do questionário do Estudo SABE, com destaque para as questões que foram utilizadas nesta pesquisa.	125
	CURRÍCULO LATTES	136

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização da população de estudo segundo variáveis sociodemográficas, Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.	40
Tabela 2 – Caracterização da população de estudo segundo ingestão referida de alimentos, Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000. Fonte: Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.	42
Tabela 3 – Caracterização da população de estudo segundo número de refeições, costume de preparar refeição quente e de comprar alimentos, Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.	44
Tabela 4 – Distribuição de idosos segundo ingestão de alimentos e variáveis sociodemográficas e culturais, Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.	48
Tabela 5 – Distribuição de idosos, segundo número referido de refeições ao dia, costume de preparar refeição quente e de comprar alimentos e variáveis sociodemográficas e culturais, Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.	52
Tabela 6 – Associação entre as variáveis sociodemográficas e culturais e ingestão referida de alimentos, Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.	56
Tabela 7 – Associação entre as variáveis sociodemográficas e culturais e número de refeições, costume de não preparar refeição quente e não comprar alimentos, Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.	59
Tabela 8 – Associação (modelo final) entre variáveis sociodemográficas e culturais e referência de ingestão de produtos lácteos (< 1 vez ao dia), Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.	62
Tabela 9 – Associação (modelo final) entre variáveis sociodemográficas e culturais e referência de ingestão de ovos, feijão ou lentilhas (< 1 vez por semana), Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.	63

Tabela 10 – Associação (modelo final) entre variáveis sociodemográficas e culturais e referência de ingestão de frutas ou verduras (< 2 vezes ao dia), Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.	64
Tabela 11 – Associação (modelo final) entre variáveis sociodemográficas e culturais e referência de ingestão de carne, peixe ou aves (< 3 vezes por semana), Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.	65
Tabela 12 – Associação (modelo final) entre variáveis sociodemográficas e culturais e referência de ingestão de líquidos ($\leq$ 5 copos ao dia), Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.	66
Tabela 13 – Associação (modelo final) entre variáveis sociodemográficas e culturais e referência de ingestão de bebida alcoólica nos últimos 3 meses, Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.	67
Tabela 14 – Associação (modelo final) entre variáveis sociodemográficas e culturais e referência de número de refeições (< 3 ao dia), Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.	68
Tabela 15 – Associação (modelo final) entre variáveis sociodemográficas e culturais e referência de costume de não preparar refeição quente, Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.	69
Tabela 16 – Associação (modelo final) entre variáveis sociodemográficas e culturais e referência de costume de não comprar alimento, Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.	70

Lista de Quadros

Quadro1 – Seções do questionário do Estudo SABE 2000.	30
Quadro 2 – Descrição das variáveis relacionadas ao comportamento alimentar e suas respectivas questões e categorizações.	31
Quadro 3 – Descrição das variáveis sociodemográficas e suas respectivas questões e categorizações.	34
Quadro 4 – Descrição das variáveis culturais e suas respectivas questões e categorizações.	35

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE IDOSOS

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no final da década de 90, com o olhar voltado para o aumento da qualidade de vida das pessoas a medida que envelhecem, utilizou o conceito de “envelhecimento ativo” a fim de abordar questões relacionadas tanto a saúde quanto a outros fatores que envolvem este contexto. Estas ações envolvem modos de vida saudáveis em todas etapas da vida, incluindo além de outras questões o acesso a alimentos saudáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A identificação de condicionantes do comportamento alimentar é muito importante para a promoção da saúde nas populações. Conhecer os determinantes socioeconômicos e culturais da alimentação contribuem para o acesso a uma boa alimentação, uma vez que está vinculada à relações sociais, valores e histórias que implicarão diretamente na saúde e na qualidade de vida das populações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O comportamento alimentar está diretamente relacionado à saúde dos indivíduos e tem sido amplamente discutido na literatura científica que aborda questões relacionadas a políticas públicas de alimentação e intervenções no estilo de vida das populações (GEDRICH, 2003).

Com o acelerado crescimento da população idosa a aplicação de políticas públicas destinadas a este grupo torna-se imprescindível (UCHOA, 2003). O

envelhecimento populacional tem sido considerado um dos maiores desafios da saúde pública, os quais consistem na manutenção da independência e vida ativa e no fortalecimento das políticas públicas de prevenção de doenças e de promoção de saúde (LIMA-COSTA e VERAS, 2003). O acesso dos idosos à alimentação adequada foi um dos objetivos apresentados dentro da questão relacionada à promoção da saúde e do bem-estar durante toda a vida proposta na II Assembléia Mundial sobre o envelhecimento, em abril de 2002. Esta proposta abrange uma alimentação adequada e suficiente desde a primeira infância, evitando deficiências nutricionais e ressaltando a importância da educação nutricional (PESSINI, 2002).

O comportamento alimentar de idosos pode ser definido por atitudes e costumes previamente adquiridos, como tradições, valores e práticas transmitidos de geração em geração, tornando seu estilo de vida e sua alimentação cada vez mais arraigados e difíceis de serem modificados (RESTREPO et al., 2006).

O conceito de comportamento alimentar abrange todas as formas de convívio com o alimento, constituindo ações que vão desde as escolhas alimentares, a aquisição, o preparo e o ato de comer (PHILIPPI, 2008).

As escolhas alimentares são influenciadas por vários fatores relacionados ao meio ambiente, a história de cada indivíduo e aos valores pessoais, os quais podem auxiliar na compreensão das decisões alimentares (POULAIN e PROENÇA, 2003; JOMORI et al., 2008).

A aquisição ou compra dos alimentos resulta das decisões provenientes de hábitos, motivações subjetivas relacionadas as emoções e crenças como também de motivações objetivas como a qualidade, garantia, custo, segurança e conveniência (ORNELLAS, 2001).

Idosos têm considerado a qualidade nutricional e o preço do alimento como prioridades na compra dos alimentos (LIMA-FILHO et al., 2008).

O preparo do alimento, também considerado um dos integrantes do comportamento alimentar, permite o aproveitamento daqueles que não seriam ingeridos em seu estado natural, facilita sua digestão, tornando-os acessíveis aos diferentes grupos etários e condições; além de melhorar o sabor e favorecer sua apresentação (ORNELLAS, 2001).

O preparo de alimentos pelos idosos foi realizado por 41,8% dos participantes de um estudo realizado com 96 idosos no Mato Grosso do Sul, sendo que destes, 80% eram do sexo feminino. Entre os que não preparavam, 92% eram homens (LIMA-FILHO et al., 2008).

POULAIN (2002) acrescenta que o preparo dos alimentos, o planejamento dos cardápios e os rituais das refeições como horários estipulados, posições das pessoas à mesa, entre outros, fazem parte de regras impostas pela sociedade que influenciam a escolha alimentar e ao mesmo tempo contribuem para a identificação do homem com o alimento.

Em relação ao número de refeições ao dia, a maioria dos estudos mostram que os idosos faziam pelo menos 3 refeições ao dia. MARUCCI (1992) verificou que a média de refeições realizadas por idosos matriculados em ambulatório de geriatria foi entre 4 e 5. CANTÁRIA (2009) encontrou resultados semelhantes em estudo realizado em São Paulo, pois, nenhum dos participantes realizou menos que três refeições por dia e a média de refeições diárias foi 5. LIMA-FILHO et al. (2008), em estudo realizado no Mato Grosso do Sul, também verificaram que a maioria (77,1%) dos idosos realizava entre 3 e 4 refeições ao dia.

Em estudo comparativo realizado entre idosos que vivem no domicílio e idosos que vivem em instituição de longa permanência verificou-se menor número de refeições e ingestão de alimentos com maior densidade calórica entre idosos que viviam em casa e maior número de refeições com ingestão de alimentos com densidade calórica menor entre aqueles que viviam em instituições. Os horários definidos para as refeições em instituições de longa permanência podem ter contribuído para o maior número de refeições ingeridas por estes indivíduos, uma vez que os que vivem em casa demonstraram horários variados para se alimentar (ENGELHEART et al., 2006).

O número de refeições realizadas pelos idosos tem sido considerado importante, uma vez que são atividades de recreação e socialização e estão relacionadas a sentimentos de identidade pessoal, além de serem consideradas como um importante recurso para ingestão alimentar destes indivíduos (SHERWOOD, 1973; LIMA-FILHO et al., 2008).

O ato de comer consiste em uma das necessidades básicas do ser humano e envolve um controle permanente dos desejos e sensações (SANTOS, 2008). A aceitação do alimento envolve preferências e aversões que levarão a ingestão alimentar, a qual encerra o processo do comportamento alimentar (PHILIPPI, 2008).

Em relação à ingestão alimentar, CANTARIA (2009) verificou que apenas 33% dos idosos ingeriram de 6 a 8 copos de água por dia. A maior parte dos idosos (78,3%) referiram não consumir bebida alcoólica. Em relação a ingestão de leite, esta foi considerada insatisfatória. Em relação a frutas e hortaliças, apenas alguns tipos foram citados (CANTARIA, 2009). MARUCCI (1992), ao considerar as três principais refeições, verificou que a composição destas dietas seriam café com

açúcar e pão, arroz com feijão e carne, sendo que o leite apenas adquiriu maior importância quando o número de refeições se elevava até 6.

Aspectos culturais, psicossociais e econômicos têm sido considerados importantes na atenção nutricional de idosos que vivem em domicílio, uma vez que estão relacionados à saúde destes indivíduos (NASCIMENTO et al., 2010).

1.2 DETERMINANTES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE IDOSOS

O comportamento alimentar é influenciado por determinantes biológicos, socioculturais, econômicos e psicológicos (GEDRICH, 2003).

Os determinantes biológicos se dividem em fisiológicos, fisiopatológicos e genéticos. As necessidades energéticas, os nutrientes, a sensibilidade gustativa, o sexo e a fase da vida fazem parte deste determinante (GEDRICH, 2003; JOMORI et al., 2008).

Com o avançar da idade ocorrem alterações estruturais e funcionais próprias do envelhecimento natural que se modificam de acordo com cada indivíduo, as quais podem estar associadas a manifestação de doenças comprometendo o comportamento alimentar de idosos (PAPALÉO NETTO e PONTE, 1996). Alterações nas funções sensoriais como redução das papilas gustativas, do paladar e da sensibilidade olfativa colaboram para falta de apetite e diminuição da ingestão de alimentos que garantam a necessidade energética deste indivíduo (BROWNIE, 2006). Entretanto, estas modificações nas funções sensoriais podem ser graduais e têm apresentado menor

impacto na ingestão alimentar quando comparadas à influência dos hábitos, crenças e experiências previamente realizadas (ROLLS, 1999).

Os determinantes socioculturais incluem os grupos de indivíduos que influenciam o comportamento alimentar e podem se dividir em grupos aos quais o indivíduo pertence como a família e amigos; grupos que deseja pertencer e grupos que os indivíduos não desejam pertencer. Estes determinantes são considerados amplos e muitas vezes se encontram associados tanto a liberdade de escolha do indivíduo motivada por valores, confiança, crenças, intenções, envolvimento e experiências como também a sentimentos relacionados às emoções que refletem a percepção e a aprendizagem de modelos pelos indivíduos (GEDRICH, 2003; JOMORI et al., 2008).

Os determinantes econômicos se referem ao preço ofertado pelo mercado e ao poder de compra dos indivíduos (GEDRICH, 2003).

Assim, os determinantes do comportamento alimentar interagem com a situação individual e fornecem várias maneiras de interferir na alimentação dos indivíduos (GEDRICH, 2003).

POULAIN (2004) acredita que a decisão do homem em relação à sua alimentação é influenciada pelos valores do grupo social ao qual pertence, pela construção de identidades culturais e pela diferenciação individual, selecionando recursos disponíveis e transformando-os em preparações culinárias.

A importância de determinantes socioculturais tem sido abordada em alguns estudos e tem sido associada às escolhas alimentares de adultos e idosos (FALK et al., 1996; FISCHLER e MASSON, 2010).

Em estudo realizado nos Estados Unidos com uma amostra representativa de 4.402 indivíduos, com idade de 55 a 98 anos, analisou-se os modos de vida e o comportamento alimentar, utilizando dados de 3 dias de ingestão alimentar como : comer sozinho, comer fora de casa, densidade calórica, omissão de refeições e lanches. Em relação ao modo de vida, foram estabelecidos dois grupos: indivíduos que vivem sozinhos e indivíduos que vivem com esposa ou esposo. Observou-se que os indivíduos que viviam sozinhos realizavam suas refeições sozinhos, se alimentavam fora de casa com frequência, obtiveram uma porcentagem do total de calorias maior em refeições feitas fora de casa e omitiram mais refeições em comparação àqueles que viviam com a esposa ou esposo. As análises sugeriram que não é o fato de viver com alguém que influencia o comportamento, mas sim a presença da(o) esposa(o) que agregou importância (DAVIS et al., 1988).

Entre os indivíduos com idade de 65 anos ou mais, que viviam sozinhos, os homens omitiram mais refeições, fizeram mais refeições fora de casa acompanhadas de alimentos com alta densidade calórica em comparação às mulheres. No entanto, neste mesmo estudo, indivíduos com 75 anos ou mais apresentaram a menor proporção de indivíduos que se alimentaram fora de casa, que omitiram o café da manhã e que ingeriram menos lanches (DAVIS et al., 1988). Outros estudos têm mostrado que idosos que se alimentam sem a companhia de outra pessoa estão sujeitos a mudanças nas práticas alimentares, uma vez que, comem menos e conseqüentemente, estão mais suscetíveis ao risco de subnutrição (DARNTON-HILL, 1992; MION et al., 1994; COBIAC e SYRETTE, 1995).

Assim, maiores atenções devem ser dadas ao grupo etário, ao sexo, à companhia no domicílio e ao estado marital, as quais se encontram relacionadas ao

comportamento alimentar de idosos e têm sido abordadas em vários estudos (MCINTOSH e SHIFFLETT, 1984a; DAVIS et al., 1985; CROCETTI e GUTHRIE, 1986).

O aumento da população idosa tem sido considerado expressivo. Entre 1940 e 2000 os idosos (≥ 60 anos) passaram de 4,1% para 8,6% e, em 2008, este aumento chegou a 11,1%. O crescimento por grupos de idade também tem sido considerado, sendo que entre 1998 e 2008, o grupo etário de 80 anos cresceu 70%, o que tem caracterizado o processo de longevidade no Brasil e consequentemente aumentado a preocupação com este grupo (IBGE, 2007; IBGE, 2009).

LEBRÃO (2003) verificou, em amostra probabilística no município de São Paulo, que entre idosos de 60 a 74 anos, 57% são do sexo feminino e entre aqueles com 75 anos ou mais, 36% são do sexo masculino. Em relação ao estado marital, a proporção de casados é o dobro entre os homens, sendo que a viuvez é cerca de quatro vezes maior entre as mulheres.

Em relação à companhia no domicílio, 10,9% das pessoas idosas viviam sozinhas em 2000, sendo que em 2006 passou para 40,6%, sendo 50,1% mulheres (IBGE, 2000; IBGE, 2008). De acordo com o estudo SABE em 2000, a proporção de idosos que moram sozinhos aumenta conforme aumenta o grupo etário (SAAD, 2003).

Assim, a transição social acompanhada por famílias menores e a perda de vínculos familiares constituem alguns dos fatores que contribuem para alterações na rotina diária dos idosos e podem influenciar seu comportamento alimentar (CHAIMOWICZ e GRECO, 1999).

A família tem sido considerada fator importante nas escolhas alimentares. Crenças e aprendizados estabelecidos na infância têm permanecido no comportamento alimentar de idosos. As lembranças de alimentos preparados pelas mães dos idosos foram consideradas como “uma boa refeição”. As diferentes culturas alimentares provenientes de diferentes países também foram relatadas pelos idosos (FALK et al., 1996).

Portanto, abordagens relacionadas à nacionalidade também são importantes. Entre 1940 e 2000, a população de brasileiros natos passou de 96,6% para 99,6%. No entanto, em 1950 houve o maior percentual de imigração (203,4 mil pessoas), sendo que 43,6% destes indivíduos eram provenientes da Europa. Em 2000, observou-se a presença de Japoneses, portugueses, italianos e espanhóis (IBGE, 2007).

PAZ e GUTERRES (2009) verificaram, em estudo sobre a cultura alimentar de alguns idosos, que existe uma integração entre a herança cultural familiar e os aprendizados sobre novos modos de se alimentar. Entre os relatos dos idosos verificou-se que descendentes de imigrantes que viveram a cultura alimentar transmitida por seus pais na infância, consideraram os deslocamentos como momentos de rupturas alimentares e, mesmo no Brasil, freqüentavam clubes que pertenciam às suas origens.

Estudar o modo como as nações, o sexo, os grupos e as classes sociais se relacionam com a alimentação auxilia na separação do que é considerado comum, característico da época em que se vive do que é característico de cada cultura (FISCHLER e MASSON, 2010).

A migração do campo para cidade também constitui um fator social importante. A taxa de urbanização cresceu de 31,3% para 81,2% entre 1940 e 2000, sendo que o Brasil rural tornou-se urbano (IBGE, 2007).

A urbanização está relacionada à necessidade de reorganização da própria vida, incluindo o tempo, disponibilidade alimentar, periodicidade de compras e recursos financeiros (GARCIA, 2003). A redução das refeições preparadas em casa, e o aumento do consumo de alimentos ultra-processados fazem parte das mudanças nos hábitos alimentares (GARINE e BENGGOA, 2009).

Os hábitos alimentares se constituem pela disponibilidade regional de alimentos que ao interagir com novos povos ampliam as possibilidades alimentares (GARCIA, 1995). Assim, para estudar a alimentação torna-se necessário entender a sociedade e seu desenvolvimento, uma vez que cada grupo possui uma forma de vida identificada como cultura. Sob o olhar de determinada cultura, o alimento pode ser encarado como uma maneira de saciar a fome ou como fonte de prazer e socialização, onde o consumo de alimentos se baseará em um guia cultural como a família, a igreja, a escola, entre outros, os quais se transmitem de geração em geração (MEDVED, 1981).

A religião tem sido considerada muito importante no cotidiano dos idosos, uma vez que tem sido associada à maior satisfação com a própria vida (DUARTE et al., 2008). O comportamento alimentar também está relacionado às religiões, uma vez que as crenças influenciam a alimentação por meio da ingestão de alimentos específicos, como a prática do vegetarianismo (FREIXA e CHAVES, 2008). Estudos têm associado as religiões a estilos de vida saudáveis e à integração social (MCINTOSH e SHIFFLETT, 1984b; PASKULIN e VIANA, 2007).

No Brasil, entre 1940 e 2000, observou-se queda de 95% para 73,6% de católicos, e um aumento de 2,6% para 15,4% de evangélicos (IBGE, 2007). No Estudo SABE em 2000, 71% dos idosos referiram ser católicos, sendo que o grupo etário de 75 anos ou mais apresentou maior número de católicos em relação ao grupo de 60 a 74 anos, o qual apresentou maior número de evangélicos ou protestantes (LEBRÃO, 2003).

Segundo CARNEIRO (2003) o comportamento alimentar está associado a identidades étnicas e regionais, restrições e imposições religiosas, como também distinções sociais atribuídas ao gosto.

Acredita-se que o bem-estar do idoso está fortemente associado a condições biológicas, situações socioeconômicas e culturais (VERAS et al., 1987). Sendo este contexto, importante para alimentação e saúde destes indivíduos, uma vez que, idosos insatisfeitos com a própria alimentação estão associados ao risco de subnutrição (SANTELLE et al., 2007).

Portanto, o entendimento de fatores associados ao comportamento alimentar dos idosos podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias adequadas para proporcionar qualidade de vida a este grupo. Pesquisas relacionadas à investigação das escolhas e comportamentos alimentares têm sido consideradas muito importantes (KOEHLER e LEONHAEUSER, 2008).

Dessa forma, torna-se necessário conhecer as características culturais e sociais desta população, uma vez que estes fatores são considerados relevantes para o bom estado nutricional destes indivíduos e para o desenvolvimento de políticas públicas em alimentação (MARGETTS et al., 2001; GARINE e BENGGOA, 2009).

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a associação entre as variáveis do comportamento alimentar de idosos residentes na área urbana do município de São Paulo e variáveis sociodemográficas e culturais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os idosos segundo comportamento alimentar
- Caracterizar os idosos segundo as variáveis sociodemográficas: sexo, grupo etário, escolaridade, estado marital e companhia no domicílio.
- Caracterizar os idosos segundo as variáveis culturais: religião, vida no campo durante infância ou adolescência e nacionalidade.
- Verificar a associação entre as variáveis do comportamento alimentar dos idosos e variáveis sociodemográficas e culturais.
- Verificar a magnitude da associação entre as variáveis do comportamento alimentar e variáveis sociodemográficas e culturais dos idosos residentes na área urbana do município de São Paulo.

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo transversal, epidemiológico, de base domiciliar e de associação.

Este trabalho utilizou a base de dados do Estudo SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, realizado no município de São Paulo em 2000.

3.2 ESTUDO SABE, EM 2000

O Estudo SABE foi coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde, com o objetivo de conhecer as condições de vida e saúde das pessoas idosas. O SABE 2000 é multicêntrico, epidemiológico e de base domiciliar, realizado em cidades de sete países da América Latina e Caribe (Buenos Aires/ Argentina, Bridgeton/Barbados, Havana/Cuba, Montevideú/Uruguai, Santiago do Chile/Chile, Cidade do México/México e São Paulo/Brasil) (PELÁEZ et al., 2003).

A população foi composta por indivíduos de 60 anos e mais, domiciliada na área urbana do município de São Paulo. A amostra foi constituída em dois segmentos. Inicialmente, foi obtida por meio de sorteio dos idosos (≥ 60 anos), de ambos os sexos (N=1568) e, posteriormente, foi ampliada para compensar a maior

taxa de mortalidade de indivíduos do sexo masculino e com idade ≥ 75 anos, formado por 575 idosos . A amostra final do SABE 2000 é de 2143 idosos (SILVA, 2003).

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro de 2000 a março de 2001, por meio de equipe composta por três coordenadoras de campo e quatro profissionais para codificar, digitar e criticar. A equipe de entrevistadoras foi formada por 25 enfermeiras e assistentes sociais (NAZARIO, 2003).

Os dados do estudo SABE foram coletados por meio de entrevista e registrados em questionário, elaborado pelos pesquisadores do Estudo, provenientes dos países participantes (PELÁEZ et al., 2003).

O questionário é composto por onze seções, sendo que para este estudo foram utilizadas as seções A, C e D (Quadro1). O questionário se encontra disponível no endereço eletrônico: <http://www.fsp.usp.br/sabe/Questionario.html>

Quadro1 – Seções do questionário do Estudo SABE 2000

Seção A – Informações pessoais
Seção B – Avaliação Cognitiva
Seção C – Estado de saúde
Seção D – Estado Funcional
Seção E – Medicamentos
Seção F – Uso e acesso a serviços de saúde
Seção G – Rede de apoio familiar e social
Seção H – História de trabalho e fontes de receita
Seção J – Características de moradia
Seção K – Antropometria
Seção L – Mobilidade e Flexibilidade.

