

Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas em população idosa rural do Rio Grande do Sul

Risk and protective factors for the development of chronic diseases in a rural elderly population in Rio Grande do Sul

Andréia Focchesatto^{1,2}
Fernanda Camboim Rockett¹
Ingrid D. Schweigert Perry^{1,3}

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Objetivo: verificar a prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas em idosos rurais da Linha Senador Ramiro, no município de Nova Bassano, Rio Grande do Sul. **Métodos:** estudo transversal de base censitária com 70 indivíduos com idade igual a 60 anos ou mais, de ambos os sexos, entrevistados por meio de questionário e avaliados por antropometria (peso, estatura e circunferência da cintura). Fatores de risco considerados: hábito de fumar, excesso de peso, consumo de alimentos, fonte de gordura saturada, sedentarismo e consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Fatores de proteção: prática de atividade física no lazer, consumo de frutas e hortaliças e prevenção de câncer. **Resultados:** a população foi constituída por 70 idosos, com idade média de 70,4±7,8 anos, 65,7% mulheres, sendo que 57,1% consideravam sua saúde regular, 72,3% relatavam não ser sedentários e, entre as mulheres, 78,3 e 47,8% realizavam mamografia e citopatológico de útero, respectivamente. A prevalência de excesso de peso foi de 55,9%, 76,5% apresentavam risco aumentado para doenças cardiovasculares e metabólicas segundo a circunferência da cintura. A hipertensão arterial foi a doença crônica mais prevalente (64,3%). A prevalência de consumo diário de vegetais e frutas foi de 85,7% e 68,6%, respectivamente; de vinho, 54,3%; de banha de porco, 75,7%; queijo colonial, 75,7% e pão caseiro, 87,1%. O tabagismo foi relatado por 7,1% da população. **Conclusões:** os fatores de risco detectados foram o elevado consumo de gordura saturada, excesso de peso e elevada circunferência da cintura. Já os de proteção, foram o consumo regular de frutas e verduras, baixo sedentarismo e tabagismo, consumo moderado e regular de vinho e realização de exames preventivos. Pesquisas prospectivas poderão avaliar a real associação destes fatores com a ocorrência de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares.

Palavras-chave: Doença Crônica; Saúde do Idoso; Fatores de Risco; População Rural; Consumo de Alimentos.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Centro de Estudos em Alimentação e Nutrição, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil.

² Secretaria Municipal de Educação de Nova Bassano. Nova Bassano, RS, Brasil.

³ Universidade do Extremo Sul Catarinense, Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Criciúma, SC, Brasil.

Correspondência / Correspondence

Ingrid D. Schweigert Perry

Centro de Estudos em Alimentação e Nutrição (CESAN) – Hospital de Clínicas de Porto Alegre/Centro de Pesquisa Clínica – prédio 21 – sala 21307

Rua Ramiro Barcelos, 2350 Porto Alegre-RS, Brasil. CEP 90035-903

E-mail: atputp@gmail.com

Abstract

Objective: to verify risk and protective factors for the development of chronic diseases among elderly persons living in the rural area of Linha Senador Ramiro, in Nova Bassano, Rio Grande do Sul. **Methods:** a cross-sectional censitary-based study was conducted of 70 male and female subjects aged 60 years or over. The subjects were interviewed through a questionnaire and anthropometrically evaluated (weight, height and waist circumference (WC)). The risk factors considered were: smoking, excess weight, intake of saturated fat, physical inactivity and excessive alcohol consumption. The protective factors were: physical activity during leisure time, consumption of fruits and vegetables, and cancer prevention. **Results:** the population was composed of 70 elderly persons, with a mean age of 70.4 ± 7.8 years. A total of 65.7% of the sample were women, 57.1% considered their health "normal", 72.3% said they were not sedentary and, among women, 78.3 and 47.8% performed mammography and Pap screening, respectively. The prevalence of excess weight was 55.9% and 76.5% of individuals were at increased risk of cardiovascular and metabolic diseases, according to waist circumference. Hypertension was the most prevalent chronic disease (64.3%). The prevalence of daily consumption of vegetables and fruit was 85.7% and 68.6%, respectively; wine, 54.3%, pork fat and queijo colonial (a local cheese) 75.7%, respectively, and homemade bread 87.1%. A total of 7.1% of the population said they smoked. **Conclusions:** the risk factors identified were high intake of saturated fat, excess weight and a high waist circumference. The protective factors were regular consumption of fruit and vegetables, low rates of physical inactivity and smoking, regular and moderate consumption of wine and preventive examinations. Further studies can assess the true association of these factors with the occurrence of cardiovascular and cerebrovascular events.

Key words: Chronic Disease; Health of the Elderly; Risk Factors; Rural Population; Food Consumption.

INTRODUÇÃO

O rápido e intenso crescimento global da população idosa¹ impacta a saúde pública e a economia^{2,3} de forma heterogênea entre as regiões.³ A interação entre fatores socioeconômicos, ambientais, saúde física e mental influencia na qualidade de vida dos idosos e, conseqüentemente, na sua morbidade e mortalidade.⁴

O envelhecer associa-se a uma maior prevalência de doenças crônicas e de incapacidades, caracterizando-se por ser uma fase da vida na qual a utilização de serviços de saúde tende a aumentar.⁵ Enquanto as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), próprias das faixas etárias mais avançadas, predominam, observa-se uma redução da desnutrição e, ao mesmo tempo, um aumento significativo da obesidade, definindo uma das características mais marcantes da transição nutricional no país,⁶ fato não somente restrito às áreas urbana, mas também observado no campo.⁷ Além do excesso de peso, estudos associam várias das principais DCNT com um conjunto de fatores

de risco, entre os quais se destacam o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, a hipertensão arterial (HAS), a hipercolesterolemia, o baixo consumo de frutas e hortaliças e a inatividade física.⁷ A transformação nos hábitos alimentares do homem do campo, devida, principalmente, ao processo de urbanização do rural, levou ao aumento do consumo de produtos industrializados, ricos em açúcares e gorduras.⁸ Além disso, o abandono da produção para subsistência gerou a erosão cultural alimentar, com perda gradativa de uma alimentação variada, rica em nutrientes, e adoção de práticas e hábitos alimentares urbanos.⁸

Em revisão, Schmidt et al.⁹ apontam que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se tornaram prioridade na área da saúde no Brasil, onde 72% das mortes ocorridas em 2007 foram atribuídas a elas. A predominância de óbitos relacionados às DCNT entre idosos é significativa.¹⁰

O município de Nova Bassano, originário da colonização italiana, localiza-se na encosta superior do nordeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS), possuindo uma área geográfica de 225 km²,

dos quais 208 km² correspondem à área rural.¹¹ Segundo o Censo Demográfico do IBGE,¹² dos 8.840 habitantes registrados em 2010, cerca de 49% são mulheres e 51% homens, sendo que de 1.413 pessoas com mais de 60 anos no município, cerca de 38% residem na zona rural.¹² A Linha Senador Ramiro é formada por 94 famílias, distribuídas em três comunidades rurais: Santo Antônio, Botafogo e Caravágio, com 70 moradores idosos, 24 homens e 46 mulheres.

Considerando a carência de estudos brasileiros de base populacional, que analisem fatores de risco ou proteção para doenças crônicas em idosos da zona rural, e, ainda, que estes fatores são passíveis de prevenção e pouco monitorados,⁷ trabalhos que forneçam subsídios que contribuam para o desenvolvimento de políticas de atenção à saúde dessa população são necessários.

O objetivo deste estudo foi verificar a prevalência de fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas na população idosa rural do município de Nova Bassano/RS.

MÉTODOS

Estudo do tipo transversal de base censitária, sendo incluídos 70 indivíduos com idade igual a 60 anos ou mais, de ambos os sexos, moradores da Linha Senador Ramiro, zona rural de Nova Bassano, RS, Brasil.

O recrutamento envolveu contato telefônico prévio para agendamento da visita. A coleta dos dados foi realizada de agosto a setembro de 2009, por meio de questionário aplicado pelo pesquisador ao idoso em seu domicílio de forma individual, além de avaliação antropométrica. O questionário utilizado foi o VIGITEL,¹³ que avalia fatores levando em conta sua importância para carga total de doença estimada pela OMS para a região das Américas¹⁴ e considera fatores de risco o hábito de fumar, o excesso de peso, o consumo de alimentos fonte de gordura saturada, o sedentarismo e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Entre os fatores de proteção, avalia a prática de atividade física no lazer, o consumo de frutas e hortaliças e

a prevenção do câncer.¹³ Em função das atividades laborais específicas dessa população, o trabalho na agropecuária foi considerado como atividade física.

As variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade e etnicidade) e clínicas (morbidade autorreferida, hábito intestinal, autoavaliação do estado de saúde e prevenção do câncer) foram igualmente obtidas por meio do questionário VIGITEL.¹³ Para a prevenção do câncer, foram utilizados indicadores de acesso a serviços de diagnóstico precoce de câncer (mamografia e papanicolau) em mulheres e indicador que avalia a proteção contra a radiação ultravioleta em ambos os sexos (proporção de indivíduos que não costumam se expor ao sol por mais de 30 minutos por dia ou o fazem utilizando filtro solar e ou chapéu/sombrinha e roupas adequadas).¹³

Para avaliação das variáveis comportamentais (tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e atividade física), considerou-se fumante todo indivíduo que fuma, independentemente da frequência e intensidade do hábito de fumar, e ex-fumante todo indivíduo que já fumou; o consumo de bebidas alcoólicas foi considerado “abusivo” quando, nos últimos 30 dias, os idosos consumiram em uma única ocasião mais de quatro ou cinco doses (para mulheres e homens, respectivamente);¹³ a prática de atividade, como o relato de trabalho na agropecuária (em função das atividades laborais específicas dessa população), o deslocamento para o trabalho e os afazeres domésticos, sendo isso considerado como “caminhar bastante”. A atividade física no lazer foi tida como o sair para caminhar ou correr e frequentar a academia (ginástica, musculação) por pelo menos 30 minutos diários em cinco ou mais dias por semana. A inatividade física foi considerada a ausência de qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses, não realizar esforços físicos intensos no trabalho, não carregar peso, não se deslocar para o trabalho a pé ou de bicicleta e não ser responsável pela limpeza de suas casas.¹³

O padrão de alimentação associado à ocorrência de DCNT foi analisado por meio de indicadores de consumo de alimentos presentes

no questionário VIGITEL,¹³ sendo incorporadas questões julgadas relevantes pelas características da população rural da região. Foi tomado como base o conhecimento da pesquisadora, de origem da própria comunidade. Foram avaliados indicadores de consumo de alimentos saudáveis (consumo de frutas e hortaliças) e não saudáveis (consumo de carnes vermelhas gordurosas ou frango com pele, sem a remoção da gordura visível, consumo de leite integral e de refrigerantes).

Medidas antropométricas (estatura, peso corporal e circunferência da cintura-CC) foram aferidas por avaliador treinado, utilizando protocolo específico.¹⁵ Os indivíduos acamados e funcionalmente dependentes não foram avaliados antropometricamente pela dificuldade de logística da coleta de dados e equipamentos disponíveis. A estatura foi aferida com estadiômetro portátil milimetrado (Sanny®, São Bernardo do Campo, São Paulo – SP, Brasil). O peso foi aferido por meio de balança plataforma digital, com capacidade máxima de 150 kg e precisão de 100 g (Plenna®). O índice de massa corporal (IMC) foi calculado pela fórmula: peso (kg) ÷ estatura (m)² e a classificação levou em conta os critérios de Lipschitz.¹⁶ A CC foi medida com fita métrica inelástica com precisão de 0,1 cm (Sanny®), posicionada na parte mais estreita do tronco. Os pontos de corte utilizados foram os da *International Diabetes Federation*,¹⁷ que consideram medidas de 94 cm para homens e 80 cm para mulheres como risco aumentado para doenças CDV e complicações metabólicas, e os do *National Cholesterol Education Program*,¹⁸ que reputam 102 cm e 88 cm como risco muito aumentado para doenças CDV e complicações metabólicas para homens e mulheres, respectivamente.

Os dados foram analisados com o *software* SPSS 18.0 e apresentados como frequência absoluta e

relativa de fatores de risco e proteção para doenças crônicas na população.¹³ Na análise descritiva, as variáveis categóricas foram apresentadas como frequências e percentuais e as variáveis contínuas, como média e desvio-padrão. Para fazer o cálculo das associações entre os sexos, foi utilizado o teste qui-quadrado (χ^2) e o teste *t* Student para a comparação entre médias. Foi usado o nível de significância de 5%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS (Protocolo nº2008050/2009) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi submetido igualmente à aprovação da Secretaria Municipal da Saúde de Nova Bassano, RS.