3.3 AMOSTRA DESTE ESTUDO

A amostra deste estudo foi constituída por idosos (≥ 60 anos), de ambos os sexos, participantes do SABE 2000. O presente estudo incluiu idosos que apresentaram todos os dados necessários à realização deste trabalho e foram consideradas perdas, idosos que não responderam (NR) ou não sabiam (NS) informar dados referentes às questões utilizadas.

3.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO

3.4.1 Variável dependente: Comportamento alimentar referido

3.4.1.1 Variáveis relacionadas ao comportamento alimentar

As variáveis estão descritas abaixo de acordo com as questões do SABE 2000 e suas respectivas categorizações.

Quadro 2 – Descrição das variáveis relacionadas ao comportamento alimentar e suas respectivas questões e categorizações.

Número referido de refeições diárias	<i>Questão C22a</i>	Quantas refeições completas faz por dia? Uma / Duas / Três ou mais / NS / NR
	Categorização	≥ 3 refeições/dia < 3 refeições/dia
Ingestão diária referida de leite, queijos e outros produtos lácteos	<i>Questão C22b</i>	Consome leite, queijo ou outros produtos lácteos pelo menos uma vez por dia? Sim / Não / Ns / Nr
	Categorização	SIM (≥ 1X/DIA) NÃO (<1X/DIA)
Ingestão semanal referida de ovos, feijão ou lentilhas	<i>Questão C22c</i>	Come ovos, feijão ou lentilhas (leguminosas), pelo menos uma vez por semana? Sim/ Não / Ns / Nr
	Categorização	SIM (≥ 1X/SEMANA) NÃO (< 1X/SEMANA)
Ingestão semanal referida de carne, peixe ou aves	<i>Questão C22d</i>	Come carne, peixes ou aves pelo menos três vezes por semana? Sim/ Não / Ns / Nr
	Categorização	SIM (≥ 3X/SEMANA) NÃO (< 3X/SEMANA)

Ingestão diária referida de frutas e verduras	Questão <i>C22e</i>	Come frutas ou verduras pelo menos duas vezes por dia? Sim/ Não / Ns / Nr
	Categorização	SIM ($\geq 2X/DIA$) NÃO ($< 2X/DIA$)
Ingestão diária referida de líquidos	Questão <i>C22g</i>	Quantos copos ou xícaras de líquido consome diariamente? (Incluir água, chá, café, leite, suco etc). Menos de 3 copos / De 3 a 5 copos / Mais de 5 copos / Ns / Nr
	Categorização	> 5 COPOS ≤ 5 COPOS
Ingestão referida de bebida alcoólica nos últimos 3 meses	Questão <i>C23</i>	Nos últimos três meses, em média, quantos dias por semana tomou bebidas alcoólicas? (Por exemplo: cerveja, vinho, aguardente ou outras bebidas que contenham álcool) Nenhum / Menos de 1 dia por semana / 1 dia por semana / 2-3 dias por semana / 4-6 dias por semana / Todos os dias / Ns / Nr
	Categorização	NÃO (Nenhum dia) SIM (1 a 7 dias/semana)
Costume de preparar refeição quente	Questão <i>D18a</i>	O sr(a) tem dificuldade em preparar uma refeição quente? Sim/Não /Não consegue / Não costuma fazer /Ns / Nr
	Categorização	COSTUMA FAZER (SIM, NÃO, NÃO CONSEGUE) NÃO COSTUMA FAZER
Costume de comprar alimentos	Questão <i>D21a</i>	O(A) sr.(a) tem dificuldade para fazer as compras de alimentos? Sim / Não /Não consegue / Não costuma fazer / Ns / Nr
	Categorização	COSTUMA FAZER (SIM, NÃO, NÃO CONSEGUE) NÃO COSTUMA FAZER

O costume de preparar refeição quente foi categorizado da seguinte maneira: idosos que referiram não ter o costume de preparar refeição quente foram categorizados como “não costuma fazer” e os demais idosos que referiram ter dificuldade, não conseguir ou não ter dificuldade em preparar refeição quente foram categorizados como “costuma fazer”.

O costume de comprar alimentos também foi categorizado da mesma maneira: idosos que referiram não ter o costume de comprar alimentos foram categorizados como “não costuma fazer” e aqueles que referiram ter dificuldade, não conseguir e não ter dificuldade foram categorizados como “costuma fazer”.

O interesse destas questões se baseou nos hábitos e costumes dos idosos, independente de sua capacidade funcional. Assim, idosos que referiram ter dificuldade ou não conseguir realizar estas atividades foram categorizados como “costuma fazer”.

3.4.2 Variáveis independentes: sociodemográficas e culturais

3.4.2.1 Variáveis sociodemográficas

Quadro 3– Descrição das variáveis sociodemográficas e suas respectivas questões e categorizações

Sexo	<i>Questão</i> C18	Sexo do entrevistado Mulher/ Homem
	Categorização	FEMININO MASCULINO
Grupo etário	<i>Questão</i> A1b	Quantos anos completos o sr.(a) tem?
	Categorização	60-74 ANOS ≥ 75 ANOS
Escolaridade	<i>Questão</i> A5b A6	O (a) Sr. (a) foi à escola? Sim/ Não / Ns/ Nr Qual a última série de que grau, na escola, o Sr. obteve com aprovação? Primeiro grau / Segundo grau/ Primeiro grau + auxiliar técnico / técnico de nível médio/ magistério – segundo grau / graduação nível superior / pós-graduação / Ns / Nr (Anotar a série do último grau aprovado e registre só a opção que corresponda a este grau)
	Categorização	SEM ESCOLARIDADE (0 anos) 1- 4 ANOS > 4 ANOS
Estado marital	<i>Questão</i> A13a A.16	Com relação ao seu estado marital, alguma vez o(a) Sr.(a) foi casado(a) ou teve uma união livre? Sim / Não /Nr Esse casamento ou união continua ou terminou? Continua? Terminou em: Separação / Viuvez / Divórcio / Ns / Nr
	Categorização	SOLTEIRO CASADO SEPARADO VIÚVO
Companhia no domicílio	<i>Questão</i> A.7	Atualmente o(a) senhor vive sozinho ou acompanhado? Sozinho / Acompanhado / Nr
	Categorização	SOZINHO ACOMPANHADO

A variável escolaridade foi obtida da seguinte forma: de acordo com a questão A5b identificou-se os idosos sem escolaridade e por meio da anotação da série do último grau aprovado, encontrado na questão A6, obteve-se a quantidade de anos de escolaridade.

A variável estado marital foi obtida da seguinte forma: de acordo com a questão A13a obteve-se a informação de solteiros e casados e de acordo com a questão A16 identificou-se os idosos que haviam se separado ou se tornaram viúvos.

3.4.2.2 Variáveis culturais

Quadro 4 – Descrição das variáveis culturais e suas respectivas questões e categorizações

Tempo de vida no campo por 5 anos ou mais (até os 15 anos)	Questão A4b	Desde que o(a) sr(a) nasceu, até os 15 anos, viveu no campo por 5 anos ou mais? Sim / Não / Ns / Nr
	Categorização	SIM NÃO
Nacionalidade	Questão A2	O(A) sr(a). nasceu no Brasil? Sim / Não / Ns/ Nr
	Categorização	BRASILEIRA ESTRANGEIRA
Religião	Questão A11a	Qual a sua religião? Católica / Protestante ou Evangélica / Judaica / Outros cultos sincréticos / Outro / Nenhuma / Ns / Nr
	Categorização	CATÓLICA EVANGÉLICA OUTRAS (ESPÍRITA, JUDAICA, ORIENTAIS, OUTRAS, NENHUMA)

A nacionalidade pode ser considerada uma variável sociodemográfica, mas neste caso, foi caracterizada como cultural, pela importância atribuída aos costumes e diferentes culturas provenientes de outros países.

Na categorização atribuída às religiões, a categoria “outras” incluiu os idosos que referiram as religiões espírita (82 idosos), judaica (2 idosos), orientais (58 idosos), outras (12 idosos) e nenhuma (48 idosos).

3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A descrição da amostra do estudo foi apresentada pela distribuição (absoluta e relativa), segundo as variáveis de estudo. A frequência relativa correspondeu à frequência ponderada pelo peso amostral (amostra complexa).

Para verificar as associações entre as variáveis dependentes relacionadas ao comportamento alimentar e as variáveis independentes sociodemográficas e culturais, utilizou-se análise de regressão logística múltipla para verificar a magnitude de associação por meio dos valores de *odds ratio* e respectivos intervalos de confiança (IC 95%).

Utilizou-se o teste *Rao-Scott*, com nível de significância de 5%, para verificar a diferença estatística.

Realizou-se análise univariada, sendo que as variáveis com $p < 0,20$ foram incluídas, em ordem crescente de entrada, no modelo final de regressão múltipla. O modelo final foi constituído pelas variáveis com $p < 0,05$.

Após a verificação do modelo final, analisou-se a multicolinearidade entre as variáveis por meio dos valores de VIF (Variance Inflation Factor – fator de inflação da variância). Valores de VIF entre 0,19 e 5,30 são considerados como ausência de colinearidade, uma vez que aqueles não contemplados nesta amplitude sugerem multicolinearidade entre as variáveis independentes, sendo que apenas as variáveis não colineares deverão permanecer no modelo (HAIR JR et al., 2005).

Os cálculos foram realizados pelo programa estatístico *Stata Versão 10.1* (*Stata Corp., College Station, Estados Unidos*).

3.6 QUESTÕES ÉTICAS

O Estudo SABE 2000 foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP (COEP) (Anexo 1) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (Anexo2).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP (COEP) sob o nº OF.COEP/158/11 (Anexo3).

Todos os idosos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, considerando o preconizado na Resolução 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo 4).

A utilização do banco de dados foi autorizada pela pesquisadora responsável pelo Estudo SABE (2000) no Brasil (Anexo 5).

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1 DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO

A amostra foi constituída por 2143 idosos, sendo 59% do sexo feminino e 41% do sexo masculino. Em relação ao grupo etário 78% tinham entre 60 e 74 anos e 22% 75 anos ou mais. A maior proporção de idosos referiu ter entre um a quatro anos de escolaridade (58%), viver acompanhado (87%), ser casado (51%), ser de nacionalidade brasileira (91%), ter vivido no campo durante infância ou adolescência (63%) e ser católico (71%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da população de estudo segundo variáveis sociodemográficas, Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.

Variáveis	N	%
<i>Sexo</i>		
Feminino	1262	59
Masculino	881	41
<i>Missings</i>	0	
<i>Grupo etário</i>		
60-74 anos	1141	78
≥ 75 anos	1002	22
<i>Missings</i>	0	
<i>Escolaridade</i>		
>4 anos	418	22
1-4 anos	1211	58
Sem escolaridade(0 anos)	502	20
<i>Missings</i>	12	
<i>Companhia no domicílio</i>		
Acompanhado	1806	87
Sozinho	337	13
<i>Missings</i>	0	
<i>Estado Marital</i>		
Casado	1002	51
Solteiro	103	5
Separado	223	13
Viúvo	814	31
<i>Missings</i>	1	
<i>Nacionalidade</i>		
Brasileira	1908	91
Estrangeira	235	9
<i>Missings</i>	0	
<i>Vida no campo</i>		
Não	770	37
Sim	1372	63
<i>Missings</i>	1	
<i>Religião</i>		
Católica	1547	71
Evangélica	394	19
Outras	202	10
<i>Missings</i>	0	

Fonte: Estudo SABE, 2000.

Nota: A frequência relativa(%) corresponde à frequência ponderada pelo peso amostral (amostra complexa)

A maior proporção dos idosos referiu ingerir produtos lácteos pelo menos 1 vez/dia (82%); ovos, feijão ou lentilhas pelo menos 1 vez/semana (94%); carne, peixe ou aves pelo menos 3 vezes/semana (92%); frutas ou verduras pelo menos 2 vezes/dia (83%); líquidos em quantidades menores ou iguais a 5 copos/dia (58%) e não ingeriram bebida alcoólica nos últimos 3 meses (68%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização da população de estudo segundo ingestão referida de alimentos, Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.

Variáveis	N	%
<i>Ingestão de produtos lácteos</i>		
<i>(≥ 1 vez/dia)</i>		
Sim	1799	82
Não	343	18
Missings	1	
<i>Ingestão de ovos, feijão ou lentilhas (≥1 vez/semana)</i>		
Sim	2021	94
Não	121	6
Missings	1	
<i>Ingestão de carne, peixe ou aves (≥ 3 vezes/semana)</i>		
Sim	1972	92
Não	169	8
Missings	2	
<i>Ingestão de frutas ou verduras (≥ 2 vezes/dia)</i>		
Sim	1805	83
Não	335	17
Missings	3	
<i>Ingestão de líquidos (copos/dia)</i>		
>5	812	42
≤ 5	1326	58
Missings	5	
<i>Ingestão de bebida alcoólica</i>		
Não	1514	68
Sim	629	32
Missings	0	

Fonte: Estudo SABE, 2000.

Nota: A frequência relativa(%) corresponde à frequência ponderada pelo peso amostral (amostra complexa)

A maior proporção dos idosos referiu realizar três ou mais refeições/dia (67%). Em relação ao preparo de refeição quente e compra de alimentos a maior proporção de idosos foi encontrada na categorização relacionada ao costume de preparar refeição quente (82%) e de comprar alimentos (85%) (Tabela 3).

A categoria relacionada ao costume de preparar de refeição quente foi constituída por idosos que referiram não ter dificuldade (77%), ter dificuldade (3%) e não conseguir preparar refeição quente (2%), totalizando 82%.

A categoria relacionada ao costume de comprar alimentos foi constituída por idosos que referiram não ter dificuldade (71%), ter dificuldade (11%) e não conseguir comprar alimentos (3%), totalizando 85%.

Tabela 3 – Caracterização da população de estudo segundo número de refeições, costume de preparar refeição quente e de comprar alimentos, Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.

Variáveis	N	%
<i>Número de refeições (ao dia)</i>		
≥ 3	1471	67
< 3	669	33
Missings	3	
<i>Preparo de refeição quente (costume)</i>		
Sim	1730	82
Não	411	18
Missings	2	
<i>Compra de alimentos (costume)</i>		
Sim	1761	85
Não	381	15
Missings	1	

Fonte: Estudo SABE, 2000.

Nota: A frequência relativa(%) corresponde à frequência ponderada pelo peso amostral (amostra complexa)

4.2 CARACTERÍSTICAS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR REFERIDO POR IDOSOS SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CULTURAIS

4.2.1 Características da ingestão de alimentos referida por idosos segundo variáveis sociodemográficas e culturais

No sexo feminino como também no masculino a maior proporção de idosos referiu ingerir produtos lácteos ≥ 1 vez/dia (85%; 79%); ovos, feijão ou lentilhas ≥ 1 vez/semana (93%; 96%); carne, peixe ou aves ≥ 3 vezes/semana (91%; 93%); frutas ou verduras ≥ 2 vezes/dia (85%; 81%); líquidos ≤ 5 copos/dia (61%; 54%) e não ingerir bebida alcoólica nos últimos 3 meses (79%, 53%). Houve diferença estatística entre o sexo e a ingestão de produtos lácteos ($p=0,0018$), ovos feijão ou lentilhas ($p=0,0024$), frutas ou verduras ($p=0,0153$), ingestão de líquidos ($p=0,0065$) e bebida alcoólica ($p=0,0000$) (Tabela 4).

A maior proporção de idosos do grupo etário de 60 a 74 anos e de 75 anos ou mais referiu ingerir produtos lácteos ≥ 1 vez/dia (81%; 87%); ovos, feijão ou lentilhas ≥ 1 vez/semana (95%; 94%); carne, peixe ou aves ≥ 3 vezes/semana (92%; 92%); frutas ou verduras ≥ 2 vezes/dia (82%; 86%); líquidos ≤ 5 copos/dia (55%; 69%) e não ingerir bebida alcoólica nos últimos 3 meses (66%; 76%). Houve diferença estatística entre o grupo etário e a ingestão de produtos lácteos ($p=0,0002$), frutas ou verduras ($p=0,0383$), líquidos ($p=0,0000$) e bebida alcoólica ($p=0,0003$) (Tabela 4).

Idosos com escolaridade maior do que 4 anos, entre 1 e 4 anos e sem escolaridade (0 anos) referiram em maior proporção, ingerir produtos lácteos ≥ 1 vez/dia (89%; 82%;

74%); ovos, feijão ou lentilhas ≥ 1 vez/semana (94%, 95%; 95%); carne, peixe ou aves ≥ 3 vezes/semana (95%; 92%; 91%); frutas ou verduras ≥ 2 vezes/dia (90%; 84%; 75%); líquidos ≤ 5 copos/dia (50%; 58%; 67%); e não ingerir bebida alcoólica nos últimos 3 meses (54%; 69%; 82%). Houve diferença estatística entre a escolaridade e a ingestão de produtos lácteos ($p=0,0000$), frutas ou verduras ($p=0,0000$), líquidos ($p=0,0008$) e bebida alcoólica ($p=0,0000$) (Tabela 4).

Idosos que viviam acompanhados e sozinhos referiram, em maior proporção, ingerir produtos lácteos ≥ 1 vez/dia (82%; 85%); ovos, feijão ou lentilhas ≥ 1 vez/semana (95%; 91%); carne, peixe ou aves ≥ 3 vezes/semana (92%; 90%); frutas ou verduras ≥ 2 vezes/dia (83%; 85%); líquidos ≤ 5 copos/dia (58%; 61%) e não ingerir bebida alcoólica nos últimos 3 meses (68%; 72%). Houve diferença estatística entre companhia no domicílio e ingestão de ovos, feijão ou lentilhas ($p=0,0141$) (Tabela 4).

Em relação ao estado marital, idosos casados, solteiros, separados e viúvos, referiram, em maior proporção, ingerir produtos lácteos ≥ 1 vez/dia (83%; 80%; 78%; 84%); ovos, feijão ou lentilhas ≥ 1 vez/semana (96%; 94%; 90%; 94%); carne, peixe ou aves ≥ 3 vezes/semana (94%; 85%; 88%; 93%); frutas ou verduras ≥ 2 vezes/dia (84%; 83%; 74%; 86); líquidos ≤ 5 copos/dia (56%; 62%; 54%; 62%) e não ingerir bebida alcoólica nos últimos 3 meses (62%; 77%; 67%; 78%). Houve diferença estatística entre estado marital e ingestão de ovos, feijão ou lentilhas ($p=0,0193$), carne, peixe ou aves ($p=0,0049$), frutas ou verduras ($p=0,0098$) e bebida alcoólica ($p=0,0000$) (Tabela 4).

Considerando a nacionalidade tanto brasileira como estrangeira, a maior proporção de idosos, referiu ingerir produtos lácteos ≥ 1 vez/dia (81%; 92%); ovos, feijão ou lentilhas ≥ 1 vez/semana (95%; 90%); carne, peixe ou aves ≥ 3 vezes/semana (92%; 93%); frutas ou verduras ≥ 2 vezes/dia (82%; 92%); líquidos ≤ 5 copos/dia (58%; 62%) e não ingerir

bebida alcoólica nos últimos 3 meses (69%; 65%). Houve diferença estatística entre nacionalidade e ingestão de produtos lácteos ($p=0,0010$), ovos, feijão ou lentilhas ($p=0,0182$) e frutas ou verduras ($p=0,0027$) (Tabela 4).

A maior proporção de idosos que viveram ou não no campo durante infância ou adolescência referiu ingerir produtos lácteos ≥ 1 vez/dia (79%; 87%); ovos, feijão ou lentilhas ≥ 1 vez/semana (95%; 93%); carne, peixe ou aves ≥ 3 vezes/semana (92%; 91%); frutas ou verduras ≥ 2 vezes/dia (80%; 88%); líquidos ≤ 5 copos/dia (61%; 53%) e não ingerir bebida alcoólica nos últimos 3 meses (71%; 64%). Houve diferença estatística entre vida no campo durante infância ou adolescência e ingestão de produtos lácteos ($p=0,0009$), frutas ou verduras ($p=0,0001$), líquidos ($p=0,0038$) e bebida alcoólica ($p=0,0090$) (Tabela 4).

Idosos de religião católica, evangélica e outras referiram, em maior proporção, ingerir produtos lácteos ≥ 1 vez/dia (82%; 82%; 86%); ovos, feijão ou lentilhas ≥ 1 vez/semana (95%; 93%; 92%); carne, peixe ou aves ≥ 3 vezes/semana (92%; 90%; 93%); frutas ou verduras ≥ 2 vezes/dia (84%; 79%; 89%); líquidos ≤ 5 copos/dia (58%; 60%; 59%) e não ingerir bebida alcoólica nos últimos 3 meses (64%; 87%; 65%). Houve diferença estatística entre religião e bebida alcoólica ($p=0,0000$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição de idosos segundo ingestão de alimentos e variáveis sociodemográficas e culturais, Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.