RESULTADOS

A população deste estudo foi composta por 70 indivíduos, correspondendo à totalidade de idosos moradores da Linha Senador Ramiro.

A tabela 1 apresenta as variáveis sociodemográficas coletadas, havendo predominância de idosos com idade entre 60-69 anos (47,1%), do sexo feminino (65,7%), e expressivo percentual de mulheres a partir dos 80 anos (19,6%) e viúvas (39,1%). Todos os idosos entrevistados referiram ancestralidade italiana e 70% participavam de grupos de convivência (Terceira Idade, Clube de Mães ou ambos).

A avaliação do estado de saúde como “regular” foi referida por 57,1% dos entrevistados. Houve relato de HAS por 64,3% dos idosos. Tanto a HAS quanto a osteoporose foram mais relatadas pelas mulheres. A dislipidemia apareceu em segundo lugar na prevalência das doenças (tabela 2).

Tabela 1. Distribuição da frequência das variáveis sociodemográficas segundo o sexo dos idosos da Linha Senador Ramiro. Nova Bassano, RS, 2009.

Variáveis	Sexo							p
	Total (n=70)		Masculino (n=24)		Feminino (n=46)			
	N	%	n	%	n	%		
Idade (anos)								
60- 69	33	47,1	13	54,2	20	43,5	0,438	
70-79	26	37,1	9	37,5	17	37,0		
≥80	11	15,7	2	8,3	9	19,6		
Estado civil								
Casado/união estável	43	61,4	21*	87,5	22	47,8	0,003	
Viúvo	19	27,1	1	4,2	18*	39,1		
Solteiro	8	11,4	2	8,3	6	13,0		
Tempo de estudo (anos)								
Sem escolaridade	5	7,1	1	4,2	4	8,7	0,397	
1 a 4	39	55,7	11	45,8	28	60,9		
5 a 7	23	32,9	11	45,8	12	26,1		
8 ou mais	3	4,3	1	4,2	2	4,3		
Cor da pele								
Branca	70	100,0	24	100,0	46	100,0	-	
Ancestralidade								
Italiana	70	100,0	24	100,0	46	100,0	-	
Reside com								
Cônjuge e filhos e/ou outros	27	38,6	13	54,2	14	30,4	0,013	
Filhos e/ou outros	23	32,9	3	12,5	20*	43,5		
Cônjuge	16	22,9	8	33,3	8	17,4		
Sozinho	4	5,7	0	0,0	4	8,7		
Cômodos								
4-6	22	31,4	9	37,5	13	28,3	0,241	
7-9	30	42,9	7	29,2	23	50,0		
10 ou mais	18	25,7	8	33,3	10	21,7		
Grupo de convivência								
Terceira Idade e/ou Clube de Mães	49	70,0	13	54,2	36*	78,3	0,037	
Nenhum	21	30,0	11*	45,8	10	21,7		

Teste χ^2 de Pearson para associação das variáveis entre os sexos; *indica a associação encontrada.

Tabela 2. Distribuição da frequência das variáveis clínicas segundo o sexo dos idosos da Linha Senador Ramiro. Nova Bassano, RS, 2009.

Variáveis	Sexo						p
	Total (n=70)		Masculino (n=24)		Feminino (n=46)		
	N	%	n	%	n	%	
Estado de saúde							
Bom	29	41,4	11	45,8	18	39,1	0,687
Regular	40	57,1	13	54,2	27	58,7	
Ruim	1	1,4	0	0,0	1	2,2	
Hipertensão arterial							
Sim	45	64,3	9	37,5	36*	78,3	0,001
Não	25	35,7	15*	62,5	10	21,7	
Diabetes							
Sim	14	20,0	3	12,5	11	23,9	0,352
Não	56	80,0	21	87,5	35	76,1	
IAM, AVE							
Sim	4	5,7	2	8,3	2	4,3	0,603
Não	66	94,3	22	91,7	44	95,7	
Colesterol ou TG elevados							
Sim	30	42,9	9	37,5	21	45,7	0,513
Não	40	57,1	15	62,5	25	54,3	
Osteoporose							
Sim	18	25,7	2	8,3	16*	34,8	0,016
Não	52	74,3	22*	91,7	30	65,2	
Asma							
Sim	6	8,6	1	4,2	5	10,9	0,656
Não	64	91,4	23	95,8	41	89,1	
Tabagismo							
Diário	5	7,1	4	16,7	1	2,2	0,069
Ocasional	2	2,9	1	4,2	1	2,2	
Não	63	90,0	19	79,2	44	95,7	
Atividade física no lazer							
Sim	19	27,1	7	29,2	12	26,1	0,783
Não	51	72,9	17	70,8	34	73,9	
Atividade física							
Sim	47	72,3	20	95,2	27	61,4	0,004
Não	18	27,7	1	4,8	17	38,6	

IAM= infarto agudo do miocárdio; AVE= acidente vascular encefálico; TG= triglicerídeos.

Teste χ^2 de Pearson ou exato de Fisher para associação das variáveis entre os sexos; *indica a associação encontrada.

Quanto ao hábito de fumar, 22,8% dos idosos já fumaram. Dados sobre práticas atuais encontram-se na tabela 2, em que se evidencia que quase a totalidade da população não fuma.

Relativamente à realização anual de exames preventivos para câncer de colo de útero e de mama, observou-se que 47,8% das mulheres realizavam o citopatológico do colo do útero (CP) e 78,3%, a mamografia.

Ao analisar o fator de risco exposição à luz solar, 91,3% (n=42) das mulheres, quando expostas ao sol por mais de 30 minutos, relataram proteger-se de alguma forma, e dessas, 37 (88,1%) o faziam com chapéu e apenas 5 (11,9%) com filtro solar e chapéu. À exceção de uma das mulheres que não se protegia, as demais não se expunham ao sol por mais de 30 minutos. Quanto aos homens, 95,8% (n=23) se protegiam apenas com chapéu.

Observou-se um baixo sedentarismo na população estudada, com 72,3% afirmando caminhar bastante nas atividades diárias (tabela 2). Quanto ao hábito intestinal, 78,3% das mulheres e 95,8% dos homens afirmaram ser diário.

Expressivo percentual dos idosos apresentou consumo regular de frutas e hortaliças, e desse, 88,6% afirmaram consumir salada (na maioria das vezes crua) e 81,4%, frutas cinco ou mais dias por

semana. O consumo regular de feijão, contudo, restringia-se a um ou dois dias por semana pela maioria dos entrevistados (tabela 3).

O consumo de carne vermelha, apesar de distribuído entre as categorias de frequência, concentrou-se nos cinco dias ou mais por semana (tabela 3), sendo que 13,3% das mulheres e 41,7% dos homens a ingeriam sem se preocupar com a gordura aparente. A carne de frango era consumida até dois dias por semana pela maioria (78,6%), mas 28,2% das mulheres e 56,3% dos homens a consumiam com a pele. O consumo de carne com gordura visível e frango com pele foi associado ao sexo, sendo os homens os maiores consumidores.

Quanto ao consumo de leite, 64,3% da população estudada o ingeria cinco ou mais dias por semana (tabela 3). Das 35 mulheres que afirmaram beber leite (76,1%), apenas cinco usavam o desnatado, em função do seu perfil lipídico alterado, e as demais, o com teor integral de gordura não pasteurizado. Dos 15 homens que afirmaram beber leite (62,6%), apenas um utilizava o desnatado e os demais, o com teor integral de gordura não pasteurizado.

Não se observou consumo regular (cinco ou mais dias da semana) de refrigerantes não dietéticos, limitando-se, em 50% dos casos, a até dois dias por semana, geralmente nos finais de semana (tabela 3).

Tabela 3. Distribuição da frequência de consumo das variáveis dietéticas do questionário Vigitel segundo o sexo dos idosos da Linha Senador Ramiro. Nova Bassano, RS, 2009.