Variáveis	Ingestão produtos lácteos (≥ 1 x/dia)		Ingestão de ovos, feijão ou lentilhas (≥ 1 x/semana)		Ingestão de carne, peixe ou aves (≥ 3 x/semana)		Ingestão de frutas ou verduras (≥ 2 x/dia)		Ingestão de líquidos (copos/ dia)		Ingestão de bebida alcoólica		
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	> 5	≤ 5	Não	Sim	
<i>Sexo</i>													
Feminino	N	1079	182	1175	86	1152	108	1084	176	446	813	1020	242
	%	85	15	93	07	91	08	85	15	39	61	79	21
Masculino	N	720	161	846	35	820	61	721	159	366	513	494	387
	%	79	21	96	04	93	07	81	19	46	54	53	47
p	0,0018*		0,0024*		0,1895		0,0153*		0,0065*		0,0000**		
<i>Grupo etário</i>													
60-74 anos	N	933	207	1077	63	1050	90	954	186	501	639	773	368
	%	81	19	95	05	92	08	82	18	45	55	66	34
≥ 75 anos	N	866	136	944	58	922	79	851	149	311	687	741	261
	%	87	13	94	06	92	08	86	14	31	69	76	24
p	0,0002**		0,3830		0,8920		0,0383*		0,0000**		0,0003**		
<i>Escolaridade</i>													
>4 anos	N	375	43	393	25	398	20	380	38	200	216	242	176
	%	89	11	94	06	95	05	90	10	50	50	54	46
1-4 anos	N	1017	193	1147	63	1109	100	1030	178	458	752	854	357
	%	82	18	95	05	92	08	84	16	42	58	69	31
Sem escolaridade (0 anos)	N	398	104	471	31	455	47	388	114	153	348	409	93
	%	74	26	95	05	91	09	75	25	33	67	82	18
p	0,0000**		0,7036		0,0748		0,0000**		0,0008**		0,0000**		
<i>Companhia no domicílio</i>													
Acompanhado	N	1511	294	1712	93	1669	136	1522	282	693	1109	1271	535
	%	82	18	95	05	92	08	83	17	42	58	68	32
Sozinho	N	288	49	309	28	303	33	283	53	119	217	243	94
	%	84	16	91	08	90	10	85	15	39	61	72	28
r	0,3008		0,0141*		0,2230		0,4420		0,3747		0,1476		

Tabela 4 – Distribuição de idosos segundo ingestão de alimentos e variáveis sociodemográficas e culturais, Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000. “continuação”

Variáveis		Ingestão produtos lácteos (≥ 1 x/dia)		Ingestão de ovos, feijão ou lentilhas (≥ 1 x/semana)		Ingestão de carne, peixe ou aves (≥ 3 x/semana)		Ingestão de frutas ou verduras (≥ 2 x/dia)		Ingestão de líquidos (copos/ dia)		Ingestão de bebida alcoólica	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	> 5	≤ 5	Não	Sim
Estado Marital													
Casado	N	837	165	960	42	938	64	853	149	402	598	649	353
	%	83	17	96	04	94	06	84	16	44	56	62	38
Solteiro	N	87	16	98	5	87	16	86	16	34	69	80	23
	%	80	20	95	05	85	15	83	17	38	62	77	23
Separado	N	177	46	201	22	193	30	167	56	101	122	155	68
	%	78	22	90	10	88	12	74	26	46	54	67	33
Viúvo	N	697	116	761	52	753	59	698	114	275	536	629	185
	%	84	16	94	06	93	07	86	14	38	62	78	22
p		0,2379		0,0193*		0,0049*		0,0098*		0,1415		0,0000**	
Nacionalidade													
Brasileira	N	1587	320	1812	95	1753	153	1590	315	737	1167	1352	556
	%	81	19	95	05	92	08	82	18	42	58	69	31
Estrangeira	N	212	23	209	26	219	16	215	20	75	159	162	73
	%	92	08	90	10	93	07	92	08	38	62	65	35
p		0,0010*		0,0182*		0,7340		0,0027*		0,4374		0,3090	
Vida no campo													
Não	N	678	92	719	51	706	63	680	88	334	434	513	257
	%	87	13	93	07	91	09	88	12	47	53	64	36
Sim	N	1120	251	1301	70	1265	106	1124	247	478	891	1000	372
	%	79	21	95	05	92	08	80	20	39	61	71	29
p		0,0009**		0,0692		0,5424		0,0001**		0,0038*		0,0090*	
Religião													
Católica	N	1301	245	1466	80	1436	110	1312	234	594	951	1028	519
	%	82	18	95	05	92	08	84	16	42	58	64	36
Evangélica	N	324	70	368	26	351	42	311	82	141	251	349	45
	%	82	18	93	07	90	10	79	21	40	60	87	13
Outras	N	174	28	187	15	185	17	182	19	77	124	137	65
	%	86	14	92	08	93	07	89	11	41	59	65	35
p		0,4944		0,1483		0,3700		0,0581		0,8042		0,0000**	

Fonte: Estudo SABE, 2000

Nota: * p<0,05. ** p<0,001. Teste Rao&Scott. A frequência relativa (%) corresponde à frequência ponderada pelo peso amostral (amostra complexa).

4.2.2 Características do número de refeições, costume de preparar refeição quente e de comprar alimentos referidos por idosos segundo variáveis sociodemográficas e culturais

Tanto no sexo feminino como no masculino, a maior proporção de idosos referiu realizar três ou mais refeições ao dia (66%; 70%), constituíram a categoria relacionada ao costume de preparar refeições quentes (96%; 63%) e de comprar alimentos (86%; 84%). Houve diferença estatística entre o sexo e o costume de preparar refeição quente ($p=0,0000$) (Tabela 5).

A maioria dos idosos do grupo de 60 a 74 anos e ≥ 75 anos referiu realizar três ou mais refeições ao dia (67%; 71%), constituíram a categoria relacionada ao costume de preparar refeições quentes (84%; 78%) e de comprar alimentos (87%; 77%). Houve diferença estatística entre o grupo etário e o costume de preparar refeição quente ($p=0,0003$) e de comprar alimentos ($p=0,0000$) (Tabela 5).

Idosos com escolaridade maior do que 4 anos, entre 1 e 4 anos e sem escolaridade (0 anos) referiram, em maior proporção, realizar três ou mais refeições ao dia (74%; 69%; 56%), constituíram a categoria relacionada ao costume de preparar refeições quentes (81%; 83%; 83%) e de comprar alimentos (93%; 84%; 79%). Houve diferença estatística entre a escolaridade e o número de refeições ($p=0,0001$) e o costume de comprar alimentos ($p=0,0000$) (Tabela 5).

A maior proporção de idosos que viviam sozinhos e acompanhados referiu realizar três ou mais refeições ao dia (68%; 64%), constituíram a categoria relacionada ao costume de preparar refeições quentes (81%; 94%) e de comprar

alimentos (84%; 92%). Houve diferença estatística entre a companhia no domicílio e o costume de preparar refeição quente ($p=0,0000$) e de comprar alimentos ($p=0,0015$) (Tabela 5).

Idosos casados, solteiros, separados e viúvos referiram, em maior proporção, realizar três ou mais refeições ao dia (69%; 65%; 59%; 68%), constituíram a categoria relacionada ao costume de preparar refeições quentes (77%; 82%; 89%; 88%) e de comprar alimentos (85%; 89%; 94%; 81%). Houve diferença estatística entre o estado marital e o costume de preparar refeição quente ($p=0,0000$) e de comprar alimentos ($p=0,0000$) (Tabela 5).

A maior proporção de idosos de nacionalidade brasileira e estrangeira referiu realizar três ou mais refeições ao dia (67%; 73%), constituíram a categoria relacionada ao costume de preparar refeições quentes (83%; 77%) e de comprar alimentos (85%; 86%). Não houve diferença estatística entre a nacionalidade e estes comportamentos (Tabela 5).

Idosos que viveram ou não no campo durante infância ou adolescência referiram em maior proporção, realizar três ou mais refeições ao dia (65%; 72%), constituíram a categoria relacionada ao costume de preparar refeições quentes (81%; 85%) e de comprar alimentos (84%; 86%). Houve diferença estatística entre a vida no campo e o número de refeições ($p=0,0091$) (Tabela 5).

A maior proporção de idosos de religião católica, evangélica e outras referiu realizar três ou mais refeições ao dia (67%; 70%; 70%), constituíram a categoria relacionada ao costume de preparar refeições quentes (82%; 85%; 79%) e de comprar alimentos (85%; 87%; 82%). Não houve diferença estatística entre a religião e estes comportamentos (Tabela 5).

Tabela 5– Distribuição de idosos, segundo número referido de refeições ao dia , costume de preparar refeição quente e de comprar alimentos e variáveis sociodemograficas e culturais, Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.

Variáveis	Número de refeições (ao dia)				p	Preparo de refeição quente (costume)				p	Compra de alimentos (costume)				p
	≥ 3		< 3			Sim		Não			Sim		Não		
	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%	
<i>Sexo</i>															
Feminino	833	66	426	34	0,1277	1188	96	72	04	0,0000**	1051	86	210	14	0,3632
Masculino	638	70	243	30		542	63	339	37		710	84	171	16	
<i>Grupo etário</i>															
60-74 anos	757	67	382	33	0,1254	970	84	170	16	0,0003**	994	87	147	13	0,0000**
75 anos e mais	714	71	287	29		760	78	241	22		767	77	234	23	
<i>Escolaridade</i>															
>4 anos	311	74	106	26	0,0001**	332	81	85	19	0,5511	378	93	40	07	0,0000**
1-4 anos	849	69	360	31		990	83	220	17		989	84	221	16	
Sem escolaridade (0 anos)	302	56	200	44		399	83	103	17		386	79	116	21	
<i>Companhia no domicílio</i>															
Acompanhado	1253	68	551	32	0,2566	1417	81	387	19	0,0000**	1458	84	347	16	0,0015*
Sozinho	218	64	118	36		313	94	24	06		303	92	34	08	
<i>Estado Marital</i>															
Casado	702	69	300	31	0,0784	751	77	250	23	0,0000**	828	85	174	15	0,0000**
Solteiro	64	65	39	35		86	82	17	18		87	89	16	11	
Separado	132	59	90	41		196	89	27	11		203	94	20	06	
Viúvo	572	68	240	32		696	88	117	12		642	81	171	19	

Tabela 5– Distribuição de idosos, segundo número referido de refeições ao dia , costume de preparar refeição quente e de comprar alimentos e variáveis sociodemográficas e culturais, Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.

“continuação”

Variáveis	Número de refeições (ao dia)				p	Preparo de refeição quente (costume)				p	Compra de alimentos (costume)				p
	≥ 3		< 3			Sim		Não			Sim		Não		
	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%	
<i>Nacionalidade</i>															
Brasileira	1296	67	609	33	0,1677	1551	83	355	17	0,0961	1572	85	335	15	0,6858
Estrangeira	175	73	60	27		179	77	56	23		189	86	46	14	
<i>Vida no campo</i>															
Não	557	72	212	28	0,0091*	636	85	133	15	0,0699	644	86	126	14	0,3379
Sim	913	65	457	35		1093	81	278	19		1116	84	255	16	
<i>Religião</i>															
Católica	1055	67	490	33	0,5677	1232	82	314	18	0,2858	1266	85	280	15	0,2681
Evangélica	269	70	124	30		338	85	56	14		333	87	61	13	
Outras	147	70	55	30		160	79	41	21		162	82	40	18	

Fonte: Estudo SABE, 2000

Nota: * p<0,05. ** p<0,001. Teste *Rao & Scott*. A frequência relativa (%) corresponde à frequência ponderada pelo peso amostral (amostra complexa).

4.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DEPENDENTES E INDEPENDENTES

4.3.1 Associação entre variáveis relacionadas ao comportamento alimentar e variáveis sociodemográficas e culturais.

4.3.1.1 Associação entre ingestão alimentar e variáveis sociodemográficas e culturais.

As variáveis sociodemográficas e culturais que apresentaram associação estatística com a ingestão alimentar serão descritas abaixo.

Idosos do sexo masculino, com escolaridade 1- 4 anos e sem escolaridade, que viveram no campo durante infância ou adolescência, apresentaram, respectivamente, 50%, 76%, 185% e 76% mais chance para referir ingestão de produtos lácteos < 1 vez/dia. Verificou-se também que o grupo ≥ 75 anos e idosos estrangeiros apresentaram, respectivamente, 37% e 65% menos chance para referir ingestão de produtos lácteos < 1 vez/dia (Tabela 6).

Em relação a ingestão de ovos, feijão ou lentilhas, os idosos que viviam sozinhos, estrangeiros e separados apresentaram, respectivamente, 84%, 119% e 146% mais chance e o sexo masculino 47% menos chance para referir ingestão destes alimentos < 1 vez/semana (Tabela 6).

Aqueles com escolaridade de 1- 4 anos, sem escolaridade, separados e solteiros apresentaram, respectivamente, 63%, 87%, 105% e 159% mais chance para referir ingestão de carne, peixe ou aves < 3 vezes/semana. (Tabela 6).

A ingestão referida de frutas ou verduras < 2 vezes/dia associou-se aos idosos do sexo masculino, com escolaridade de 1- 4 anos e sem escolaridade, que viveram no campo durante infância ou adolescência, separados, os quais apresentaram, respectivamente, 35%, 64%, 192%, 77% e 81%, respectivamente, mais chance para referir este comportamento. Verificou-se também que idosos ≥ 75 anos e estrangeiros apresentaram associação com a ingestão de frutas ou verduras < 2 vezes/dia, com 25% e 60% menos chance para referir este comportamento (Tabela 6).

A ingestão referida de líquidos ≤ 5 copos/dia associou-se aos idosos que viveram no campo durante infância ou adolescência, com escolaridade 1 – 4 anos e sem escolaridade e àqueles ≥ 75 anos, os quais apresentaram, respectivamente, 40%, 42%, 107% e 79% mais chance para referir este comportamento. Verificou-se também que idosos do sexo masculino apresentaram associação com a ingestão de líquidos ≤ 5 copos/dia, com 27% menos chance para referir este comportamento (Tabela 6).

Idosos do sexo masculino apresentaram 243% mais chance para referir ingestão de bebida alcoólica nos últimos 3 meses. Verificou-se também que idosos que viveram no campo durante infância ou adolescência, ≥ 75 anos, com escolaridade 1-4 anos e sem escolaridade, solteiros, viúvos e de religião evangélica apresentaram, respectivamente, 27%, 39%, 48%, 74%, 51%, 53% e 74% menos chance para referir ingestão de bebida alcoólica nos últimos três meses (Tabela 6).

Tabela 6 – Associação entre as variáveis sociodemográficas e culturais e ingestão referida de alimentos, Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.

Variáveis	Ingestão produtos lácteos (< 1 x/dia)		Ingestão de ovos, feijão ou lentilhas (< 1 x/semana)		Ingestão de carne, peixe ou aves (< 3 x/semana)		Ingestão de frutas ou verduras (< 2 x/dia)		Ingestão de líquidos (≤ 5 copos/ dia)		Ingestão de bebida alcoólica (nos últimos 3 meses)	
	OR (IC)	p	OR (IC)	p	OR (IC)	p	OR (IC)	p	OR (IC)	p	OR (IC)	p
Sexo												
Feminino	1		1		1		1		1		1	
Masculino	1,50 (1,16- 1,93)	0,002*	0,53 (0,35 – 0,79)	0,003*	0,76 (0,51 – 1,14)	0,191	1,35 (1,06 – 1,73)	0,016*	0,73 (0,59 – 0,91)	0,007*	3,43 (2,67 – 4,42)	0,000**
Grupo etário												
60-74 anos	1		1		1		1		1		1	
75 anos e mais	0,63 (0,50 – 0,79)	0,000**	1,15 (0,82 – 1,62)	0,383	1,02 (0,67 – 1,55)	0,892	0,75 (0,58 – 0,98)	0,039*	1,79 (1,43 – 2,25)	0,000**	0,61 (0,47 – 0,79)	0,000**
Escolaridade												
>4 anos	1		1		1		1		1		1	
1-4 anos	1,76 (1,17 – 2,66)	0,007*	0,83 (0,48 – 1,42)	0,494	1,63 (1,00 – 2,65)	0,046*	1,64 (1,18 – 2,27)	0,004*	1,42 (1,03 – 1,95)	0,030*	0,52 (0,40 – 0,67)	0,000**
Sem escolaridade (0 anos)	2,85 (1,85 – 4,40)	0,000**	0,78 (0,38 – 1,59)	0,495	1,87 (1,01 – 3,46)	0,046*	2,92 (1,92 – 4,45)	0,000**	2,07 (1,51 – 2,83)	0,000**	0,26 (0,18 – 0,36)	0,000**
Companhia no domicílio												
Acompanhado	1				1		1		1		1	
Sozinho	0,84 (0,60 – 1,17)	0,301	1,84 (1,12 – 3,00)	0,015*	1,35 (0,82 – 2,24)	0,225	0,86 (0,58 – 1,26)	0,442	1,12 (0,86 – 1,47)	0,375	0,79 (0,58 – 1,08)	0,148
Estado Marital												
Casado	1		1		1		1		1		1	
Solteiro	1,16 (0,61 – 2,20)	0,634	1,25 (0,40 – 3,87)	0,687	2,59 (1,40 – 4,80)	0,003*	1,04 (0,50 – 2,13)	0,913	1,28 (0,71 – 2,31)	0,394	0,49 (0,25 – 0,94)	0,032*
Separado	1,35 (0,89 – 2,05)	0,154	2,46 (1,44 – 4,17)	0,001*	2,05 (1,20 – 3,50)	0,009*	1,81 (1,18 – 2,78)	0,007*	0,89 (0,63 – 1,26)	0,527	0,81 (0,56 – 1,18)	0,283
Viúvo	0,89 (0,69 – 1,15)	0,379	1,51 (0,96 – 2,37)	0,072	1,14 (0,75 – 1,72)	0,528	0,87 (0,64 – 1,17)	0,362	1,28 (0,98 – 1,67)	0,060	0,47 (0,37 – 0,60)	0,000**

Tabela 6 – Associação entre as variáveis sociodemográficas e culturais e ingestão referida de alimentos, Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.

“continuação”

Variáveis	Ingestão produtos lácteos (< 1 x/dia)		Ingestão de ovos, feijão ou lentilhas (< 1 x/semana)		Ingestão de carne, peixe ou aves (< 3 x/semana)		Ingestão de frutas ou verduras (< 2 x/dia)		Ingestão de líquidos (≤ 5 copos/ dia)		Ingestão de bebida alcoólica (nos últimos 3 meses)	
	OR (IC)	p	OR (IC)	p	OR (IC)	p	OR (IC)	p	OR (IC)	p	OR (IC)	p
Nacionalidade												
Brasileira	1		1		1		1		1		1	
Estrangeira	0,35 (0,19 – 0,66)	0,002*	2,19 (1,13 – 4,27)	0,021*	0,89 (0,48 – 1,68)	0,734	0,40 (0,22 – 0,73)	0,004*	1,18 (0,77 – 1,80)	0,438	1,19 (0,84 – 1,70)	0,310
Vida no campo												
Não	1		1		1		1		1		1	
Sim	1,76 (1,27 – 2,44)	0,001*	0,70 (0,48 – 1,03)	0,070	0,88 (0,58 – 1,33)	0,543	1,77 (1,34 – 2,35)	0,000**	1,40 (1,12 – 1,75)	0,004*	0,73 (0,58 – 0,92)	0,009*
Religião												
Católica	1		1		1		1		1		1	
Evangélica	1,01 (0,70 – 1,45)	0,925	1,62 (0,90 – 2,89)	0,100	1,35 (0,86 – 2,11)	0,180	1,35 (0,94 – 1,95)	0,098	1,08 (0,84 – 1,40)	0,520	0,26 (0,18 – 0,39)	0,000**
Outras	0,73 (0,43 – 1,23)	0,241	1,64 (0,79 – 3,40)	0,180	0,94 (0,47 – 1,86)	0,866	0,65 (0,37 – 1,15)	0,142	1,06 (0,71 – 1,58)	0,761	0,92 (0,68 – 1,25)	0,603

Fonte: Estudo SABE, 2000

Notas: Análise de Regressão Logística Univariada. OR= odds ratio, IC= intervalo de confiança (95%) e *p < 0,05 e **p<0,001.

4.3.1.2 Associação entre número de refeições, costume de preparar refeição quente e de comprar alimentos e variáveis sociodemográficas e culturais

As variáveis sociodemográficas e culturais que apresentaram associação estatística com o número de refeições/dia e o costume de preparar refeição quente e comprar alimentos serão descritas abaixo.

Idosos com estado marital “separado”, aqueles sem escolaridade e os que viveram no campo durante infância ou adolescência, apresentaram, respectivamente, 54%, 122% e 41% mais chance para referir < 3 refeições/dia (Tabela 7).

Em relação ao preparo de refeições quentes, idosos ≥ 75 anos apresentaram 45% mais chance para referir o costume de não preparar refeição quente e aqueles do sexo masculino 12,47 vezes mais chance para referir este comportamento. Verificou-se também que idosos viúvos, separados e que viviam sozinhos apresentaram, respectivamente, 55%, 59% e 72% menos chance para referir o costume de não preparar refeição quente, ou seja, provavelmente teriam o costume de preparar refeições quentes (Tabela 7).

O costume referido de não comprar alimentos associou-se aos idosos viúvos, ≥ 75 anos, com escolaridade 1- 4 anos e sem escolaridade, os quais apresentaram, respectivamente, 37%, 106%, 143% e 258% mais chance para referir este comportamento. Verificou-se também que idosos que viviam sozinhos e separados apresentaram 55% e 66%, respectivamente, menos chance para referir o costume de não comprar alimentos (tabela 7).

Tabela 7 – Associação entre as variáveis sociodemográficas e culturais e número de refeições, costume de não preparar refeição quente e não comprar alimentos, Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.

Variáveis	Número de refeições (< 3/dia)		Costume de não preparar refeição quente		Costume de não comprar alimentos	
	OR (IC)	p	OR (IC)	p	OR (IC)	p
<i>Sexo</i>						
Feminino	1		1		1	
Masculino	0,85 (0,68 – 1,04)	0,128	13,47 (10,2 – 17,7)	0,000**	1,11 (0,87 – 1,43)	0,363
<i>Grupo etário</i>						
60-74 anos	1		1		1	
75 anos e mais	0,83 (0,65 – 1,05)	0,126	1,45 (1,19 – 1,75)	0,000**	2,06 (1,56 – 2,73)	0,000**
<i>Escolaridade</i>						
>4 anos	1		1		1	
1-4 anos	1,28 (0,94 – 1,73)	0,111	0,85 (0,63 – 1,15)	0,304	2,43 (1,60 – 3,71)	0,000**
Sem escolaridade (0 anos)	2,22 (1,47 – 3,37)	0,000 **	0,86 (0,56 – 1,32)	0,498	3,58 (2,18 – 5,86)	0,000**
<i>Companhia no domicílio</i>						
Acompanhado	1		1		1	
Sozinho	1,17 (0,88 – 1,54)	0,257	0,28 (0,16 – 0,48)	0,000**	0,45 (0,27 – 0,73)	0,002*

Tabela 7 – Associação entre as variáveis sociodemográficas e culturais e número de refeições, costume de não preparar refeição quente e não comprar alimentos, Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.

“continuação”

Variáveis	Número de refeições (<3/dia)		Costume de não preparar refeição quente		Costume de não comprar alimentos	
	OR (IC)	p	OR (IC)	p	OR (IC)	p
<i>Estado Marital</i>						
Casado	1		1		1	
Solteiro	1,22 (0,83 – 1,80)	0,290	0,73 (0,37 – 1,44)	0,367	0,67 (0,32 – 1,42)	0,300
Separado	1,54 (1,03 – 2,30)	0,033 *	0,41 (0,24 – 0,69)	0,001*	0,34 (0,21 – 0,54)	0,000**
Viúvo	1,03 (0,78 – 1,35)	0,809	0,45 (0,34 – 0,59)	0,000**	1,37 (1,00 – 1,88)	0,044*
<i>Nacionalidade</i>						
Brasileira	1		1		1	
Estrangeira	0,74 (0,48 – 1,13)	0,169	1,40 (0,93 – 2,11)	0,097	0,92 (0,61 – 1,38)	0,686
<i>Vida no campo</i>						
Não	1		1		1	
Sim	1,41 (1,09 – 1,84)	0,009*	1,30 (0,97 – 1,73)	0,070	1,15 (0,85 – 1,56)	0,338
<i>Religião</i>						
Católica	1		1		1	
Evangélica	0,86 (0,62 – 1,19)	0,366	0,79 (0,56 – 1,10)	0,164	0,88 (0,62 – 1,25)	0,479
Outras	0,86 (0,55 – 1,33)	0,510	1,18 (0,71 – 1,96)	0,493	1,28 (0,89 – 1,84)	0,168

Fonte: Estudo SABE, 2000

Notas: Análise de Regressão Logística Univariada. OR= *odds ratio*, IC= intervalo de confiança (95%) ; * p < 0,05 e **p<0,001.

4.4 ASSOCIAÇÃO (MODELO FINAL) ENTRE AS VARIÁVEIS DEPENDENTES E INDEPENDENTES

4.4.1 Associação (modelo final) entre variáveis relacionadas ao comportamento alimentar e variáveis sociodemográficas e culturais

4.4.1.1 Associação (modelo final) entre ingestão alimentar referida e variáveis sociodemográficas e culturais

Encontram-se abaixo as variáveis culturais e sociodemográficas que associaram com maior magnitude à ingestão alimentar.

Verificou-se que o grupo ≥ 75 anos e de nacionalidade estrangeira apresentaram respectivamente 41% e 58% menos chance para referir ingestão de produtos lácteos <1 vez ao dia e aqueles do sexo masculino, com escolaridade 1- 4 anos e sem escolaridade apresentaram, respectivamente, 61%, 84% e 229% mais chance para referir este comportamento. Não foi observada multicolinearidade entre as variáveis independentes (Tabela 8).

Tabela 8 – Associação (modelo final) entre variáveis sociodemográficas e culturais e referência de ingestão de produtos lácteos (< 1 vez ao dia), Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.

Variáveis sociodemográficas e culturais	OR	IC	p da variável	p do modelo	VIF
Grupo etário				0,0000	1,32
60 – 74 anos	1				
≥ 75 anos	0,59	0,46 – 0,77	0,000		
Escolaridade					1,57
>4 anos	1				
1- 4 anos	1,84	1,20 – 2,80	0,005		
Sem escolaridade (0 anos)	3,29	2,06 – 5,25	0,000		
Nacionalidade					1,11
Brasileira	1				
Estrangeira	0,42	0,22 – 0,79	0,009		
Sexo					1,34
Feminino	1				
Masculino	1,61	1,25 – 2,08	0,000		

Fonte: Estudo SABE, 2000. Notas: OR = *odds ratio*; IC = Intervalo de confiança; VIF = *Variance inflation factor*.

Entre as variáveis que apresentaram maior magnitude de associação para referir ingestão de ovos, feijão ou lentilhas < 1 vez ao dia, idosos na condição de separado e de nacionalidade estrangeira apresentaram, respectivamente, 140% e 149% mais chance para referir este comportamento e aqueles do sexo masculino apresentaram 43% menos chance. Não foi observada multicolinearidade entre as variáveis independentes (Tabela 9).

Tabela 9 – Associação (modelo final) entre variáveis sociodemográficas e culturais e referência de ingestão de ovos, feijão ou lentilhas (< 1 vez por semana), Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.

Variáveis sociodemográficas e culturais	OR	IC	p da variável	p do modelo	VIF
Estado marital				0,0007	1,09
Casado	1				
Solteiro	1,23	0,39 – 3,88	0,718		
Separado	2,40	1,43 – 4,02	0,001		
Viúvo	1,23	0,75 – 2,01	0,385		
Sexo					1,09
Feminino	1				
Masculino	0,57	0,37-0,87	0,010		
Nacionalidade					1,07
Brasileira	1				
Estrangeira	2,49	1,30 – 4,77	0,007		

Fonte: Estudo SABE, 2000. Notas: OR = *odds ratio*; IC = Intervalo de confiança; VIF = *Variance inflation factor*.

Verificou-se que entre aqueles que apresentaram maior magnitude de associação com a ingestão referida de frutas ou verduras < 2 vezes ao dia, idosos do sexo masculino, na condição de separado, com escolaridade 1 - 4 anos e sem escolaridade, apresentaram, respectivamente, 49%, 91%, 77%, 237% mais chance para referir este comportamento, sendo que aqueles de nacionalidade estrangeira e do grupo ≥ 75 anos apresentaram 52% e 26% , respectivamente, menos chance . Não foi observada multicolinearidade entre as variáveis independentes (Tabela 10).

Tabela 10—Associação (modelo final) entre variáveis sociodemográficas e culturais e referência de ingestão de frutas ou verduras (< 2 vezes ao dia), Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.

Variáveis sociodemográficas e culturais	OR	IC	p da variável	p do modelo	VIF
Escolaridade				0,0004	2,11
>4 anos	1				
1- 4 anos	1,77	1,26 – 2,51	0,001		
Sem escolaridade (0 anos)	3,37	2,14 – 5,32	0,000		
Nacionalidade					1,11
Brasileira	1				
Estrangeira	0,48	0,26 – 0,87	0,017		
Estado marital					1,75
Casado	1				
Solteiro	1,11	0,53 – 2,32	0,776		
Separado	1,91	1,21 – 3,01	0,006		
Viúvo	0,93	0,66 – 1,33	0,725		
Sexo					1,36
Feminino	1				
Masculino	1,49	1,10 – 2,01	0,010		
Grupo etário					1,41
60 – 74 anos	1				
≥ 75 anos	0,74	0,58 – 0,96	0,028		

Fonte: Estudo SABE, 2000. Notas: OR = *odds ratio*; IC = Intervalo de confiança; VIF = *Variance inflation factor*.

Entre as variáveis que apresentaram maior magnitude de associação com a ingestão de carne, peixe ou aves <3 vezes por semana, verificou-se que a condição de solteiro e separado, como também a escolaridade 1-4 anos e aqueles sem escolaridade apresentaram, respectivamente, 171%, 111%, 78% e 97% mais chance de referir este comportamento. Não foi observada multicolinearidade entre as variáveis independentes (Tabela 11).

Tabela 11—Associação (modelo final) entre variáveis sociodemográficas e culturais e referência de ingestão de carne, peixe ou aves (< 3 vezes por semana), Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.

Variáveis sociodemográficas e culturais	OR	IC	p da variável	p do modelo	VIF
Estado marital				0,0025	1,62
Casado	1				
Solteiro	2,71	1,49 – 4,95	0,002		
Separado	2,11	1,25 – 3,58	0,006		
Viúvo	1,07	0,71 – 1,61	0,720		
Escolaridade					1,62
>4 anos	1				
1- 4 anos	1,78	1,11 – 2,87	0,018		
Sem escolaridade (0 anos)	1,97	1,08 – 3,60	0,028		

Fonte: Estudo SABE, 2000. Notas: OR = *odds ratio*; IC = Intervalo de confiança; VIF = *Variance inflation factor*.

Verificou-se que entre aqueles que apresentaram maior magnitude de associação com a referência de ingestão de líquidos ≤ 5 copos ao dia, idosos do grupo ≥ 75 anos, sem escolaridade, que viveram no campo durante infância ou adolescência apresentaram, respectivamente, 66%, 59%, 29% mais chance de referir este comportamento e aqueles do sexo masculino 26% menos chance. Não foi observada multicolinearidade entre as variáveis independentes (Tabela 12).

Tabela 12 – Associação (modelo final) entre variáveis sociodemográficas e culturais e referência de ingestão de líquidos (≤ 5 copos ao dia), Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.

Variáveis sociodemográficas e culturais	OR	IC	p da variável	p do modelo	VIF
Grupo etário				0,0000	1,27
60-74 anos	1				
≥ 75 anos	1,66	1,32 – 2,09	0,000		
Escolaridade					2,78
>4 anos	1				
1- 4 anos	1,27	0,92 – 1,75	0,141		
Sem escolaridade (0 anos)	1,59	1,10 – 2,31	0,014		
Vida no campo					2,83
Não	1				
Sim	1,29	1,01 – 1,64	0,039		
Sexo					1,48
Feminino	1				
Masculino	0,74	0,59 – 0,93	0,011		

Fonte: Estudo SABE, 2000. Notas: OR = *odds ratio*; IC = Intervalo de confiança; VIF = *Variance inflation factor*.

Entre as variáveis que apresentaram maior magnitude de associação com a referência de ingestão de bebida alcoólica nos últimos 3 meses, verificou-se que idosos do grupo ≥ 75 anos, com escolaridade 1- 4 anos, sem escolaridade e de religião evangélica apresentaram, respectivamente, 33%, 43%, 68% e 73%, menos chance para referir este comportamento e aqueles do sexo masculino 226% mais chance. Não foi observada multicolinearidade entre as variáveis independentes (Tabela 13).

Tabela 13—Associação (modelo final) entre variáveis sociodemográficas e culturais e referência de ingestão de bebida alcoólica nos últimos 3 meses, Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.

Variáveis sociodemográficas e culturais	OR	IC	p da variável	p do modelo	VIF
Sexo				0,0000	1,35
Feminino	1				
Masculino	3,26	2,53 – 4,19	0,000		
Grupo etário					1,27
60 – 74 anos	1				
≥ 75 anos	0,67	0,52 – 0,88	0,004		
Escolaridade					1,69
>4 anos	1				
1- 4 anos	0,57	0,44 – 0,76	0,000		
Sem escolaridade (0 anos)	0,32	0,22 – 0,46	0,000		
Religião					1,22
Católica	1				
Evangélica	0,27	0,19 – 0,40	0,000		
Outras	0,77	0,55 – 1,09	0,142		

Fonte: Estudo SABE, 2000. Notas: OR = *odds ratio*; IC = Intervalo de confiança; VIF = *Variance inflation factor*.

4.4.1.2 Associação (modelo final) entre número de refeições, costume de preparar refeição quente e comprar alimentos referidos e variáveis sociodemográficas e culturais

Verificou-se que idosos sem escolaridade e do grupo ≥ 75 anos associaram com maior magnitude à referência de número de refeições < 3 vezes ao dia. Idosos sem escolaridade apresentaram 136% mais chance para referir número de refeições < 3 vezes ao dia e aqueles do grupo ≥ 75 anos apresentaram 27% menos chance para referir este comportamento. Não foi observada multicolinearidade entre as variáveis independentes (Tabela 14).

Tabela 14– Associação (modelo final) entre variáveis sociodemográficas e culturais e referência de número de refeições (< 3 ao dia), Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.

Variáveis sociodemográficas e culturais	OR	IC	p da variável	p do modelo	VIF
Escolaridade				0,0012	1,27
>4 anos	1				
1- 4 anos	1,29	0,95 – 1,77	0,097		
Sem escolaridade (0 anos)	2,36	1,54 – 3,62	0,000		
Grupo etário					1,27
60 - 74 anos	1				
≥ 75 anos	0,73	0,57 – 0,95	0,021		

Fonte: Estudo SABE, 2000. Notas: OR = *odds ratio*; IC = Intervalo de confiança; VIF = *Variance inflation factor*.

Verificou-se que entre as variáveis que apresentaram maior magnitude de associação com a referência de costume de não preparar refeições quentes, o sexo masculino apresentou 12,72 vezes mais chance; o grupo ≥ 75 anos 112% mais chance de referir este comportamento e aqueles que vivem sozinhos 64% menos chance. Não foi observada multicolinearidade entre as variáveis independentes (Tabela 15).

Tabela 15– Associação (modelo final) entre variáveis sociodemográficas e culturais e referência de costume de não preparar refeição quente, Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.

Variáveis sociodemográficas e culturais	OR	IC	p da variável	p do modelo	VIF
Sexo				0,0000	1,08
Feminino	1				
Masculino	13,72	10,33 – 18,21	0,000		
Grupo etário					1,15
60 – 74 anos	1				
≥ 75 anos	2,12	1,61 – 2,79	0,000		
Companhia no domicílio					1,09
Acompanhado	1				
Sozinho	0,36	0,20 – 0,66	0,001		

Fonte: Estudo SABE, 2000. Notas: OR = *odds ratio*; IC = Intervalo de confiança; VIF = *Variance inflation factor*.

Idosos do grupo ≥ 75 anos, com escolaridade 1- 4 anos, sem escolaridade e que referiram a categoria “outras religiões”, a qual inclui religiões como espírita, judaica e orientais apresentaram, respectivamente, 78%, 129%, 215% e 54% mais chance de referir o costume de não comprar alimentos e aqueles idosos na condição de separado e que vivem sozinho apresentaram, respectivamente, 59% e 61% menos chance. Não foi observada multicolinearidade entre as variáveis independentes (Tabela 16).

Tabela 16—Associação (modelo final) entre variáveis sociodemográficas e culturais e referência de costume de não comprar alimento, Estudo SABE, São Paulo, SP, 2000.

Variáveis sociodemográficas e culturais	OR	IC	p da variável	p do modelo	VIF
Grupo etário				0,0000	1,36
60 – 74 anos	1				
≥ 75 anos	1,78	1,32 – 2,39	0,000		
Escolaridade					1,86
>4 anos	1				
1- 4 anos	2,29	1,48 – 3,53	0,000		
Sem escolaridade (0 anos)	3,15	1,87 – 5,29	0,000		
Estado marital					2,03
Casado	1				
Solteiro	0,86	0,41 – 1,82	0,705		
Separado	0,41	0,26 – 0,63	0,000		
Viúvo	1,35	0,98 – 1,84	0,058		
Companhia no domicílio					1,31
Acompanhado	1				
Sozinho	0,39	0,24 – 0,62	0,000		
Religião					1,21
Catolica	1				
Evangélica	0,86	0,60 – 1,24	0,441		
Outras	1,54	1,11 – 2,14	0,010		

Fonte: Estudo SABE, 2000. Notas: OR = *odds ratio*; IC = Intervalo de confiança; VIF = *Variance inflation factor*.

5. DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Grande importância tem sido direcionada às questões que envolvem a alimentação no que diz respeito aos seus determinantes e conseqüentes escolhas alimentares (CONNORS et al., 2001; EERTMANS et al., 2001). Evidenciar “por que” e não apenas “o que” as pessoas comem, pode auxiliar na descoberta de ações efetivas para promover a saúde dos indivíduos.

Este estudo constitui uma grande contribuição para área da gerontologia, uma vez que foi realizado em amostra probabilística, de base domiciliar aborda questões relacionadas ao comportamento alimentar de idosos no Brasil, sendo este assunto pouco explorado na literatura científica.

Neste estudo foram abordadas as relações entre o comportamento alimentar de idosos e questões sociodemográficas e culturais que incluíram o sexo, o grupo etário, a escolaridade, a companhia no domicílio, o estado marital, a nacionalidade, a vida no campo durante infância ou adolescência e a religião. Entre as variáveis que se associaram ao comportamento alimentar destacamos o sexo, o grupo etário e a escolaridade.

Idosos com escolaridade entre um a quatro anos e sem escolaridade apresentaram, respectivamente, em relação aos valores de OR, mais chance de desenvolver comportamentos alimentares como a baixa ingestão de frutas ou verduras (<2 vezes/dia) (OR=1,77; OR=3,37), produtos lácteos (<1 vez/dia) (OR=1,84; OR=3,29), carnes (<3 vezes/semana) (OR=1,78; OR=1,97) e costume de não comprar alimentos (OR=2,29; OR= 3,15), no entanto, apresentaram menos

chance para ingestão de bebida alcoólica (OR=0,57; OR= 0,32) em comparação àqueles com escolaridade maior do que 4 anos. Observou-se que quanto menor a escolaridade maior a chance para desenvolver estes comportamentos. Idosos sem escolaridade apresentaram também mais chance de realizar um número menor de refeições (<3 refeições/dia) (OR=2,36) e ingerir menos líquidos ($\leq$ 5 copos/dia) (OR=1,59) em comparação aos que referiram escolaridade maior do que 4 anos.

A ingestão de frutas (< 2 vezes/dia) associada a idosos sem escolaridade (OR=3,37) e com 1-4 anos de escolaridade (OR=1,77) é semelhante aos resultados encontrados na literatura. LIMA-COSTA (2004) encontrou em estudo com 12.065 indivíduos de 20 a 59 anos e 1.786 idosos ($\geq$ 60 anos) ingestão de frutas, verduras ou legumes ($\geq$ 5 porções/dia) associado a maior escolaridade ($\geq$ segundo grau completo) em ambos os grupos etários, sendo que entre os idosos, a prevalência de ingerir $\geq$ 5 porções/dia foi maior entre aqueles com 2º grau completo, quando comparados aos idosos com menor escolaridade (< 2º grau completo) (RP=2,45). A partir destes resultados a autora reforçou a hipótese da determinação social destes comportamentos, sendo neste caso influenciados pela escolaridade. A autora ressalta ainda que a escolaridade, utilizada como indicador da situação econômica, torna-se fator importante para o acesso a estes alimentos e evidencia a falta de políticas públicas que os torne mais acessíveis.

VIEBIG et al. (2009) também encontraram dados semelhantes em uma amostra de 2066 idosos ($\geq$ 60 anos) na cidade de São Paulo, sendo que idosos com um a três anos de estudo (OR=1,48) e quatro anos ou mais (OR=3,26) apresentaram mais chances de consumir frutas e hortaliças ($\geq$ 5 porções diárias) em comparação aos idosos sem escolaridade.

Em estudo realizado com dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2002/2003, observou-se que quanto maior a renda, maior a aquisição de frutas e verduras pelas famílias e, como a escolaridade pode ser avaliada como “proxi” da renda, estes resultados vêm corroborar com os encontrados no presente estudo (LEVY-COSTA et al., 2005). No entanto, VIEBIG et al. (2009) realizaram uma observação importante na aquisição de frutas e verduras nesta população, afirmando que tanto algumas frutas e verduras de custo mais baixo como as de custo mais alto também foram pouco consumidas adicionando a influência de outros fatores como hábitos inadequados e dificuldades de locomoção, mastigação e deglutição, como também depressão, entre outros. No entanto, estas últimas não foram abordadas no presente estudo.

Além disso, seria relevante acrescentar a educação nutricional como parte importante na participação deste processo, como tem sido encontrada em alguns estudos (BRUG, 1995; CERVATO et al., 2005; SOUZA, 2008).

Na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002/2003 observou-se maior aquisição de produtos lácteos, carnes e bebidas alcoólicas em domicílios com maior renda (LEVY-COSTA et al., 2005). Dados semelhantes foram encontrados na POF 2008/2009 (IBGE, 2011). Apesar desta amostra não ter sido realizada somente com idosos, estes resultados vêm mostrar a importância da renda e consequentemente da escolaridade, aqui considerada como “proxi” da renda, para a aquisição destes alimentos, importância esta também encontrada no presente estudo.

Em relação à ingestão de líquidos, considerando a ingestão de chá, café e suco, na POF 2008/2009, observou-se aumento do consumo de chá e suco e diminuição da ingestão de café conforme o aumento da renda (IBGE, 2011). A

ingestão de água abaixo do recomendado (6 a 8 copos de água/dia) pelo Guia alimentar para população brasileira tem sido encontrada em alguns estudos realizados com idosos com baixa escolaridade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Em estudo realizado em Recife com 106 idosas, observou-se que apenas 34% delas ingeriram 8 copos de água ao dia e 62% referiram ingerir entre um a quatro copos ao dia, sendo que, 43,8% das idosas não possuíam escolaridade formal, 31,14% tinham até o 1º grau incompleto e 24,8% tinham desde o 1º grau completo até o 3º grau (AMADO et al., 2007).

Em estudo realizado em Porto Alegre, com 220 idosos, a ingestão de líquidos com frequência, incluindo sucos, águas e chás, foi considerada importante pelos idosos, no entanto, apenas 5,45% eram analfabetos, a maioria, 59,54%, tinha o 1º grau incompleto e 16,82%, completo; 4,55%, o 2º grau completo e 3,64%, incompleto (BRAGA e LAUTERT, 2004). No presente estudo, grande parte da amostra foi constituída por idosos com baixa escolaridade, sendo 58% com escolaridade entre 1 a 4 anos e 20% sem escolaridade, sendo que, a maioria dos idosos referiu ingerir ≤ 5 copos/dia de líquidos. Idosos sem escolaridade apresentaram também mais chance de ingerir menores quantidades de líquidos (≤ 5 copos/dia) quando comparados aos com escolaridade maior do que 4 anos.

Em estudo sobre insegurança alimentar realizado em famílias com idosos (n=195) na cidade de Campinas, encontrou-se entre as famílias em situação de insegurança alimentar, renda média de R\$ 368,00 e 68% com primário incompleto e, aquelas em situação de segurança alimentar, renda média de R\$ 765,00 e apenas 35% com primário incompleto. Observou-se maior chance de consumo diário de carnes (OR=3,79), frutas (OR=3,57), verduras (OR= 7,43) e leite (OR=2,58) e derivados do

leite (OR=2,58) entre aqueles de família em segurança alimentar (MARIN-LEON et al., 2005).

Portanto, a associação entre escolaridade e ingestão alimentar em idosos foi encontrada em alguns estudos, corroborando com dados do presente estudo, uma vez que, quanto menor a escolaridade, menor a chance para ingerir frutas, legumes e verduras, como também produtos lácteos, carnes e líquidos de maneira favorável (LIMA-COSTA, 2004; MARIN-LEON et al., 2005; CLARO et al., 2007).

A ingestão de bebida alcoólica por idosos, no presente estudo, esteve associada negativamente, àqueles sem escolaridade e com escolaridade de 1 a 4 anos e corrobora com resultados encontrados por outros pesquisadores. No estudo de LIMA-COSTA (2004), a prevalência de idosos que ingeriram bebida alcoólica (≥ 5 drinques de bebidas alcoólicas no último mês em um único dia) foi maior entre aqueles com maior escolaridade (2º grau completo) quando comparados aos idosos com menor escolaridade ($<2^\circ$ grau completo) (RP=1,59). Estes resultados foram encontrados tanto em idosos como em adultos, no entanto esta associação foi mais forte entre os idosos.

BONOMO et al. (2003) verificaram, em amostra probabilística de 546 indivíduos acima de 18 anos, incluindo idosos de 60 a 92 anos, em ambos os sexos, aumento significativo da proporção de usuários de álcool com o aumento da escolaridade ($p < 0,001$).

NEWSOM et al. (2004) encontraram em amostra representativa de idosos canadenses maior percentual de idosos que ingeriam bebida alcoólica entre aqueles com escolaridade maior que 12 anos, porém, entre os que tinham ≤ 12 anos de estudo, 43,3% não ingeriam bebida alcoólica, 33,1% ingeriam < 1 vez/dia, 22,1% de

1 a 2 vezes/dia e 1,5% ingeriam > 2 vezes/dia. No grupo de escolaridade > 12 anos, apenas 27,1% não ingeriam bebida alcoólica, 35,8% ingeriam < 1 vez/dia, 35,6% de 1 a 2 vezes/dia e 1,4% ingeriam > 2 vezes/dia. No presente estudo idosos com mais de 4 anos de escolaridade, entre 1 e 4 anos e sem escolaridade (46%, 31%, 18%, respectivamente), referiram ingerir bebida alcoólica; sendo que a ingestão foi maior entre aqueles com mais de 4 anos de escolaridade.

Em relação ao número de refeições ao dia, a maioria dos estudos têm mostrado que os idosos fazem pelo menos 3 refeições ao dia o que condiz com o presente estudo, uma vez que 67% dos idosos fazem 3 ou mais refeições ao dia (Tabela 3); sendo que alguns encontraram entre 4 e 5 refeições ao dia (MARUCCI, 1992; CIANGHEROTTI et al., 2006; LIMA-FILHO et al., 2008; CANTÁRIA, 2009). Em estudo realizado com 106 idosas atendidas no núcleo de atenção ao Idoso-NAI, em Pernambuco, 88% das idosas realizavam 3 refeições diárias, no entanto, nesta população 56% haviam cursado até o primeiro grau completo (AMADO et al., 2007). Em estudo realizado em Porto Alegre com 220 idosos que viviam na comunidade, observou-se que a maioria (96%) realizava 3 ou mais refeições diárias, sendo que 59,54% cursaram até o 1º grau completo (BRAGA e LAUTERT, 2004).