Alimentos/dias por semana	Sexo						
	Total (n=70)		Masculino (n=24)		Feminino (n=46)		p
	N	%	n	%	n	%	
Feijão							
1 a 2	59	84,3	20	83,3	39	84,8	0,762
3 a 4	4	5,7	2	8,3	2	4,3	
Nunca ou quase nunca	7	10,0	2	8,3	5	10,9	
Salada							
3 a 4	3	4,3	1	4,2	2	4,3	0,781
5 ou mais	62	88,6	22	91,7	40	87,0	
Nunca ou quase nunca	5	7,1	1	4,2	4	8,7	

Alimentos/dias por semana	Sexo						p
	Total (n=70)		Masculino (n=24)		Feminino (n=46)		
	N	%	n	%	n	%	
Frutas							
1 a 2	6	8,6	3	12,5	3	6,5	0,215
3 a 4	6	8,6	4	16,7	2	4,3	
5 ou mais	57	81,4	17	70,8	40	87,0	
Nunca ou quase nunca	1	1,4	0	0,0	1	2,2	
Carne vermelha							
1 a 2	16	22,9	5	20,8	11	23,9	0,884
3 a 4	20	28,6	7	29,2	13	28,3	
5 ou mais	33	47,1	12	50,0	21	45,7	
Nunca ou quase nunca	1	1,4	0	0,0	1	2,2	
Carne x gordura visível							
Tira o excesso	49	71,0	11	45,8	38*	84,4	0,003
Come com a gordura	16	23,2	10*	41,7	6	13,3	
Não come carne com gordura	4	5,8	3	12,5	1	2,2	
Frango							
1 a 2	55	78,6	16	66,7	39	84,8	0,080
Nunca ou quase nunca	15	21,4	8	33,3	7	15,2	
Frango x pele							
Tira a pele	35	63,6	7	43,8	28*	71,8	0,050
Come com a pele	20	36,4	9*	56,3	11	28,2	
Leite							
1 a 2	2	2,9	1	4,2	1	2,2	0,610
3 a 4	3	4,3	1	4,2	2	4,3	
5 ou mais	45	64,3	13	54,2	32	69,6	
Nunca ou quase nunca	20	28,6	9	37,5	11	23,9	
Refrigerante							
1 a 2	35	50,0	9	37,5	26	56,5	0,277
3 a 4	1	1,4	0	0,0	1	2,2	
5 ou mais	4	5,7	1	4,2	3	6,5	
Nunca ou quase nunca	30	42,9	14	58,3	16	34,8	
Álcool							
1 a 2	4	8,7	1	4,8	3	12,0	0,005
3 a 4	2	4,3	0	0,0	2	8,0	
5 ou mais	38	82,6	20*	95,2	18	72,0	
Nunca ou quase nunca	26	37,1	3	12,5	23*	50,0	

Teste χ^2 de Pearson para associação das variáveis entre os sexos; *indica a associação encontrada.

Daqueles que afirmaram consumir álcool, 72,0% das mulheres e 95,2% dos homens o faziam todos ou quase todos os dias, havendo associação do sexo masculino com esta alta frequência (tabela 3). A bebida alcoólica citada foi um cálice de vinho tinto no almoço e um no jantar.

O consumo de alimentos característicos da região demonstrou ser acentuado, com aproximadamente 80% da população relatando consumo de polenta, queijo colonial e pão caseiro (tabela 4).

Tabela 4. Distribuição da frequência de consumo de outras variáveis dietéticas segundo o sexo dos idosos da Linha Senador Ramiro. Nova Bassano, RS, 2009.

Alimentos/dias por semana	Total (n=70)		Sexo				p
			Masculino (n=24)		Feminino (n=46)		
	N	%	n	%	n	%	
Salame							
1 a 2	18	25,7	5	20,8	13	28,3	0,024
3 a 4	11	15,7	3	12,5	8	17,4	
5 ou mais	22	31,4	13*	54,2	9	19,6	
Nunca ou quase nunca	19	27,1	3	12,5	16*	34,8	
Polenta							
1 a 2	3	4,3	0	0,0	3	6,5	0,248
3 a 4	6	8,6	2	8,3	4	8,7	
5 ou mais	57	81,4	22	91,7	35	76,1	
Nunca ou quase nunca	4	5,7	0	0,0	4	8,7	
Queijo							
1 a 2	6	8,6	1	4,2	5	10,9	0,527
3 a 4	6	8,6	2	8,3	4	8,7	
5 ou mais	55	78,6	19	79,2	36	78,3	
Nunca ou quase nunca	3	4,3	2	8,3	1	2,2	
Pão							
1 a 2	4	5,7	1	4,2	3	6,5	0,841
3 a 4	4	5,7	1	4,2	3	6,5	
5 ou mais	62	88,6	22	91,7	40	87,0	
Bolacha caseira							
1 a 2	28	40,0	11	45,8	17	37,0	0,853
3 a 4	10	14,3	3	12,5	7	15,2	
5 ou mais	17	24,3	6	25,0	11	23,9	
Nunca ou quase nunca	15	21,4	4	16,7	11	23,9	
Chimica caseira							
1 a 2	10	14,3	2	8,3	8	17,4	0,746
3 a 4	2	2,9	1	4,2	1	2,2	
5 ou mais	41	58,6	15	62,5	26	56,5	
Nunca ou quase nunca	17	24,3	6	25,0	11	23,9	