No presente estudo, entre aqueles com mais de 4 anos de escolaridade, de 1 a 4 anos e sem escolaridade (74%, 69% e 56%, respectivamente), realizavam 3 ou mais refeições ao dia, sendo que, quanto maior a escolaridade, maior a proporção de idosos que realizaram 3 ou mais refeições ao dia. Verificou-se também que idosos sem escolaridade apresentaram mais chances de realizar menos que 3 refeições ao dia, contudo, não foram encontrados estudos de associação para eventuais comparações.

O costume de comprar alimentos também esteve associado aos graus de escolaridade, visto que idosos com escolaridade entre 1 e 4 anos e sem escolaridade apresentaram mais chances de não ter o costume de comprar alimentos quando comparados aos idosos com mais de 4 anos de estudo.

Idosos têm referido o preço e a qualidade nutricional como prioridade para comprar alimentos (LIMA-FILHO et al., 2008; ALMEIDA et al., 2010). Em estudo realizado com 115 idosos na cidade de Lavras -MG, 64,30% dos idosos decidiam sobre a compra da residência e 55,7% dos idosos faziam esta compra, sendo que a maioria cursou $\geq 1^{\circ}$ grau completo e apenas uma pequena parcela (4,30%) se encontrava entre aqueles sem escolaridade. Os autores acreditam que a escolaridade, associada ao conhecimento, torna os idosos consumidores conscientes e pouco influenciáveis, o que pode ser um fator facilitador e levar estes idosos ao costume de comprar alimentos (ALMEIDA et al., 2010).

Em estudo realizado em Toronto, no Canadá, com 194 idosos de 65 a 77 anos, a maioria fazia compras regularmente sendo que 41%, 37% e 22% destes idosos cursaram o 2º grau completo, acima do 2º grau e o 1º grau completo, respectivamente (KRONDLE et al., 1982). No presente estudo, entre aqueles que referiram não ter o costume de comprar alimentos, houve maior proporção de idosos sem escolaridade (21%) quando comparados aos idosos de 1 a 4 anos (16%) e acima de 4 anos de escolaridade (7%) (Tabela 5).

Assim, a baixa escolaridade está associada a comportamentos alimentares desfavoráveis à saúde dos idosos, sendo esta associação observada em vários estudos, corroborando com os dados encontrados no presente estudo conforme discutido acima.

A variável sexo se associou com maior magnitude à alguns comportamentos alimentares, sendo que idosos do sexo masculino apresentaram mais chances para ingerir frutas ou verduras (< 2 vezes/dia) (OR=1,49) produtos lácteos (< 1 vez/dia) (OR=1,61), bebida alcoólica (OR=3,26) e para o costume de não preparar refeições quentes (OR=13,72), e menos chances para ingerir ovos, feijão ou lentilha (leguminosas) (< 1 vez/semana) (OR=0,57) e líquidos (≤ 5 copos/dia) (OR=1,66), em comparação ao sexo feminino.

JAIME e MONTEIRO (2005) encontraram em 5000 indivíduos, incluindo idosos (≥ 60 anos) de uma amostra probabilística nacional, que apenas 21% das mulheres e 15% dos homens atingiram as recomendações de ingestão de frutas, verduras e legumes recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (≥ 5 porções/dia), no entanto a ingestão foi maior no sexo feminino quando comparado ao masculino ($p < 0,001$). No presente estudo não foi avaliado o número de porções/dia e sim a frequência (vezes/dia) de ingestão, sendo que o sexo masculino apresentou mais chance para ingerir frutas ou verduras (< 2 vezes/dia) quando comparado ao sexo feminino (OR=1,49; $p = 0,010$).

Dados semelhantes foram encontrados por MONDINI et al. (2010), em estudo realizado com 930 indivíduos adultos e idosos em Ribeirão Preto, SP, sendo que apenas 24% dos homens e 38% das mulheres atenderam às recomendações da OMS para ingestão diária de frutas, legumes e verduras. Verificou-se que a ingestão de frutas e hortaliças aumentou com a idade, sendo maior entre idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, quando comparados aos adultos. Ressaltou-se que a proporção de homens e mulheres que ingeriram frutas diariamente aumentou com a idade e com a renda, sendo que entre as mulheres aumentou também de acordo com

o aumento da escolaridade. A ingestão de hortaliças aumentou de acordo com o aumento da escolaridade em ambos os sexos e de acordo com o aumento da renda entre as mulheres, sendo esta ingestão menor entre aqueles que viviam sem companheiro. O que vem demonstrar a importância do contexto em que estes idosos estão inseridos levando em consideração não apenas as diferenças entre os sexos, mas também as condições sociais e econômicas envolvidas, como foi citado em estudos anteriores.

De acordo com a POF 2008/2009, o consumo de verduras e legumes e maioria das frutas foi menor entre os homens em comparação às mulheres (IBGE, 2011).

Em estudo realizado com 183 idosos cadastrados no Programa Municipal da Terceira Idade (PMTI), no município de Viçosa, com idade entre 60 e 90 anos, verificou-se que 63,8% dos idosos consumiam frutas diariamente, no entanto, este consumo foi maior entre as mulheres (68,3%) quando comparadas aos homens (51,1%). O mesmo aconteceu em relação às verduras e legumes, sendo que 57,8% dos idosos consumiam estes alimentos, porém o consumo foi maior entre as mulheres (60,9%) do que entre os homens (48,8%) (TINÔCO et al., 2007). Os dados apresentados são compatíveis com os encontrados neste estudo, uma vez que 83% dos idosos referiram ingerir frutas ≥ 2 vezes ao dia, sendo que 85% das idosas do sexo feminino e 81% dos idosos do sexo masculino referiram esta ingestão, sendo maior entre aqueles do sexo feminino.

No presente estudo os homens apresentaram mais chance para ingerir bebida alcoólica em comparação às mulheres. Em estudo realizado com 17354 idosos, no Canadá, 44,3% das idosas não ingeriam bebida alcoólica, sendo que entre os homens

este percentual foi de 29,8% ($p < 0,001$). Quando observada menor frequência de ingestão (< 1 vez/dia), 35,9% eram mulheres e 31,4% homens. Entre os que ingeriam moderadamente (1-2 vezes/dia), 19,2% eram mulheres e 36,2% homens, e entre os que ingeriam com mais frequência (> 2 vezes/dia), 2,7% eram homens e 0,5% mulheres ($p < 0,001$) (NEWSOM et al., 2004). AMADO et al. (2007) verificaram que 79% das idosas referiram nunca ter feito uso de bebida alcoólica. A POF 2008/2009 também mostrou consumo de bebida alcoólica maior entre os homens (IBGE, 2011). Sendo assim, a maior ingestão entre os homens vem corroborar com o presente estudo, uma vez que a ingestão de bebida alcoólica foi de 21% entre idosas do sexo feminino e de 47% do sexo masculino. BONOMO et al. (2003) verificaram, em amostra probabilística de 546 indivíduos de 18 a 92 anos, que homens ingeriram quatro vezes mais álcool que mulheres ($p < 0,001$). PASKULIN e VIANNA (2007) verificaram em idosos (> 60 anos) que o consumo de bebida alcoólica era menor entre as mulheres, em comparação aos homens ($p = 0,003$). No presente estudo também houve diferença estatística, sendo esta ingestão maior entre os homens ($p < 0,001$).

Em relação à ingestão de líquidos, a POF 2008/2009 verificou o consumo de chá em maior quantidade pelas mulheres, no entanto, café e suco foram consumidos em maior quantidade pelos homens (IBGE, 2011). TINÔCO et al. (2007) também encontraram maior consumo de café entre idosos do sexo masculino. No entanto, estes dados não podem ser comparados ao presente estudo o qual não especificou o consumo destes líquidos separadamente, porém torna-se relevante ressaltar a necessidade de estudos que analisem separadamente a ingestão de água, chás, café e sucos, uma vez que a ingestão de água é muito importante para a saúde do idoso.

Em estudo realizado com idosas em Pernambuco, 34% referiram ingerir 8 ou mais copos/dia e, a maioria, 62% referiu ingerir entre um a quatro copos de água ao dia, sendo esta ingestão abaixo de recomendado pelo Guia alimentar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Em estudo realizado em Albuquerque, nos Estados Unidos da América, com 883 idosos, 71% estimaram sua ingestão usual de líquidos ≥ 6 copos/dia e o restante menos do que 6 copos/dia. A ingestão de ≥ 6 copos/dia foi maior entre as mulheres (73%) quando comparadas aos homens (69%) (LINDEMAN et al., 2000). No entanto, em outro estudo realizado em Itajaí, Santa Catarina, com 139 idosos, sendo a amostra predominantemente feminina (85%), a maioria dos idosos (91%) ingeriram menos que 8 copos/dia e 9% mais do que 8 copos/dia (NESELLO et al., 2011). No presente estudo, verificou-se que 61% dos idosos do sexo feminino e 54% do sexo masculino ingeriram ≤ 5 copos ao dia, sendo que na análise final, os idosos do sexo masculino apresentaram menos chance de ingerir baixas quantidades de líquidos em comparação às mulheres.

Em relação aos produtos lácteos, a POF 2008/2009 encontrou maior consumo de leite, iogurte e outros laticínios entre as mulheres, porém, o consumo de queijo foi aproximado entre os dois sexos. Apesar destes dados não se referirem apenas aos idosos, estudos têm mostrado resultados semelhantes em relação a este grupo etário (IBGE, 2011). TINÔCO et al. (2007) encontraram maior ingestão de leite e derivados entre idosos do sexo feminino (70,7%), quando comparados aos do sexo masculino (58,1%). PASSANHA et al. (2011), em estudo realizado em São Paulo, também encontraram maior ingestão diária de leite entre idosos do sexo feminino (289,4 ml) quando comparados aos idosos do sexo masculino (250,5 ml) ($p= 0,03$).

No presente estudo, a ingestão diária (≥ 1 vez/dia) também foi maior no sexo feminino (85%) quando comparado ao masculino (79%) ($p=0,0018$).

De acordo com dados encontrados na POF 2008/2009, a ingestão de ovos, feijões e outras leguminosas foi maior entre os homens quando comparado as mulheres (IBGE, 2011). Em estudo realizado em município da Zona da Mata Mineira, com idosos entre 60 e 90 anos, observou-se valores aproximados em relação aos sexos, sendo que a ingestão diária de feijão foi realizada por 88,6% das mulheres e por 86% dos homens (TINÔCO et al., 2007). No entanto, no presente estudo 96% dos homens e 93% das mulheres ingeriram ovos, feijão ou lentilhas (leguminosas) ≥ 1 vez/semana, porém a frequência foi semanal dificultando assim a comparação dos dados. BONOMO et al. (2003), verificaram em idosos (> 60 anos) maior ingestão de proteínas entre o sexo masculino quando comparado ao feminino. No entanto, a análise foi realizada de acordo com nutrientes e não com alimentos, como no presente estudo, dificultando a comparação dos dados.

Em relação ao costume de não preparar refeições, no presente estudo, os homens apresentaram mais chances de realizar este comportamento em comparação às mulheres. O preparo de alimentos pelos idosos foi realizado por 41,8% dos participantes de um estudo realizado com 96 idosos no Mato Grosso do Sul, sendo que destes, 80% eram do sexo feminino e, entre os que não preparavam, 92% eram do sexo masculino (LIMA-FILHO et al., 2008). No presente estudo, entre os idosos do sexo feminino, apenas 4% referiram não ter o costume de preparar alimentos, sendo que no sexo masculino, 36% referiram este comportamento. De acordo com estudo realizado por SINDENVALL et al. (2001), a atividade culinária está relacionada a independência da mulher em administrar a casa e conseqüentemente à

sua autoestima. O papel social da mulher como responsável pela saúde da família também tem sido associada à atividade culinária (DAMATTA, 1984).

O grupo etário ≥ 75 anos também apresentou associações importantes no presente estudo, apresentando menos chances para ingerir produtos lácteos (<1 vez/dia) (OR= 0,59), frutas ou verduras (<2 vezes/dia) (OR= 0,74) e para ingerir bebida alcoólica (OR= 0,67) e mais chances para ingerir líquidos (≤ 5 copos/dia) (OR= 1,66) em comparação ao grupo de 60-74 anos.

Em relação ao grupo etário, dados da POF 2008/2009 mostraram o consumo de verduras e legumes e a maioria das frutas, maior entre os idosos (≥ 60 anos) quando comparado aos adolescentes e adultos, no entanto, não fez distinção entre os grupos mais velhos como no presente estudo (IBGE, 2011). Em estudo realizado em Liguria, na Itália, com 1000 indivíduos, sendo 230 idosos, observou-se que estes consumiam frutas, verduras e legumes ≥ 14 vezes/semana em comparação aos adultos, os quais consumiam entre 7 e 14 vezes/semana, porém, não foi analisada a ingestão diária para melhores comparações (CIANGHEROTTI, 2006).

LIMA-COSTA (2004) verificou em estudo realizado com 1786 idosos e 12065 adultos, na região metropolitana de Belo Horizonte em Minas Gerais, que a prevalência da ingestão diária de 5 ou mais porções de frutas, verduras e legumes foi maior entre os idosos (≥ 60 anos) quando comparados aos adultos (RP=1,31).

Em estudo realizado com adultos e idosos brasileiros verificou-se maior ingestão diária de frutas como também de verduras e legumes de acordo com o aumento da idade ($p<0,001$), mesmo entre os idosos, considerando os grupos etários de 55 a 64 anos e grupos etários ≥ 65 anos; sendo que entre os que ingeriram ≥ 5 porções/dia, apenas 18,2% pertenciam ao grupo etário de 55 a 64 anos e 20,6% ao

grupo ≥ 65 anos (JAIME e MONTEIRO, 2005). Estes dados mostram a maior ingestão de frutas ou verduras com a idade sugerindo semelhança ao estudo em questão, uma vez que entre idosos de 60-74 e ≥ 75 anos, 82% e 86%, respectivamente, ingeriram frutas ou verduras ≥ 2 vezes/dia, verificando maior ingestão entre aqueles com 75 anos ou mais.

No presente estudo, idosos (≥ 75 anos) apresentaram menos chance para ingerir bebida alcoólica quando comparados ao grupo etário de 60 a 74 anos. Em estudo realizado com 1786 idosos na região metropolitana de Belo Horizonte-MG, verificou-se que a prevalência de ingestão de bebida alcoólica (≥ 5 drinques/dia) foi menor entre os idosos de 60 anos ou mais, em comparação aos adultos (RP=0,42) (LIMA-COSTA, 2004). De acordo com dados da POF 2008/2009 o consumo de bebidas destiladas e cerveja foi maior entre os adultos, com exceção do vinho que foi maior entre os idosos (IBGE, 2011). Em estudo realizado em Porto Alegre-RS, com 292 idosos de 60 anos ou mais, observou-se em diferentes grupos etários, entre aqueles com 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e ≥ 80 anos, ingestão de bebida alcoólica de 46,8%, 39,5% e 37,2%, respectivamente, sendo esta ingestão menor no grupo etário ≥ 80 anos, no entanto, não houve diferença estatística (PASKULIN e VIANNA, 2007).

NEWSOM et al. (2004), em amostra representativa de idosos canadenses, também encontrou resultados compatíveis com o presente estudo, verificando menor ingestão de bebida alcoólica no grupo ≥ 75 anos comparado àqueles do grupo de 60 a 74 anos; sendo que no grupo ≥ 75 anos e de 60 a 74 anos, 48,4% e 33,5%, respectivamente, não ingeriam bebida alcoólica. A ingestão moderada (1-2 vezes/dia) foi maior entre idosos de 60-74 anos em relação ao grupo ≥ 75 anos ($p<0,001$). No

presente estudo, no grupo ≥ 75 anos e de 60 a 74 anos, 76% e 66%, respectivamente, não ingeriam bebida alcoólica, sendo que o grupo ≥ 75 anos apresentou menos chance de ingerir bebida alcoólica quando comparado aos idosos de 60-74 anos (OR=0,67; p=0,004).

No presente estudo, idosos (≥ 75 anos) apresentaram menos chance para ingerir produtos lácteos (< 1 vez/dia) quando comparados ao grupo de 60-74 anos (OR= 0,59; p= 0,000). A ingestão de leite pelos idosos tem sido considerada insatisfatória por alguns pesquisadores. RESTREPO et al. (2006) verificaram que 43% dos idosos (> 60 anos) ingerem leite 1 vez/dia, 25%, 2 vezes/dia, 21%, 3 vezes/dia, 9%, 4 vezes/dia e 2,8%, 5 ou mais vezes/dia. No presente estudo, a maioria (82%) dos idosos referiu ingerir produtos lácteos pelo menos uma vez ao dia, no entanto, entre aqueles do grupo etário de 60 a 74 anos e ≥ 75 anos, 81% e 87%, respectivamente, referiram ingerir produtos lácteos ≥ 1 vez/dia, sendo maior entre idosos do grupo ≥ 75 anos. No entanto, em estudo realizado com 300 idosos (≥ 60 anos), em São Paulo, PASSANHA et al. (2011) verificaram maior ingestão diária de leite entre idosos do grupo < 75 anos (351 ml) quando comparada ao grupo ≥ 75 anos (238,8 ml) (p = 0,00).

Dados da POF 2008/2009 mostraram que o consumo de queijo e leite foi maior entre os idosos, porém, iogurtes e bebidas lácteas foi menor quando comparados aos adolescentes e adultos (IBGE, 2011). CIANGHEROTTI et al. (2006) verificaram a ingestão de produtos lácteos ≥ 14 vezes/semana por idosos e adultos, sendo que especificamente o leite foi ingerido > 7 e < 14 vezes/semana pelos idosos e ≤ 7 vezes/semana pelos adultos, porém não foi analisada a ingestão diária

para melhores comparações com o presente estudo, no entanto, observou-se maior ingestão de leite pelos idosos ao compará-los aos adultos.

Em relação à ingestão de líquidos, considerando chá, café, leite e suco, observou-se entre os idosos, participantes da POF 2008/2009, maior consumo de chá, café, porém menor consumo de sucos quando comparados aos adultos e adolescentes (IBGE, 2011). No presente estudo, considerou-se como líquidos além da ingestão de água, a ingestão de chá, café, leite e suco, o que faz com que a ingestão de água possa ser ainda menor.

A ingestão de líquidos tem sido considerada muito importante, principalmente entre os idosos de 70 anos ou mais, uma vez que a sensação de sede encontra-se diminuída, afetando o equilíbrio homeostático e o funcionamento do intestino, levando à constipação intestinal. Ressalta-se ainda a importância da ingestão de líquidos de pelo menos 2 litros ao dia, mas com a exclusão de chás, cafés e bebidas alcoólicas (RUSSEL et al., 1999).

ZIZZA et al. (2009) verificaram menor ingestão de água entre os grupos de idosos mais velhos, sendo que ao separar em três grupos etários: 65 a 74 anos, 75 a 84 anos e ≥ 85 anos, observou-se menor ingestão entre os dois grupos de idade mais avançada, ou seja, entre os de idade ≥ 75 anos quando comparado aos de 65 a 74 anos. No presente estudo, a ingestão de líquidos (≤ 5 copos/dia), que incluiu além de água, a ingestão de chá, café e sucos, foi referida por 55% e 69%, pelos grupos de 60 a 74 anos e ≥ 75 anos, respectivamente, sendo esta ingestão (≤ 5 copos/dia) maior entre o grupo ≥ 75 anos.

O grupo ≥ 75 anos também apresentou menos chances para realizar número de refeições (< 3 vezes/dia) (OR=0,73) e mais chances para o costume de não

preparar refeição quente (OR= 2,12) e não comprar alimentos (OR=1,78) em comparação ao grupo de 60-74 anos.

Em estudo realizado com 4402 idosos, separados em três grupos etários de 55 a 64, 65 a 74 e ≥ 75 , observou-se que idosos ≥ 75 anos apresentaram a menor proporção de omissão do café da manhã, observando ainda uma maior ingestão de alimentos durante a manhã em relação à noite, quando comparados aos outros grupos etários. Os autores enfatizaram ainda que idosos que viviam sozinhos estavam mais suscetíveis a omitir refeições em comparação aos que viviam com esposa, ressaltando a importância do contexto relacionado aos arranjos domiciliares, uma vez que a proporção de idosos que vivem sozinhos aumenta conforme aumenta o grupo etário (DAVIS et al., 1988; SAAD, 2003).

Segundo CIANGHEROTII et al. (2006), em estudo realizado com 1000 indivíduos, sendo 230 idosos, verificou-se que a maioria dos idosos realizou 3 refeições ao dia, no entanto, houve maior proporção entre os homens (64%) quando comparado às mulheres (50%), sendo que 35% das mulheres e 8% dos homens referiram menos do que duas refeições/dia. Não foi possível verificar a diferença entre grupos etários de idosos, no entanto, observou-se que a maioria dos adultos realizou entre 3 e 4 refeições ao dia quando comparados aos idosos, os quais realizaram 3.

As atividades de comprar alimentos e preparar refeições pelos idosos têm sido frequentemente relacionadas à dificuldade ou incapacidade de realizar estas atividades como também às condições relacionadas aos arranjos familiares e companhia no domicílio, enfatizando idosos que vivem sozinhos, uma vez que estes fatores podem aumentar com o avançar da idade (KRONDL et al., 1982;

PODRABSKY, 1995; MORIGUTI et al., 1998; IBGE, 2000; SAAD, 2003; IBGE, 2008). RESTREPO et al. (2006) encontraram, em abordagem qualitativa, que muitos idosos referiram que a idade pode limitar o acesso aos alimentos e muitas vezes dependem de outras pessoas para realizá-lo. No entanto, no presente estudo, idosos que referiram não ter o costume de preparar ou comprar alimentos não estão relacionados a dificuldades ou incapacidades, mas sim ao costume de realizar estas atividades, abordando assim, os modos de vida e o contexto em que o idoso está inserido, ou seja, questões sociais e culturais, sendo este o interesse do presente estudo. Assim, o costume de não preparar refeição quente e de não comprar alimentos associados aos idosos (≥ 75 anos) pode estar relacionado a outras questões, as quais não incluem a dificuldade em realizar estas atividades.

O arranjo domiciliar constitui uma questão importante que pode influenciar o preparo e a compra de alimentos, principalmente em relação aos idosos (≥ 75 anos), uma vez que, o aumento do grupo etário está associado ao aumento de idosos que vivem sozinhos (SAAD, 2003). No presente estudo, houve diferença estatística entre companhia no domicílio e costume de não preparar refeição quente ($p < 0,001$) e não comprar alimentos ($p = 0,0015$), como também entre estado marital e estes comportamentos ($p < 0,001$) (Tabela 5). Sendo estas variáveis de grande importância para estudos futuros que abordem o preparo e compra de alimentos por idosos.

LIMA-FILHO et al. (2008) verificaram, em estudo realizado no Mato Grosso do Sul, que entre os 96 idosos (≥ 60 anos), 41,8% afirmaram ter o costume de preparar refeições, sendo que apenas 9,4% moravam sozinhos e 77,1% viviam com esposa ou esposo. O fato de a maioria viver acompanhada pode estar relacionada à hipótese de que outras pessoas poderiam ser responsáveis por esta atividade. Em

estudo realizado em Toronto, no Canadá, com 194 idosos de 65 a 77 anos que moravam sozinhos, a maioria fazia compras regularmente e preparavam suas refeições, sugerindo assim, que os próprios idosos poderiam ser os responsáveis pelas compras e pelo preparo das refeições, uma vez que não existia outra pessoa para realizar estas atividades (KRONDL et al., 1982). Dados semelhantes foram encontrados no presente estudo, uma vez que, entre os idosos que viviam sozinhos, apenas 6% referiu o costume de não preparar refeição quente e 8% referiu o costume de não comprar alimentos. Verificou-se ainda que, idosos que referiram viver sozinhos apresentaram menos chance para o costume de não preparar (OR=0,36) e não comprar alimentos (OR=0,39) em comparação aos que vivem acompanhados.

Todavia, ALMEIDA et al. (2010), encontraram, em Lavras, Minas Gerais que, entre os 115 idosos que participaram do estudo, a maioria realizava as compras e vivia acompanhada. Assim, o costume de comprar alimentos foi encontrado tanto em idosos que viviam sozinhos como entre aqueles que viviam acompanhados. No entanto não foi possível verificar nos estudos encontrados a diferença entre os grupos etários, variável importante, que apresentou associação ao preparo e compra de alimentos no presente estudo, sendo que, idosos ≥ 75 anos apresentaram mais chance para não preparar e não comprar alimentos. A situação de morar sozinho, mais prevalente entre idosos de idade mais avançada pode estar relacionada a atividades de compra de alimentos e preparo das refeições pelos idosos. Todavia, no presente estudo, não foi realizado o controle do grupo etário em relação à companhia no domicílio, o que seria uma abordagem interessante para estudos futuros.

No entanto, alguns pesquisadores sugerem que não é o fato de viver com alguém que influencia o comportamento, mas sim a presença da(o) esposa(o) que agrega importância. O estado marital está mais associado a qualidade da dieta do que o número de pessoas que vivem na residência (DAVIS et al., 1988). Estudo realizado nos Estados Unidos com uma amostra representativa de 4.402 indivíduos com idade de 55 a 98 anos analisou o modo de vida e o comportamento alimentar, utilizando dados de 3 dias de ingestão alimentar como comer sozinho, comer fora de casa, densidade calórica, omissão de refeições e lanches. Em relação ao modo de vida, foram estabelecidos três grupos: indivíduos que vivem sozinhos, indivíduos que vivem com esposa ou esposo e indivíduos que vivem acompanhados. Observou-se que os indivíduos que viviam sozinhos realizavam suas refeições sozinhos, se alimentavam fora de casa com frequência, obtiveram uma porcentagem do total de calorias maior em refeições feitas fora de casa e omitiram mais refeições, incluindo o café da manhã, em comparação àqueles que viviam com a esposa ou esposo (DAVIS et al., 1988).

No presente estudo, o estado marital esteve associado a alguns comportamentos alimentares, sendo que os idosos separados apresentaram menos chances para não comprar alimentos (OR=0,41) e mais chances para ingerir frutas ou verduras (<2 vezes/dia) (OR=1,91), carnes (< 3 vezes/semana) (OR=2,11), ovos, feijão ou lentilhas (leguminosas) (<1 vez/semana) (OR=2,40); e os solteiros mais chances de ingerir carnes (< 3 vezes/semana) (OR=2,71) em comparação aos casados.

ALMEIDA et al. (2010), encontraram em estudo realizado com 115 idosos, na cidade de Lavras-MG que, em relação a compra de alimentos, 64,30% dos idosos

decidiam sobre a compra, 13,9% dos idosos que decidiam eram a esposa ou o marido, em 17,4% destes idosos a decisão era conjunta e 4,3% relataram que a decisão era tomada pelos filhos. Verificou-se ainda que 55,7% dos idosos realizaram a compra, 28,7% realizaram a compra com esposo ou esposa, 7,8% somente o esposo ou esposa, 7,0% os filhos e 0,9% outras pessoas. Nesta população a maioria dos idosos vivia acompanhada, não sendo especificada a quantidade de casados, solteiros ou separados, como também a convivência com outras pessoas que não faziam parte da família, sendo que apenas 24% viviam sozinhos. No entanto, a decisão e realização das compras foi realizada pela maioria dos idosos, com pouca participação do esposo ou esposa .

No presente estudo, entre aqueles que referiram não ter o costume de fazer compras, encontrou-se maior proporção de viúvos (19%), seguidos pelos casados (15%), solteiros (11%) e separados (6%). Os idosos separados apresentaram menos chances de não comprar em comparação aos casados sugerindo assim, a hipótese da necessidade de realizar estas atividades, como aconteceu entre aqueles que vivem sozinhos no presente estudo. No entanto, considera-se importante a realização de outros estudos que avaliem esses contextos, considerando ainda o ajuste destes arranjos pelo grupo etário e escolaridade, os quais foram variáveis que também se associaram à compra de alimentos.

Em relação a ingestão de frutas, legumes e verduras, verificou-se que homens que viviam com sua companheira consumiam hortaliças mais vezes/dia e mulheres que viviam com seus companheiros também. A ingestão de frutas, verduras e legumes (≥ 5 porções/dia) entre os homens foi mais prevalente entre os que tinham companheira quando comparado aos que viviam sem companheira (RP=1,86). Entre

as mulheres, no entanto, esta ingestão foi maior entre o grupo etário (50 a 59 anos) (RP=1,57), a escolaridade (> 4 anos) (RP=1,99) e maiores níveis de renda (RP=1,80) (MONDINI et al., 2010).

BILLSON et al. (1999) verificaram que homens casados consumiam mais frutas e hortaliças quando comparados aos sem companheira. No entanto, estes resultados demonstram a influência do estado marital no consumo de frutas, mas parece estar mais associado ao sexo masculino, sendo que esta questão não foi abordada no presente estudo, uma vez que não houve ajuste do estado marital segundo sexo. No presente estudo, a menor proporção de idosos que ingeriu frutas ou verduras (≥ 2 vezes/dia) foi verificada entre os separados (74%), em comparação aos casados (84%), sugerindo a importância da companhia do(a) esposo(a), como encontrado nos estudos citados.

A presença da família nos horários das refeições está associada ao bem-estar e qualidade de vida, além de promover o contato social incorporando ainda a assistência relacionada a alimentação (LESLIE et al., 2006; NIJS et al., 2006).

No entanto, alguns pesquisadores acreditam que a solidão familiar pode tender ao desestímulo de preparar e comprar alimentos, e fazer com que o idoso se alimente de forma inadequada em quantidade e qualidade, verificando ainda o elevado consumo de produtos industrializados e de fácil preparo como chás e torradas (ARHONTAKI, 1990; MORIGUTI et al., 1998). No presente estudo, idosos separados apresentaram mais chance para ingerir alimentos como carnes (<3 vezes/semana), ovos, feijão ou lentilha (leguminosas) (<1 vez/semana) e, os solteiros, mais chance de ingerir carnes (<3 vezes/semana) em comparação aos

casados, sendo que estes alimentos necessitam de cozimento e consequentemente de um preparo mais elaborado e demorado, o que se assemelha aos relatos acima.

ALMEIDA et al. (2010), ao analisar a frequência de ingestão de alguns alimentos, utilizando a classificação, frequentemente, raramente e nunca, observaram que entre os alimentos que foram ingeridos frequentemente, 67% dos idosos referiram frutas, 85,2% verduras, 68,2% carnes e 86% feijões. No entanto, nesta população, 24,3% moram sozinhos, 33,9% com duas pessoas, incluindo esposa ou esposo e 25,2% com mais de quatro pessoas. Assim, a maioria dos idosos vivia acompanhada e relatou ingerir frequentemente frutas, verduras, carnes e feijões, não sendo possível afirmar neste estudo a relação com o estado marital.

LIMA-FILHO et al. (2008) verificaram que todos idosos referiram consumir algum tipo de carne diariamente, no entanto, a maioria (77,1%) vivia com esposa ou esposo, 13,5% moravam com parentes e 9,4% sozinhos; o que sugere a maior ingestão deste alimento em uma população constituída em sua maioria por idosos casados.

Em estudo para avaliar a qualidade da dieta em 1840 indivíduos, incluindo adultos e idosos em São Paulo, observou-se, por meio dos valores médios de pontos atribuídos aos componentes do índice de qualidade da dieta (IQD), que estes valores apresentaram-se baixo para os grupos frutas, verduras e leites, intermediário para leguminosas e alto para o grupo de ovos e carne. Esta população foi constituída por 65% de indivíduos casados, 24% solteiros, 6% separados e 5% viúvos (MORIMOTO et al., 2008). Assim, partindo do pressuposto de que a maioria da população é casada e os valores atribuídos à ingestão de ovos e carnes foram considerados altos e leguminosas, intermediários; estes resultados se assemelham aos encontrados no

presente estudo, uma vez que estes alimentos foram ingeridos em menor frequência pelos separados, quando comparados aos casados; sendo que a ingestão de carnes (≥ 3 vezes/semana) e ovos, feijão ou lentilhas (leguminosas) (≥ 1 vez/semana) foi referida, respectivamente, por 88% e 90% dos separados, por 94% e 96% dos casados e 85% dos solteiros referiram ingerir carnes (≥ 3 vezes/semana), com maior prevalência entre os casados.

No entanto, MORIMOTO et al. (2008) encontrou valores considerados baixos em relação à ingestão de frutas, mesmo em uma população onde a maioria dos indivíduos é casada. No presente estudo, os separados estão mais suscetíveis a ingerir frutas (< 2 vezes/dia) do que os casados. Sendo que entre os casados e separados, 84% e 74%, respectivamente, ingeriram frutas ou verduras (≥ 2 vezes/dia), sendo esta prevalência maior entre os casados.

A baixa ingestão de frutas e verduras verificada por diversos pesquisadores tem levantado questionamentos em relação a este comportamento no Brasil, uma vez que vivemos em um país de grande oferta e diversidade destes alimentos (VIEBIG et al., 2009).

No presente estudo, idosos de nacionalidade estrangeira apresentaram menos chance para ingerir produtos lácteos (< 1 vez/dia) (OR= 0,42) e frutas ou verduras (< 2 vezes/dia) (OR= 0,48) e mais chances para ingerir ovos, feijão ou lentilha (leguminosas) (< 1 vez/semana) (OR= 2,49) em comparação aos brasileiros.

A ingestão de frutas ou verduras (< 2 vezes/dia) foi maior entre os brasileiros (18%) quando comparados aos estrangeiros (8%). Estes dados chamaram a atenção nesta análise, uma vez que, como citado anteriormente, a variedade e oferta destes alimentos no Brasil são grandes, mas a aquisição tanto em variedade, como também

em quantidade, é limitada (KRONDL et al., 1982; JAIME e MONTEIRO, 2005; RESTREPO, 2006; VIEBIG et al., 2009).

A baixa ingestão de frutas, verduras e legumes está associada a 1,7 milhões de mortes no mundo (WHO, 2004). A ingestão insuficiente de frutas, verduras e legumes pelos idosos, tanto no Brasil como em outros países, tem sido encontrada em vários estudos e, mesmo verificando maior ingestão de frutas e verduras entre os idosos quando comparado aos adultos, a maioria dos estudos encontram uma ingestão abaixo da recomendada pela Organização Mundial de Saúde (KRONDL et al., 1982; WHO, 2004; RESTREPO et al., 2006; MORIMOTO et al., 2008; VIEBIG et al., 2009; IBGE, 2011).

No entanto, os resultados encontrados no presente estudo podem estar relacionados a outras questões como escolaridade, grupo etário, sexo e estado marital, os quais não foram ajustados em relação à variável nacionalidade, mas também apresentaram maior magnitude de associação com a ingestão referida de frutas ou verduras (< 2 vezes/dia).

A ingestão de produtos lácteos (< 1 vez/dia) foi mais prevalente entre os brasileiros (19%) quando comparados aos estrangeiros (8%). Apesar de a POF 2008/2009 ter encontrado maior consumo de leite e queijo entre os idosos quando comparados aos adultos, a maioria dos estudos têm encontrado ingestão insatisfatória em relação a estes alimentos pelos idosos, mesmo em estudos realizados em outros países (KRONDL et al., 1982; MARUCCI, 1992; GOMES, 2001; RESTREPO et al., 2006; CANTARIA, 2009). Assim, sugere-se a análise conjunta a outras variáveis como sexo, escolaridade e grupo etário, também consideradas importantes em relação à ingestão destes alimentos no presente estudo.

A ingestão de ovos, feijão ou lentilhas (< 1 vez/semana) foi encontrada em maior proporção entre os brasileiros (95%) quando comparados aos estrangeiros (90%) (Tabela 1). Tanto os ovos quanto o feijão ou leguminosas são alimentos frequentemente consumidos pelos brasileiros (MORIMOTO et al., 2008). Estudos têm encontrado valores energéticos provenientes de proteína acima do recomendado nas dietas brasileiras, o que vem mostrar a alta ingestão proteica na alimentação dos indivíduos, mesmo entre os idosos. Em estudo realizado na Espanha, com idosos institucionalizados e não institucionalizados, pesquisadores verificaram ingestão de proteína de 10-15% do valor calórico total da dieta, sendo a ingestão proteica maior entre idosos institucionalizados (LASHERAS et al., 1999). No entanto, TINOCO et al. (2007) observaram, entre idosos, maior consumo de feijão (88%), seguido do leite (67%) e depois da carne (57%). ALMEIDA et al. (2010) também encontrou o feijão como o mais consumido pelos idosos (86%), no entanto seguido pela carne (68%) e depois pelo leite (58%). De acordo com a POF 2008/2009 o feijão também tem sido mais consumido quando comparado a carnes, leites e ovos (IBGE, 2011). CIANGHEROTTI et al. (2006) também encontrou dados parecidos.

No entanto, em estudo realizado no Canadá, o ovo, considerado como de fácil preparo, tem sido consumido pelos idosos com frequência, seguido por queijo e carne de frango. A facilidade no preparo das refeições deve, portanto, ser considerada como importante influência nas escolhas alimentares (KRONDAL et al., 1982). No entanto, outras variáveis como sexo e estado marital, podem ter influenciado a ingestão de ovos, feijão ou lentilhas, como também as leguminosas em geral, devendo ser analisadas como variáveis de controle da nacionalidade em futuros trabalhos, uma vez que foram encontradas associadas com maior magnitude a

ingestão destes alimentos no presente estudo. Todavia, ressalta-se que este estudo caracteriza-se como transversal e que não levou em consideração o tempo de vida destes idosos no Brasil, sendo estes dados de grande relevância para a análise das variáveis em questão.

Considera-se ainda que, no presente estudo, a maioria dos idosos (91%) é brasileira e apenas 9% estrangeira, sugerindo assim, a realização de outros estudos que abordem amostras pareadas e com diferentes nacionalidades para o conhecimento dos hábitos e costumes dos diferentes países, sendo que esta abordagem não foi realizada no presente estudo.

Apesar destas limitações, estas abordagens são importantes, uma vez que estudos têm encontrado uma integração entre herança cultural familiar e aprendizados sobre novos modos de se alimentar adquiridos pelas experiências dos idosos. Descendentes de imigrantes que vivenciaram a cultura alimentar de seus pais na infância, consideraram os deslocamentos como uma forma de ruptura alimentar e, no Brasil, frequentavam locais semelhantes as suas origens (PAZ e GUTERRES, 2009).

Estes relatos nos chamam a atenção para uma questão importante e discutida por pesquisadores da área da alimentação, a qual diz respeito aos hábitos adquiridos e vivenciados durante infância e suas influências na alimentação adulta. No presente estudo foi abordada a vida no campo durante a infância ou adolescência e sua relação com a alimentação de idosos que vivem na área urbana.

A vida no campo durante infância ou adolescência foi referida pela maioria (63%) dos idosos, o que condiz com a grande migração, da área rural para urbana, de jovens com idade entre 15 e 29 anos em 1950, no Brasil. De acordo com PAPALÉO

NETO e PONTES (1996), grande parte destes idosos provenientes desta migração envelheceram nestes locais e com situação financeira parecida a que lhes motivou à migrar, acompanhada de uma aposentadoria insuficiente, sendo, uma das características da população idosa brasileira o baixo poder aquisitivo (CAMPOS et al., 2000). Esta informação condiz com a amostra encontrada no presente estudo, sendo a maioria da população proveniente da área rural e com baixos níveis (< 4 anos) de escolaridade, a qual pode ser considerada um indicador socioeconômico desta população.

De acordo com Exton-Smithe, citado por ALMEIDA et al. (2010), os hábitos alimentares são adquiridos na infância e na adolescência e muitas vezes são difíceis de serem modificados na vida adulta. No entanto, alguns pesquisadores questionam a hipótese de que preferências alimentares adquiridas na infância prevaleçam na vida adulta (ROSSI et al., 2008; BIRCH, 1998; PLINER, 1983). Todavia, em estudo de coorte que acompanhou anualmente crianças desde 1983 a 1989, verificou-se pouca alteração nos hábitos alimentares e os diferentes grupos mantiveram os padrões alimentares após este período (KELDER et al., 1994).

A família tem sido considerada fator importante nas escolhas alimentares. Crenças e aprendizados estabelecidos na infância têm permanecido no comportamento alimentar de idosos. As lembranças de alimentos preparados pelas mães dos idosos foram considerados como “uma boa refeição” (FALK et al., 1996). No entanto, esta é uma questão passível de grandes discussões e que merece atenção por meio de outros estudos longitudinais.

No presente trabalho, os idosos que viveram no campo durante infância ou adolescência apresentaram, nas análises preliminares, comportamentos alimentares

desfavoráveis, ou seja, se associaram a ingestão de frutas ou verduras (< 2 x/dia), produtos lácteos (< 1 x/dia), ingestão de líquidos (≤ 5 copos/dia) e número de refeições (< 3 x/dia), e à menor chance para ingerir bebida alcoólica, sendo estes dados semelhantes aos encontrados em indivíduos que vivem na área rural (LEVY-COSTA et al., 2005; JAIME e MONTEIRO, 2005; CARVALHO e ROCHA, 2011; IBGE, 2011). Estudos têm mostrado dados de que a maioria da população rural brasileira apresenta déficits energéticos (MONTEIRO, 1995). A insegurança alimentar é maior na área rural em comparação à área urbana.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios, a maior prevalência de insegurança alimentar foi encontrada na área rural (43,4%) quando comparada à urbana (33,2%). Ressalta-se que a insegurança alimentar está relacionada à falta de recurso dos moradores para aquisição de alimentos. No entanto a situação de segurança alimentar se referiu a indivíduos que tiveram “acesso nos 90 dias prévios à data da entrevista, aos alimentos em quantidades e qualidade adequadas e sequer se sentiam na iminência de sofrer qualquer restrição no futuro próximo”, sendo encontrada em 66,7% da população urbana e 56,5% da população rural (IBGE, 2006).

No presente estudo, apesar da associação encontrada com os comportamentos citados acima, a vida rural durante infância ou adolescência, quando inserida na análise de regressão múltipla para verificar a associação juntamente com outras variáveis sociodemográficas e culturais, perdeu sua força de associação, mantendo-se no modelo final em relação, apenas à ingestão de líquidos (≤ 5 copos/dia). A perda desta força de associação pode sugerir a importância de outras variáveis, como

escolaridade, grupo etário e sexo, por exemplo, as quais permaneceram na maioria dos modelos finais.

A ingestão de líquidos (≤ 5 copos/dia) associada aos idosos que viveram no campo durante infância ou adolescência incluiu a ingestão de água, chá, café, leite e suco, uma vez que foram consideradas pelos idosos ao responderem esta questão.

De acordo com o Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF) realizado em 1974, nas cinco regiões Rio de Janeiro; São Paulo; Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul; Minas Gerais e Espírito Santo e no Nordeste observou-se maior aquisição de café na área rural de São Paulo e Minas Gerais e Espírito Santo, sendo que nas outras regiões foi maior na área urbana. O consumo de chá foi maior na área rural apenas na região Sul, sendo que nas outras regiões foi maior na área urbana. O consumo de leite foi maior na maioria das regiões, na área urbana. O suco de fruta foi maior na área urbana de todas as regiões (IBGE, 1977).

No presente estudo, verificou-se que entre os idosos que referiram ingerir ≤ 5 copos de líquidos ao dia houve maior proporção de idosos que referiram viver no campo durante infância ou adolescência (61%). Esta observação também foi realizada em relação a ingestão de produtos lácteos (<1 vez/dia) (21%) e ingestão de frutas ou verduras (< 2 vezes/dia) (20%), sendo que nas análises preliminares estas variáveis apresentaram diferença estatística ($p < 0,001$). No entanto, não foi possível detalhar esta ingestão de acordo com os tipos de bebidas ingeridas, dificultando assim, eventuais observações. Todavia, para verificar a relação entre a ingestão alimentar de indivíduos que viveram no campo durante a infância ou adolescência e sua influência na vida adulta, torna-se imprescindível a realização de estudos longitudinais que possam abordar estas questões.

A religião também tem sido considerada importante no cotidiano dos idosos, uma vez que tem sido associada a maior satisfação com a própria vida (DUARTE et al., 2008). O comportamento alimentar também está relacionado às religiões, uma vez que as crenças influenciam a alimentação por meio da ingestão de alimentos específicos. (FREIXA e CHAVES, 2008).

No presente estudo, idosos de religião evangélica apresentaram menos chances de ingerir bebidas alcoólicas (OR=0,27) e aqueles de “outras religiões”, as quais incluem em sua maioria espíritas e orientais, maior chance para o costume de não comprar alimentos (OR=1,54).

A importância da religião, por meio de suas crenças, tem sido considerado fator que pode influenciar a alimentação do idoso (RESTREPO et al., 2006; LIMA-FILHO et al., 2008; KIM et al., 2008). Alguns estudos têm associado as religiões aos estilos de vida saudáveis e como forma de integração social, sendo que idosos que participavam de grupos religiosos realizaram mais refeições, além de forneceram idéias e restrições sobre o uso de determinados alimentos (MCINTOSH e SHIFFLETT, 1984b; PASKULIN e VIANA, 2007).