Alimentos/dias por semana	Total (n=70)		Sexo				p
			Masculino (n=24)		Feminino (n=46)		
	N	%	n	%	n	%	
Doces							
1 a 2	43	61,4	13	54,2	30	65,2	0,224
3 a 4	2	2,9	1	4,2	1	2,2	
5 ou mais	2	2,9	2	8,3	0	0,0	
Nunca ou quase nunca	23	32,9	8	33,3	15	32,6	
Guloseimas							
1 a 2	17	24,3	6	25,0	11	23,9	0,481
3 a 4	1	1,4	1	4,2	0	0,0	
5 ou mais	1	1,4	0	0,0	1	2,2	
Nunca ou quase nunca	51	72,9	17	70,8	34	73,9	
Produtos industrializados							
1 a 2	22	31,4	7	29,2	15	32,6	0,372
3 a 4	4	5,7	3	12,5	1	2,2	
5 ou mais	6	8,6	2	8,3	4	8,7	
Nunca ou quase nunca	38	54,3	12	50,0	26	56,5	
Frituras							
1 a 2	32	45,7	10	41,7	22	47,8	0,603
3 a 4	12	17,1	6	25,0	6	13,0	
5 ou mais	11	15,7	4	16,7	7	15,2	
Nunca ou quase nunca	15	21,4	4	16,7	11	23,9	
Banha							
1 a 2	3	4,3	1	4,2	2	4,3	0,690
3 a 4	2	2,9	0	0,0	2	4,3	
5 ou mais	54	77,1	20	83,3	34	73,9	
Nunca ou quase nunca	11	15,7	3	12,5	8	17,4	
Óleo							
1 a 2	1	1,4	0	0,0	1	2,2	0,529
3 a 4	1	1,4	0	0,0	1	2,2	
5 ou mais	66	94,3	24	100,0	42	91,3	
Nunca ou quase nunca	2	2,9	0	0,0	2	4,3	
Ovos							
1 a 2	29	41,4	11	45,8	18	39,1	0,156
3 a 4	11	15,7	6	25,0	5	10,9	
5 ou mais	4	5,7	2	8,3	2	4,3	
Nunca ou quase nunca	26	37,1	5	20,8	21	45,7	
Peixe							
1 a 2	17	24,3	6	25,0	11	23,9	0,920
Nunca ou quase nunca	53	75,7	18	75,0	35	76,1	

Teste χ^2 de Pearson para associação das variáveis entre os sexos; *indica a associação encontrada.

O óleo vegetal era utilizado cinco dias ou mais por semana por 94,3% da população e a banha, por 77,1% (tabela 4), esta sendo o integrante base de todas as preparações, inclusive do pão caseiro. O óleo vegetal era utilizado pela maioria apenas para temperar a salada das refeições, sendo o de soja o mais usado. Apenas algumas poucas mulheres mais longevas e mais preocupadas com a saúde usavam azeite de oliva (dados não mostrados). As frituras foram citadas por 45,7% como consumidas até duas vezes por semana (tabela 4), sendo as principais preparações o bife à milanesa, o ovo frito e o omelete (chamado de “fortaia” no dialeto italiano) e consumido por muitos no jantar (dados não mostrados).

O consumo de produtos industrializados, descrito principalmente como a massa de tomate industrial, restringiu-se a poucas vezes durante a semana, sendo que mais da metade da população nunca fazia uso desses produtos (tabela 4).

Quanto ao consumo de peixe, 75,7% afirmaram ingerir esse alimento raramente ou nunca (tabela 4).

Dentre os doces consumidos em até dois dias por semana por 61,4% dos idosos, o sagu e o pudim foram os principais, e as guloseimas quase nunca eram consumidas.