A ingestão de bebida alcoólica tem sido abordada por pesquisadores que se interessam por questões que envolvam modos de vida e saúde (Fuchs citado por MCINTOSH e SHIFFLETT, 1984b; KIM et al., 2003). Resultados semelhantes ao presente estudo foram encontrados em uma amostra representativa de 2325 idosos com 60 anos ou mais, realizado em Erie County, New York, uma vez que os evangélicos apresentaram menos chance de ingerir bebida alcoólica e os católicos mais chance para referir este comportamento (MIRAND e WELT, 1996). Outros pesquisadores têm estudado as práticas religiosas e sua relação com a ingestão de

bebida alcoólica e o índice de massa corporal (IMC), sendo encontrada associação positiva entre religião e excesso de peso, em homens. Observou-se maior prevalência de ingestão de bebida alcoólica entre os homens, sendo importante ressaltar que as mulheres são mais religiosas do que os homens (KIM et al., 2003). Este fator pode estar relacionado à maior ingestão de bebida alcoólica entre os homens. A diferença entre os sexos, segundo as religiões, não foi abordada no presente estudo, porém, é uma análise importante que deve ser incluída em futuros estudos.

Em relação ao costume de não comprar alimentos entre idosos de religiões orientais e espíritas, observa-se em alguns estudos que as religiões orientais possuem hábitos alimentares sem exageros, sendo a grande maioria, vegetarianos restritos (LOWENBERG, 1970). Estas questões sugerem que estes indivíduos possam estar mais suscetíveis a comprar menos alimentos quando comparados a outras religiões.

As religiões estão relacionadas a proteção à saúde, com estilos de vida mais saudáveis como não fumar, não beber e ter uma alimentação saudável (MCINTOSH e SHIFFLETT, 1984b; KIM et al., 2003). A religião tem sido considerada como suporte emocional e instrumental na vida dos idosos. Estes resultados vêm mostrar a relevância da abordagem de aspectos religiosos, considerados como dimensões psicossociais importantes na vida do idoso (REINDL BENJAMINS e BROWN, 2004; DUARTE et al., 2008).

Portanto, de acordo com os resultados encontrados no presente estudo, verifica-se a necessidade de políticas públicas que forneçam situações socioeconômicas favoráveis, com menor vulnerabilidade social, que considere os diferentes contextos em que o indivíduo se encontra e que envolva modos de vida saudáveis e seguros em todas etapas da vida, com comportamentos alimentares que

favoreçam a saúde das pessoas e contribuam para qualidade de vida no envelhecimento. O presente estudo mostra a necessidade de pesquisas que abordem a ingestão de alimentos e, não, de nutrientes, como tem sido encontrado na maioria dos estudos. É importante ressaltar que devido à dificuldade de se obter estudos de associação (OR) que apresentassem resultados semelhantes aos do presente estudo, utilizou-se também trabalhos com dados de prevalência, os quais foram comparados com dados de prevalência do presente estudo.

6. CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

No presente estudo foram identificadas variáveis importantes, as quais se associaram com maior magnitude aos diferentes comportamentos alimentares.

Constatou-se associação, positiva ou negativa, entre comportamento alimentar e as variáveis sociodemográficas e culturais, no entanto, com destaque para escolaridade, sexo e grupo etário.

A escolaridade foi a variável que apresentou maior número de associações positivas em relação às variáveis do comportamento alimentar. Idosos com escolaridade entre 1 e 4 anos e sem escolaridade apresentaram mais chance para não comprar alimentos, ingerir produtos lácteos (<1 vez/dia), carne, peixe ou aves (<3 vezes/semana) e frutas ou verduras (<2 vezes/dia), sendo esta chance maior entre aqueles sem escolaridade, os quais apresentaram também, mais chance para ingerir líquidos (≤ 5 copos/dia) e realizar número de refeições (<3 /dia). Portanto, a baixa escolaridade parece limitar a frequência de ingestão e aquisição de alimentos, como também o número de refeições, verificando assim, a necessidade de políticas públicas que ofereçam ações educativas e favoreçam o acesso aos alimentos e sua aquisição.

No entanto, atenções devem ser destinadas também aos idosos (≥ 75 anos) em relação à ingestão de líquidos (≤ 5 copos/dia), costume de não comprar alimentos e de não preparar refeição quente e àqueles do sexo masculino em relação à ingestão de produtos lácteos (<1 vez/dia), frutas ou verduras (<2 vezes/dia), bebida alcoólica e

costume de não preparar refeição quente, os quais se associaram positivamente à estes comportamentos.

O arranjo domiciliar também é uma condição importante, uma vez que a ingestão de alimentos se associou ao estado marital, no entanto, esta associação não foi encontrada em relação à companhia no domicílio. Idosos separados e solteiros se associaram positivamente a ingestão de carne, peixe ou aves (<3 vezes/semana); e apenas os separados à ingestão de ovos, feijão ou lentilhas (<1 vez/semana) e frutas ou verduras (<2 vezes/dia). No entanto, em relação ao preparo e compra de alimentos, idosos que viviam sozinhos se associaram negativamente ao costume de não preparar refeição quente e de não comprar alimentos, sendo esta última associação encontrada também entre idosos separados.

Torna-se relevante considerar ainda os costumes e crenças agregados aos modos de vida destes idosos, uma vez que houve associação positiva entre vida no campo durante infância ou adolescência e ingestão de líquidos (≤ 5 copos/dia); outras religiões e costume de não comprar alimentos; nacionalidade estrangeira e ovos, feijão ou lentilhas (<1 vez/semana), a qual se associou negativamente a ingestão de produtos lácteos (<1 vez/dia) e frutas ou verduras (<2 vezes/dia); houve também associação negativa entre religião evangélica e ingestão de bebida alcoólica, sendo relevante, no entanto, ressaltar a necessidade de estudos longitudinais que possam esclarecer estas questões.

7. REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS

- Amado TCF, Arruda IKG, Ferreira RAR. Aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI, Recife/2005. *Arq Latinoam Nutr.* 2007;57(4):366-72.
- Almeida IC, Guimarães GF, Rezende DC. Hábitos alimentares da população idosa: padrões de compra e consumo. *Gestão Contemporânea*, Porto Alegre. 2010;7(8):63-92.
- Arhontaki J. Desenvolvimento e avaliação de formulações para alimentação de idosos [dissertação de mestrado]. Viçosa:Universidade Federal de Viçosa; 1990.
- Birch LL. Psychological influences on the childhood diet. *J Nutr.* 1998;128(2): 407S-10S.
- Billson H, Pryer JA, Nichols R. Variation in fruit and vegetable consumption among adults in Britain. An analyses from the dietary and nutritional survey adults. *Eur J Clin Nutr.* 1999;53(12):946-52.
- Bonomo E, Caiaffa WT, César CC, Lopes ACS, Lima-Costa MF. Consumo alimentar da população adulta segundo perfil sócio-econômico e demográfico: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(5):1461-71.
- Braga C, Lautert L. Caracterização sociodemográfica dos idosos de uma comunidade de Porto Alegre, Brasil. *Rev Gaucha Enferm.* 2004;25(1):44-55.
- Brownie S. Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *Int J Nurs Pract.* 2006;12(2):110-8.
- Brug J, Lechner L, Vries H. Psychosocial determinants of fruit and vegetable consumption. *Appetite.* 1995;25(3):285-96.
- Campos MTFS, Monteiro JBR, Ornelas APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Rev Nutr.* 2000;13(3):157-65.

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.

Carneiro H. Comida e sociedade: uma história da alimentação. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2003.

Carvalho EO, Rocha EF. Consumo alimentar de população adulta residente em área rural da cidade de Itatiba (ES/Brasil). *Cienc Saúde Colet*. 2011;16(1):179-85.

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.

Chaimowicz F, Greco DB. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1999;33(5):454-60.

Ciangherotti S, Kevicka K, Ciangherotti E, Rondinone R. Eating behavior: research in Liguria on young, adult and elderly subjects. *J Prev Med Hyg*. 2006;47:26-36.

Claro RM, Carmo HCE, Machado FMS, Monteiro CA. Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):557-64.

Cobiac L, Syrette JA. What is the nutritional status of older Australians? *Proc Nutr Soc Australia*. 1995;19:139-45.

Connors M, Bisogni CA, Sobal J and Devine CM. Managing values in personal food systems. *Appetite*. 2001;36:189-200.

Crocetti AF, Guthrie HA. Alternative eating patterns and the role of age, sex, selection and snacking in nutritional quality. *Clin Nutr*. 1986;5:34-42.

DaMatta R. O que faz do Brasil, Brasil? Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1984

Darnton-Hill I. Psychosocial aspects of nutrition and aging. *Nutr Rev*. 1992;50:476-79.

Davis MA, Randall E, Forthofer RN, Lee ES, Margen S. Living arrangements and dietary patterns of older adults in the United States. *J Gerontol.* 1985;40(4):434-42.

Davis MA, Murphy SP, Neuhaus JM. Living arrangements and eating behaviors of older adults in the United States. *J Gerontol.* 1988;43(3):S96-8.

Duarte YAO, Lebrão ML, Tuono VL, Laurenti R. Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. *Saúde Coletiva.* 2008;5(24):173-7.

Engelheart S, Lammes E, Akner G. Elderly peoples' meals. A comparative study between elderly living in a nursing home and frail, self-managing elderly. *J Nutr Health Aging.* 2006;10(2):96-102.

Eertmans A, Baeyens F, Van den Bergh O. Food likes and their relative importance in human eating behavior: review and preliminary suggestions for health promotion. *Health Educ Res.* 2001;16(4):443-56.

Falk LW, Bisogni CA e Sobal J. Food choice process of older adults: a qualitative investigation. *J Nutr Educ.* 1996;28(5):257-65.

Fischler C, Masson E. Comer: a alimentação de franceses, outros europeus e americanos. Trad. A L R Guirardi. São Paulo: Editora Senac; 2010.

Freixa D, Chaves G. Gastronomia no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: Senac Nacional; 2008.

Garcia RWD. Notas sobre a origem da culinária: uma abordagem evolutiva. *Rev Nutr PUCCAMP.* 1995;8(2):231-44.

Garcia RWD. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Rev Nutr.* 2003;16(4):483-92.

Garine I, Bengoa JM. Public health nutrition: from biochemical to the behavioral sciences. *Nutr Rev.* 2009 Suppl 1;67:S7-11.

Gedrich K. Determinants of nutritional behavior: a multitude of levers for successful intervention? *Appetite.* 2003;41(3):231-8.

Gomes RS. Avaliação da alimentação de adultos e idosos matriculados em ambulatório da capital de São Paulo[dissertação de mestrado].São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.

Hair Jr, Anderson RE, Tatham RL, Black WC.Análise multivariada de dados. Trad. de Adonai Schlup Sant'Anna e Anselmo Chaves Neto. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Consumo alimentar; antropometria. Rio de Janeiro: IBGE.[Estudo Nacional da Despesa Familiar – ENDEF]; 1977 [acesso em 4 jun 2012]. Disponível em:
http://biblioteca.ibge.gov.br/colecao_digital_publicacoes_multiplo.php?link=ConsumoAlimentar&titulo=ENDEF;%20Consumo%20alimentar%20-%20Antropometria

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000: características gerais da população. Resultados da amostra. Rio de Janeiro; 2000 [acesso em 2 jun 2012]. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default_populacao.shm

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Segurança Alimentar: 2004. Rio de Janeiro; 2006 [acesso em 4 jun 2012]. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/suplalimentar2004/supl_alimentar2004.pdf

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tendências demográficas: uma análise da população com base nos resultados dos censos demográficos de 1940 e 2000. Rio de Janeiro; 2007 [acesso em 24 maio 2012]. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendencia_demografica/analise_populacao/1940_2000/analise_populacao.pdf

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2008. Rio de Janeiro; 2008 [acesso em 1 jun 2012]. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2008/indic_sociais2008.pdf

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2009. Rio de Janeiro; 2009 [acesso em 1 jun 2012]. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2009/indic_sociais2009.pdf

-
- IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro, 2011 [acesso em 2 jun 2012]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_analise_consumo/pofanalise_2008_2009.pdf
- Jaime PC, Monteiro CA. Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(1):19-24.
- Jomori MM, Proença RPC, Calvo MCM. Determinantes da escolha alimentar. *Rev Nutr*. 2008;21(1):63-73.
- Kelder SH, Perry CL, Kleep KI, Lythe LL. Longitudinal tracking of adolescents smoking, physical activity and food choice behaviors. *Am J Public Health*. 1994; 84(7):1121-6.
- Kim KH, Sobal J, Wethington E. Religion and body weight. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2003;27(4):469-77.
- Kim KH-C, McIntosh A, Kubena KS, Sobal J. Religion, social support, food-related social support, diet, nutrition, and anthropometrics in older adults. *Ecol Food Nutr*. 2008;47:205-228.
- Koehler J, Leonhaeuser I. Changes in food preferences during aging. *Ann Nutr Metab*. 2008;52(Supl.1):15-9.
- Kronold M, Lau D, Yurkiu MA, Coleman PH. Food use and perceived food meanings of the elderly. *J Am Diet Assoc*. 1982;80(6):523-9.
- Lasheras C, González C, García A, Patterson AM, Fernández S. Dietary intakes and biochemical indicators of nutritional status in an elderly institutionalized and non-institutionalized population. *Nutr Res*. 1999;19(9):1299-312.
- Lebrão ML. Projeto SABE em São Paulo: uma visão panorâmica. In: Lebrão ML, Duarte YAO, (org). O projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 33-43.
- Levy-Costa RB, Sichieri R, Pontes NS, Monteiro CA. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Rev Saúde Pública*. 2005;39(4):530-40.

Leslie WS, Lean MEJ, Woodward M, Wallace FA, Hankey CR. Unidentified under-nutrition: dietary intake and anthropometric indices in a residential care home population. *J Hum Nutr Diet*. 2006;19(5):343-7.

Lima-Costa MF. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? – Inquérito de Saúde da Região Metropolitana, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2004;13(4):201-8.

Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):700-1.

Lima-Filho DO, Sproesser RL, Lima MFEM, Lucchese. Comportamento alimentar do consumidor idoso. *Revista de Negócios*. Blumenau. 2008;13(4):27-39.

Lindeman RD, Romero LJ, Liang HC, Baumgartner RN, Koehler KM, Garry PJ. Do elderly persons need to be encouraged to drink more fluids? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2000;55(7):361-5.

Lowenberg ME, Todhunter EN, Wilson ED, Feeney MC, Savage JR. *Los alimentos y el hombre*. Mexico: Limusa-Wiley; 1970.

Margetts B, Warm D, Yngve A, Sjostrom M. Developing na evidence-based approach to Public health nutr: translating evidence into police. *Public Health Nutr*. 2001;4(6A):1393-7.

Marín-León L, Segal-Corrêa, Panigassi G, Maranhã LK, Sampaio MFA, Pérez-Escamilla. A percepção de insegurança alimentar em famílias com idosos em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(5):1433-40.

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

McIntosh, WA, Shifflett PA. Influences of social support systems on dietary intake of the elderly. *J Nutr Elder*. 1984a;4:5-18.

McIntosh, WA, Shifflett PA. Dietary behavior, dietary adequacy, and religious social support: an exploraty study. *Rev Relig Res*. 1984b;26(2):158-75.

Medved E. The world of food. Lexington: Ed. Ginn and Company. 1981.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2007.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da política de alimentação e Nutrição. Guia Alimentar para população brasileira; promovendo a alimentação saudável. Brasília; 2005

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília; 2012 [acesso em 29 maio 2012]. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>

Mion LC, Mc Dowell JÁ, Heaney LK. Nutritional assessment of the elderly in the ambulatory care setting. Nurse Pract Forum. 1994;5(1):46-51.

Mirand AL, Welte JW. Alcohol consumption among the elderly in a general population, Erie County, New York. Am J Public Health. 1996; 86(7):978-84.

Mondini L, Moraes AS, Freitas ICM, Gimeno SGA. Consumo de Frutas e hortaliças por adultos em Ribeirão Preto, SP. Rev Saúde Pública. 2010;44(4):689-94.

Monteiro CA. A dimensão da pobreza, da fome e da desnutrição no Brasil. Estud Av. 1995; 9(24):195-207.

Moriguti JC, Lucif Jr. N, Ferrioli E. Nutrição no idoso. In: Dutra-de-Oliveira JE; Sérgio Marchini J. Ciências nutricionais. São Paulo: Sonvier; 1998. p. 239-51.

Morimoto JM, Latorre MRDO, César CLG, Carandina L, Barros MBA, Goldbaum M et al. Fatores associados à qualidade da dieta de adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, 2002. Cad Saúde Pública. 2008;24(1):169-78.

Nascimento ML, Lima FCA, Nascimento ES. Atenção ao idoso em domicílio: o enfoque da nutrição. In: Domingues MA, Lemos ND, Nascimento NL, Marucci MF, Medeiros SL, coordenadoras. Gerontologia: os desafios nos diversos cenários da atenção. Barueri: Manole; 2010. p. 416-28.

Nazário CL. Aspectos metodológicos: Trabalho de campo para coleta de dados. In: Lebrão ML, Duarte YAO, (org). O projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 59-67.

Nesello LAN, Tonelli FO, Beltrame TB. Constipação intestinal em idosos freqüentadores de um Centro de Convivência no município de Itajaí-SC. *Ceres*. 2011;6(3):151-62.

Newsom JT, Kaplan MS, Huguet N, McFarland BH. Health behaviors in a representative sample of older Canadians: prevalences, reported change, motivation to change, and perceived barriers. *Gerontologist*. 2004;44(2):193-205

Nijs KAND, De Graaf C, Kok FJ, Van Staveren AV. Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomized controlled trial. *BMJ*. 2006;332:1180-4.

Ornellas LH. Técnica dietética: seleção e preparo de alimentos. 7.ed. São Paulo: Atheneu Editora; 2001.

Papaléo Netto M, Ponte JR. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu; 1996. p.3-12.

Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(5):757-68.

Passanha A, Garcia HS, Cervato-Mancuso AM, Andrade SC, Vieira VL. Caracterização do consumo de leite em idosos. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum*. 2011;21(2):319-26.

Paz FRC, Guterres LS. “Isso eu aprendi no grupo de terceira idade”. Um estudo antropológico sobre práticas alimentares e envelhecimento. *Revista Multidisciplinar da UNIESP – Saber Acadêmico*. 2009;7:44-56.

Pelaéz M, Palloni A, Albala JC, Ham-Chandle R, Hennis A, Lebrão ML et al. Survey on Aging, Health and Wellbeing, 2000. Pan American Health Organization (PAHO/WHO) 2003.

Pessini L. Envelhecimento e saúde: ecos da II Assembléia Mundial sobre o envelhecimento. *O Mundo da Saúde*. 2002;26:457-63.

Philippi ST. Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição. Barueri: Manole, 2008. Alimentação saudável e a pirâmide dos alimentos; p.1-29.

Pliner P. Family resemblance in food preferences. *J Nutr Educ.* 1983;15(3):137-40.

Podrabsky M. Nutrição e envelhecimento. In: Mahan KL; Arlin MT. Krause, alimentos, nutrição e dietoterapia. Rio de Janeiro: Roca; 1995. p. 255-269.

Poulain JP. The contemporary diet in France: “de-structuration” or from commensalisms to “vagabond feeding”. *Appetite.* 2002;39(1):43-55.

Poulain JP. Sociologias da alimentação. Florianópolis: Editora UFSC; 2004.

Poulain JP, Proença RPC. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. *Rev Nutr.* 2003;16(3):245-56.

Reindl Benjamins M, Brown C. Religion and preventive health care utilization among the elderly. *Soc Sci Med.* 2004;58(1):109-18.

Restrepo SL, Morales RM, Ramírez MC, López MV, Varela LE. Los hábitos alimentarios em al adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes em salud. *Rev Chil Nutr.* 2006;33(3):500-10.

Rolls BJ. Do chemosensory changes influence food intake in the elderly? *Physiol Behav.* 1999;66(2):193-7.

Rossi A, Moreira EAM, Rauen MS. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Rev Nutr.* 2008;21(6):739-48.

Russel RM, Rasmussen H, Lichtenstein AH. Modified food guide pyramid for people over seventy years of age. *J Nutr.* 1999;129:751-3.

Saad PM. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. In: Lebrão ML, Duarte YAO, (org). O projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 201-24.

Santelle O, Lefevre AMC, Cervato AM. Alimentação institucionalizada e suas representações sociais entre moradores de instituições de longa permanência para idosos em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(12):3061-5.

Santos LAS. O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo. Salvador: EDUFBA; 2008. Reflexões sobre a tríade corpo, comer e comida; p. 21-45.

Sherwood S. Sociology of food and eating: implications for action for the elderly. *Am J Clin Nutr.* 1973; 26:1108-10.

Sidenvall B, Nydahl M, Fjellstrom C. Managing food shopping and cooking: the experiences of older Swedish women. *Ageing and Society.* 2001;21(2):151-68.

Silva NN. Aspectos metodológicos: processos de amostragem. In: Lebrão ML, Duarte YAO, (org). O projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p.47-54.

Souza DT. Impacto da educação nutricional no perfil dietético de mulheres com mais de 60 anos de dois grupos de terceira idade de Bauru SP. *Nutrição Brasil.* 2008;7(6):324-31.

Tinôco ALA, Abreu WC, Sant'ana MSL, Brito LF, Mello AC, Franceschini SCC et AL. Caracterização do padrão alimentar, da ingestão de energia e nutrientes da dieta de idosos de um município da Zona da Mata Mineira. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2007;10(3):315-25.

Uchôa E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad. Saúde Pública.* 2003;19(3):849-53.

Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Rev Saúde Pública.* 1987;21:225-33.

Viebig RF, Pastor-Valero M, Scazufca M, Menezes PR. Consumo de frutas e hortaliças por idosos de baixa renda na cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(5):806-13.

WHO-World Health Organization. Global Strategy on diet, physical activity and health. Fifty seventh world health assembly. Geneva; 2004 [acesso em 7 jun 2012]. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>

Zizza CA, Ellison KJ, Wernette CM. Total water intakes of community-living middle-old and oldest-old adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2009;64(4):481-6.

ANEXOS

**Anexo 1 – Aprovação do Estudo SABE, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da
Faculdade de Saúde Pública/USP – COEP**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FSP/USP - COEP
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil
Telefones: (55-11) 3066 7742 - fax (55-11) 3064 7314**

Of.COEP/67/99

24 de maio de 1999

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa, aprovou, em sua 3.ª/99, Sessão Ordinária, de 19.05.99, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o Projeto de Pesquisa “AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS NA AMÉRICA DO SUL E CARIBE”, apresentado pelo pesquisador Ruy Laurenti, devendo ser remetido à CONEP conforme as normas da Resolução 196/96.

Atenciosamente,

**Prof.Dr. Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP**

Anexo 2 – Aprovação do Estudo SABE, pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER Nº 315/99

Processo nº 25000.024350/99-60 Registro CONEP = 075 (Protocolo CEP 118)
Projeto de Pesquisa: "As condições de saúde dos idosos na América do Sul e Caribe".
Pesquisador Responsável: Dr. Ruy Laurent
Instituição: Faculdade de Saúde Pública / USP
Área Temática Especial: Pesquisa com cooperação estrangeira

Ao se proceder à análise do protocolo em questão, cabem as seguintes considerações:

a) as informações enviadas atendem aos aspectos fundamentais das Res. CNS 196/96 e 251/97, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos;

b) o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da instituição.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições da Res. CNS 196/96, manifesta – se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto, com a seguinte recomendação a ser acompanhada pelo CEP:

1) Orçamento financeiro detalhado, especificando a remuneração do pesquisador (Res. CNS 195/96, VI, "f").

Situação : Projeto aprovado com recomendação.

Brasília, 17 de junho de 1999.

WILLIAM SZABO HOSSNE
Coordenador da CONEP-MS

Anexo 3 – Aprovação do presente estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública/USP - COEP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/158/11

26 de abril de 2011.

Prezadas pesquisadora e orientadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em sua 3ª/11 Sessão Ordinária, realizada em 15/4/2011, analisou, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º 2227, intitulado "COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE IDOSOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO E VARIÁVEIS CULTURAIS E SOCIODEMOGRÁFICAS - ESTUDO SABE: SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO", do grupo III, sob responsabilidade da pesquisadora **Claudia Sebba de Souza Moura** e orientação da Professora **Maria de Fatima Nunes Marucci**, considerando-o **APROVADO**.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): 1) Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste 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 COEP, no caso eventual auditoria; 3) Comunicar formalmente a este Comitê quando houver o encerramento da pesquisa; 4) Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; 5) Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Claudio Leone

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. **Maria de Fatima Nunes Marucci**
Departamento de Nutrição
Faculdade de Saúde Pública da USP

Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Estudo SABE 2000.

Declaração de Consentimento
Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento

SABE

Por este meio aceito colaborar com o estudo "Saúde, Bem-estar e Envelhecimento" SABE. Os objetivos principais deste estudo são:

1. Descrever as condições de saúde das pessoas com 60 anos e mais no país.
2. Avaliar o acesso e utilização dos serviços disponíveis para o cuidado da saúde das pessoas com 60 anos e mais, incluindo os não tradicionais.
3. Definir a contribuição da família, dos programas de assistência pública e dos recursos privados para satisfazer as necessidades de saúde das pessoas com 60 anos e mais.

✱ Meu consentimento em participar é voluntário, sem coerção ou força. Também entendo que tenho o direito de terminar a entrevista no momento em que desejar.

Aceito responder um questionário sobre meu estado de saúde e que sejam tomadas minhas medidas como o peso, estatura e gordura corporal. Serão realizados, além disso, um exame de força muscular manual e umas provas de eficiência física (caminhar, agachar, dobrar, levantar e sentar em uma cadeira).

Entendo que serão tomadas as medidas necessárias para assegurar a confidencialidade de toda informação que eu dê e que não será revelada minha identidade. Foi-me informado que se eu tiver alguma dúvida ou pergunta adicional sobre este estudo, posso telefonar à Dra. Maria Lúcia Lebrão, Coordenadora do Estudo em São Paulo nos telefones 3066-7724/3066-7744.

Entendo que não terei benefício direto como participante neste estudo nem há perigo algum por participar do mesmo.

Nome: _____ Data: _____

Assinatura: _____

Anexo 5 – Autorização para utilização do banco de dados do Estudo SABE

**ESTUDO SABE:
SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO**

**Estudo longitudinal sobre as condições de vida e de saúde dos idosos do
Município de São Paulo**

DECLARAÇÃO

Declaro que tenho conhecimento e aprovo o uso dos dados do Estudo SABE pela aluna **Cláudia Sebba de Souza Moura**, orientanda da Profa. Dra Maria de Fátima Nunes Marucci, com o projeto: *"Comportamento alimentar de idosos, residentes na área urbana do município de São Paulo e variáveis culturais e sociodemográficas - Estudo SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento"*.

Declaro, ainda, que o projeto da aluna faz parte dos objetivos do projeto original.

São Paulo, 2 de março de 2011

Prof. Dra. Maria Lúcia Lebrão
Coordenadora

Anexo 6 – Parte do questionário do Estudo SABE, com destaque para as questões que foram utilizadas nesta pesquisa.

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS	
HORA DE INÍCIO: []:[]:[]	
DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o Sr não deseje responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta.	
A.1a Em que mês e ano o(a) Sr(a) nasceu?	MÊS [] [] ANO [] [] [] []
A.1b Quantos anos completos o(a) Sr(a) tem?	IDADE [] [] [] []
A.1c ATENÇÃO: SOME A IDADE COM O ANO DE NASCIMENTO E ANOTE O TOTAL. SE O(A) ENTREVISTADO(A) JÁ FEZ ANIVERSÁRIO EM 2000, A SOMA DEVE SER 2000. SE NÃO FEZ ANIVERSÁRIO AINDA, A SOMA DEVE SER 1999. NO CASO DE INCONSISTÊNCIA, ESCLAREÇA COM O(A) ENTREVISTADO(A). PEÇA ALGUM DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO QUE MOSTRE A DATA DE NASCIMENTO OU A IDADE. SE A PESSOA TIVER MENOS DE 60 ANOS, AGRADEÇA E ENCERRE A ENTREVISTA.	SOMA [] [] [] []
A.2 O(a) Sr(a) nasceu no Brasil?	SIM 1 → VÁ PARA A.4a NÃO 2 NS 8 NR 9
A.3 Em que país o(a) Sr(a) nasceu?	País
A.4a No total, quantos anos o(a) Sr(a) viveu no Brasil?	ANOS [] [] [] [] NS 998 NR 999
A.4b Desde que o Sr(a) nasceu até os 15 anos, viveu no campo por 5 anos ou mais?	SIM 1 NÃO 2 NS 8 NR 9
A.5a O(a) Sr(a) sabe ler e escrever um recado?	SIM 1 NÃO 2 NR 9

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

A.5b

O(a) Sr.(a) foi à escola?

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

VÁ
PARA
A.7

A.6

Qual a última série de que grau, na escola, o Sr. obteve com aprovação?

ANOTE A SÉRIE DO ÚLTIMO GRAU APROVADO E REGISTRE SÓ A OPÇÃO QUE CORRESPONDA A ESSE GRAU.

Primeiro grau (ou primário + ginásio) 01 |

Segundo grau (antigo clássico e científico) 02 |

Primeiro grau + auxiliar técnico 03 |

Técnico de nível médio (ex: técnico em contabilidade, laboratório) 04 |

Magistério - segundo grau (antigo normal) 06 |

Graduação (nível superior) 07 |

Pós-graduação 08 |

NS 988

NR 999

A.7

Atualmente o(a) Sr (a) vive sozinho ou acompanhado?

SOZINHO 1

ACOMPANHADO 2

NR 9

A.7a Há 5 anos, o Sr. morava exatamente com as mesmas pessoas com quem mora agora? ou morava sozinho?

UTILIZE A REDAÇÃO CORRESPONDENTE SEGUNDO O CASO

SIM 1

NÃO 2

NR 9

VÁ PARA
A.8

A.7b

Há 5 anos o(a) Sr.(a) vivia...

LEIA CADA OPÇÃO E CIRCULE TODAS AS AFIRMATIVAS

SÓ? 1

COM ESPOSO(A) OU COMPANHEIRO (A)? 2

COM UM OU MAIS FILHO(A)(S) CASADO(A)(S) ? 3

COM UM OU MAIS FILHO(A)(S) SOLTEIRO(A)(S) ? 4

COM OUTRO FAMILIAR? 5

COM OUTRO NÃO FAMILIAR? 6

NS 8

NR 9

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

A.10b

Qual a principal razão pela qual o(a) Sr.(a) veio morar aqui?

ANOTE SOMENTE UMA RESPOSTA

ESTAR PERTO DE OU COM O(A) FILHO(A) 01

ESTAR PERTO DE OU COM FAMILIARES OU AMIGOS 02

ESTAR PERTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 03

MEDO DA VIOLÊNCIA 04

FALECIMENTO DO(A) ESPOSO(A)/COMPANHEIRO(A) 05

POR SEPARAÇÃO CONJUGAL 06

POR UNIÃO CONJUGAL 07

CUSTO DA MORADIA 08

OUTRO 09
Especifique

NS 98

NR 99

VÁ PARA
A.11a

A.10c

Por que o Sr. desejava estar com ou perto dos filhos, com outros familiares ou amigos?

ANOTE TODAS AS OPÇÕES
MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

POR PROBLEMAS DE SAÚDE:

SEUS (PRÓPRIOS) 01

DO(S) FILHO(S) OU FAMILIARES 02

POR PROBLEMAS ECONÔMICOS:

SEUS (PRÓPRIOS) 03

DO(S) FILHO(S) OU FAMILIARES 04

PORQUE SE SENTIA SÓ 05

PARA AJUDAR A CUIDAR DOS NETOS OU OUTRAS CRIANÇAS 06

PORQUE PENSA QUE OS IDOSOS DEVEM MORAR COM A FAMÍLIA OU PARENTES 07

OUTRO 08
Especifique

NS 98

NR 99

A.11a

Qual é sua religião?

CATÓLICA 1

PROTESTANTE OU EVANGÉLICA 2

JUDÁICA 3

OUTROS CULTOS SINCRÉTICOS 4

OUTRO 5
Especifique

NENHUMA 6

NS 8

NR 9

VÁ PARA
A.12

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

A.11b

Qual a importância da religião em sua vida?

IMPORTANTE 1
REGULAR 2
NADA IMPORTANTE 3
NS 8
NR 9

A.12 (PREGUNTA OPCIONAL)

Qual destas opções o descreve melhor?

BRANCO (de origem européia) 1
MESTIÇO (combinação de branco e índio) 2
MULATO (combinação de branco e negro) 3
NEGRO 4
INDÍGENA 5
ASIÁTICO 6
OUTRA 7
NS 8
NR 9

HISTÓRIA DE UNIÕES

A.13a

Com relação ao seu estado marital, alguma vez o(a) Sr.(a) foi casado(a) ou teve uma união livre?

SIM 1
NÃO 2 →
NR 9

VÁ PARA
A.18

A.13b

No total, quantas vezes, o(a) Sr.(a) esteve casado(a) ou em união?

Nº DE VEZES [] [] []

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

A.14	A.15	A.16	A.17
<p>Em que ano começou sua primeira (segunda, etc) união ou casamento?</p> <p>UTILIZE UMA LINHA PARA CADA CASAMENTO OU UNIÃO</p> <p>NS.....9998</p> <p>NR.....9999</p> <p>→</p> <p>A.14</p>	<p>Esta foi:</p> <p>LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTENHA UMA RESPOSTA AFIRMATIVA</p> <p>união livre? 1</p> <p>casamento civil ou na igreja? 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p>→</p> <p>A.15</p>	<p>Esse casamento ou união continua ou terminou?</p> <p>LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTENHA UMA RESPOSTA AFIRMATIVA</p> <p>Continua? 1</p> <p>VÁ PARA A.18</p> <p>TERMINOU EM:</p> <p>Separação? 2</p> <p>viuvez? 3</p> <p>divórcio? 4</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p>→</p> <p>A.16</p>	<p>Em que ano terminou esse casamento ou união?</p> <p>VERIFIQUE EM A.13b, SE A PESSOA TEVE OUTRA UNIÃO MARITAL</p> <p>SIM.....VÁ PARA A.14</p> <p>NÃO.....VÁ PARA A.18</p> <p>NS.....9998</p> <p>NR.....9999</p> <p>→</p> <p>A.17</p>
INÍCIO	UNIÃO	TÉRMINO	TÉRMINO
1			
2			
3			
4			
5			

AGORA QUERO FAZER-LHE ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA HISTÓRIA FAMILIAR:

<p>A.18</p> <p>Quantos filhos e filhas nascidos vivos o(a) Sr.(a) teve?</p> <p>NÃO INCLUA ENTEADOS, FILHOS ADOTIVOS, ABORTOS OU FILHOS NASCIDOS MORTOS.</p>	<p>NÚMERO DE FILHOS: </p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p>
<p>A.19</p> <p>Tem ou teve enteados?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p>VÁ PARA A.21</p>
<p>A.20</p> <p>Quantos enteados(as) teve?</p>	<p>NÚMERO DE ENTEADOS: </p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p>

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.18 FILTRO Sexo do entrevistado	MULHER.....1 HOMEM.....2 → VÁ PARA C.19	
C.18a Nos últimos dois anos, a senhora examinou seus seios, regularmente, para ver se tinha "nódulos" (bolinhas ou tumores)?	SIM 1 NÃO 2 NS 8 NR 9	
C.18b Nos dois últimos anos, um profissional de saúde examinou a sra. para ver se tinha "nódulos" nos seios?	SIM 1 NÃO 2 NS 8 NR 9	
C.18c Nos dois últimos anos a senhora fez mamografia ou raio-x dos seios (mamas)?	SIM 1 NÃO 2 NS 8 NR 9	
C.18d Nos dois últimos anos a senhora fez o teste de Papanicolau, ou seja, o exame para determinar se tem câncer do cervix ou do colo do útero?	SIM 1 NÃO 2 NS 8 NR 9	
C.18e A senhora fez histerectomia, isto é, uma cirurgia para tirar o útero e os ovários, ou apenas o útero?	SIM, ÚTERO E OVÁRIOS 1 SIM, APENAS ÚTERO 2 NÃO 3 NS 8 NR 9	VÁ PARA C.18g
C.18f Que idade tinha quando lhe fizeram a histerectomia?	IDADE NS 998 NR 999	

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

	SIM	NÃO	NS	NR
C.21l Sente-se inútil ou desvalorizado em sua situação atual?	1	2	8	9
C.21m Sente-se cheio de energia?	1	2	8	9
C.21n Se sente sem esperança diante da sua situação atual?	1	2	8	9
C.21o O(a) sr(a) acredita que as outras pessoas estão em situação melhor?	1	2	8	9

Os estudos feitos mostram que a nutrição e o estilo de vida são fatores muito importantes para a saúde. Por isso gostaria de fazer algumas perguntas sobre a sua alimentação.

<p>C.22a</p> <p>Quantas refeições completas o(a) Sr(a) faz por dia?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> CONSIDERAR O CAFÉ DA MANHÃ COMO UMA REFEIÇÃO </div>	<p>UMA 1</p> <p>DUAS 2</p> <p>TRÊS OU MAIS 3</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.22b</p> <p>Consome leite, queijo ou outros produtos lácteos pelo menos uma vez por dia?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.22c</p> <p>Come ovos, feijão ou lentilhas (leguminosas), pelo menos uma vez por semana?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

<p>C.22d</p> <p>Come carne, peixe ou aves pelo menos três vezes por semana?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.22e</p> <p>Come frutas ou verduras pelo menos duas vezes por dia?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.22f</p> <p>Tem comido menos por problemas digestivos ou falta de apetite nos últimos 12 meses?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.22g</p> <p>Quantos copos ou xícaras de líquido consome diariamente? (incluir água, café, chá, leite, suco etc.)</p>	<p>MENOS DE 3 COPOS 1</p> <p>DE 3 A 5 COPOS 2</p> <p>MAIS DE 5 COPOS 3</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.22h</p> <p>Nos últimos 12 meses, tem diminuído de peso sem fazer nenhuma dieta?</p>	<p>SIM...Quantos quilos?</p> <p>ENTRE 1 E 3 kg 1</p> <p>MAIS DE 3 kg 2</p> <p>NÃO PERDEU 3</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.22i</p> <p>Com relação a seu estado nutricional o(a) Sr(a) se considera bem nutrido?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

<p>C.23</p> <p>Nos últimos três meses, em média, quantos dias por semana tomou bebidas alcoólicas? (Por exemplo: cerveja, vinho, aguardente ou outras bebidas que contenham álcool).</p>	<p>NENHUM 1 → VÁ PARA C.24</p> <p>MENOS DE 1 DIA POR SEMANA 2</p> <p>1 DIA POR SEMANA 3</p> <p>2-3 DIAS POR SEMANA 4</p> <p>4-6 DIAS POR SEMANA 5</p> <p>TODOS OS DIAS 6</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.23a</p> <p>Nos últimos três meses, nos dias em que tomou bebida alcoólica, quantos copos de vinho, cervejas, aguardente ou outra bebida tomou, em média, por dia?</p>	<p>COPOS DE VINHO [][]</p> <p>CERVEJAS [][]</p> <p>OUTRA BEBIDA [][]</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p>
<p>C.24</p> <p>O Sr. tem ou teve o hábito de fumar?</p> <p>LEIA CADA OPÇÃO ATÉ OBTIVER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA.</p>	<p>FUMA ATUALMENTE 1</p> <p>JÁ FUMOU, MAS NÃO FUMA MAIS 2 → VÁ PARA C.24b</p> <p>NUNCA FUMOU 3</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p>VÁ PARA C.25a</p>
<p>C.24a</p> <p>Quantos cigarros, charutos ou cachimbos fuma habitualmente por dia?</p> <p>DEFINIÇÃO: UM MAÇO=20 CIGARROS</p>	<p>CIGARROS POR DIA [][]</p> <p>CACHIMBOS [][]</p> <p>CHARUTOS [][]</p> <p>VÁ PARA C.24c</p>
<p>C.24b</p> <p>Há quantos anos deixou de fumar?</p> <p>SE DEIXOU DE FUMAR HÁ MENOS DE UM ANO, ANOTE "00"</p>	<p>Há quantos anos: [][]</p> <p>Idade em anos: [][]</p> <p>Ano [][][]</p> <p>NS 9998</p> <p>NR 9999</p>

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

<p>D.17b</p> <p>O(a) senhor(a) utilizou alguma vez algum equipamento ou instrumento de apoio quando usa o vaso sanitário?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>D.17c</p> <p>O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para usar a privada ou o vaso sanitário?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>D.18a</p> <p>O(a) senhor(a) tem dificuldade em preparar uma refeição quente?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2 → </p> <p>NÃO CONSEGUE 3</p> <p>NÃO COSTUMA FAZER 4 } → </p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>D.18b</p> <p>O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para preparar uma refeição quente?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>D.19a</p> <p>O(a) senhor(a) tem dificuldade para cuidar do próprio dinheiro?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2 → </p> <p>NÃO CONSEGUE 3</p> <p>NÃO COSTUMA FAZER 4 } → </p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>D.19b</p> <p>O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para cuidar do próprio dinheiro?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)

<p>D.20a</p> <p>O(a) senhor(a) tem dificuldade para ir a outros lugares sozinho(a), como ir ao médico, à igreja, etc.?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2 → VÁ PARA D.21a</p> <p>NÃO CONSEGUE 3</p> <p>NÃO COSTUMA FAZER 4</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p>→ VÁ PARA D.21a</p>
<p>D.20b</p> <p>Alguém o(a) acompanha para ajudá-lo(a) a subir ou descer de um transporte, lhe oferece transporte ou ajuda para conseguir um transporte (chama um táxi, por exemplo)?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>D.21a</p> <p>O(a) senhor(a) tem dificuldade para fazer as compras de alimentos?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2 → VÁ PARA D.22a</p> <p>NÃO CONSEGUE 3</p> <p>NÃO COSTUMA FAZER 4</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p>→ VÁ PARA D.22a</p>
<p>D.21b</p> <p>O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para fazer as compras de alimentos?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>D.22a</p> <p>O(a) senhor(a) tem dificuldade para telefonar?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2 → VÁ PARA D.23a</p> <p>NÃO CONSEGUE 3</p> <p>NÃO TEM TELEFONE 4</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p>→ VÁ PARA D.23a</p>

CURRÍCULO LATTES

Maria de Fátima Nunes Marucci

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4869162380172913>

Última atualização do currículo em 02/11/2012

Nutricionista (1977), Mestre (1985) e Doutora (1992) em Saúde Pública, na área de concentração Nutrição, pela Faculdade de Saúde Pública (FSP), Universidade de São Paulo (USP). Professora do Departamento de Nutrição, FSP/USP, desde 1º de agosto de 1978. Professora responsável por disciplinas: do Curso de Graduação em Nutrição (FSP/USP): HNT 150 - Dietoterapia e HNT 198 - Nutrição Clínica, e disciplina do Curso de pós-graduação (FSP/USP) HNT 5717 - Nutrição em Gerontologia. Orientadora de alunos de iniciação científica, mestrado e doutorado, nas áreas de alimentação e nutrição, com ênfase em avaliação nutricional de adultos e idosos; epidemiologia nutricional e dietética. Professora credenciada no programa de pós-graduação da USP: Nutrição em Saúde Pública (FSP). **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Maria de Fátima Nunes Marucci
Nome em citações bibliográficas	MARUCCI, M.F.N.
Sexo	Feminino

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Av. Dr. Arnaldo, nº. 715 Cerqueira César 01246-904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617705
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

1986 - 1992	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Aspectos nutricionais e hábitos alimentares de idosos matriculados em ambulatório geriátrico, Ano de obtenção: 1992. Orientador: Donald Wilson. Palavras-chave: Alimentação de idosos. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Nutrição / Subárea: Análise Nutricional de População. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Nutrição. Setores de atividade: Nutrição e Alimentação; Saúde Humana.
1980 - 1985	Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Avaliação das dietas oferecidas em instituições para idosos, localizadas no Município de São Paulo, Ano de Obtenção: 1985. Orientador: Donald Wilson. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Nutrição / Subárea: Dietética. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública. Setores de atividade: Nutrição e Alimentação; Saúde Humana.
1979 - 1979	Especialização em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
1971 - 1977	Graduação em Nutrição. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Cláudia Sebba de Souza Moura

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/0562090854956368>
Última atualização do currículo em 08/11/2012

Graduação em Direito pela Faculdade de Direito do Sul de Minas - FDMS (1996); Especialização em Direito Processual Civil pela Faculdade de Direito do Sul de Minas - FDMS (1999); Graduação em Nutrição pela Universidade do Vale do Sapucaí - UNIVÁS (2007); Especialização em Terapêutica Nutricional pela Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL (2009); Mestrado em Ciências pelo Programa de Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP (2012). **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Cláudia Sebba de Souza Moura
Nome em citações bibliográficas	MOURA, C. S. S.
Sexo	Feminino

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2010 - 2012	Mestrado em Nutrição em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública - USP. Título: Comportamento alimentar de idosos residentes na área urbana do município de São Paulo e variáveis sociodemográficas e culturais - Estudo SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento., Ano de Obtenção: 2012. Orientador: Maria de Fátima Nunes Marucci. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
2008 - 2009	Especialização em Terapêutica Nutricional. Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL/MG, Brasil. Título: Origem e mudanças das práticas alimentares. Orientador: Eliane Garcia Rezende.
1998 - 1999	Especialização em Direito Processual Civil. (Carga Horária: 360h). Faculdade de Direito do Sul de Minas, FDSM, Brasil. Título: Antecipação da Tutela.
2004 - 2007	Graduação em Nutrição. Universidade do Vale do Sapucaí, UNIVÁS, Brasil. Título: Correlação entre gordura abdominal e consumo alimentar em universitários. Orientador: Alessandra Rauba.
1993 - 1996	Graduação em Direito. Faculdade de Direito do Sul de Minas, FDSM, Brasil.
2006 - 2008	Curso técnico/profissionalizante. Conservatório Estadual de Música de Pouso Alegre.