A média de consumo diário de água foi $4,74 \pm 2,82$ copos/dia (aproximadamente 800 ml) e de chimarrão, $3,53 \pm 5,44$ cuias.

Analisando o IMC, o sexo feminino apresentava esse parâmetro significativamente mais elevado que os homens e mais da metade da população tinha excesso de peso, sendo a maioria significativa do sexo feminino. A prevalência de baixo peso (16,2%), por sua vez, foi acentuadamente maior nos idosos do sexo masculino (tabela 5).

Tabela 5. Distribuição das variáveis antropométricas segundo o sexo dos idosos da Linha Senador Ramiro. Nova Bassano, RS, 2009.

Variáveis	Total (n=68)	Sexo masculino (n=23)	Sexo Feminino (n=45)	p
	Média \pm desvio-padrão ou n (%)			
Índice de massa corporal (kg/m ²)	27,4 \pm 4,7	24,9 \pm 3,7	28,6 \pm 4,7	0,002
<22	11 (16,2)	7 (30,4)*	4 (8,9)	0,021
>22 e <27	19 (27,9)	8 (34,8)	11 (24,4)	
>27	38 (55,9)	8 (34,8)	30 (66,7)*	
Circunferência da cintura (cm)	91,7 \pm 9,8	91,8 \pm 11,4	91,7 \pm 9,0	0,987
<80 (F) e <94 (M)	16 (23,5)	12 (52,2)*	4 (8,9)	<0,001
\geq 80 e \geq 94	52 (76,5)	11 (47,8)	41(91,1)*	
<88 (F) e <102 (M)	37 (54,4)	19 (82,6)*	18 (40,0)	0,001
\geq 88 e \geq 102	31 (45,6)	4 (17,4)	27 (60,0)*	

Teste χ^2 de Pearson para associação das variáveis entre os sexos ou teste t/Student para comparação entre médias; *indica a associação encontrada.

Pela dificuldade de logística da coleta de dados e equipamentos disponíveis, foram excluídos desta análise dois idosos acamados e funcionalmente dependentes.

Apesar de, neste estudo, o IMC estar associado à HAS ($p=0,003$; Teste χ^2), o mesmo teve apenas tendência à associação com o DM ($p=0,051$; Teste χ^2) e nenhuma associação com a dislipidemia.

Quanto à CC, a maioria dos idosos apresentava risco aumentado para doenças cardiovasculares e metabólicas, um valor significativamente mais elevado entre as mulheres.¹⁷ A prevalência de pessoas com CC com risco muito aumentado reduz-se para menos da metade da população, sendo esse valor ainda expressivamente maior em relação às mulheres, segundo o *National Cholesterol Education Program – NCEP*¹⁸ (tabela 5).

DISCUSSÃO

Os idosos avaliados compreendem a totalidade de indivíduos neste ciclo da vida integrantes da comunidade da Linha Senador Ramiro, incluindo dois acamados e funcionalmente dependentes. A exemplo de outros estudos, como o realizado por Moraes, Rodrigues & Gerhardt¹⁹ na zona rural de Encruzilhada do Sul, há predominância de idosos do sexo feminino e, de forma expressiva, isto ocorre a partir dos 80 anos. A feminização da velhice (maior proporção de mulheres que homens) foi descrita também por Salgado.²⁰

A ancestralidade declarada em 100% dos casos como italiana, assim como a cor de pele branca, reflete a descendência europeia e características de concentração regional da imigração. Segundo dados do IBGE,¹² 83,2% da população do RS é constituída de pessoas de cor branca.

A constatação da presença de idosos que sequer frequentaram a escola ou o fizeram por um reduzido número de anos, especialmente as mulheres, poderia ser devido aos valores culturais e sociais da primeira metade do século passado, quando as mulheres assumiam o papel domiciliar, aliados à dificuldade de acesso ao sistema educacional.²¹

No que se refere a aspectos de relacionamento social, o elevado percentual de idosos (70%) que frequenta grupos de convivência também é característico de outros estudos. Conforme Missio & Portela,²² em seu trabalho com idosos moradores

de comunidades rurais de Campos Borges, RS, muitos idosos encontram nos grupos de convivência uma nova forma de envelhecer, representando a relevância desse tipo de atividade. Dos poucos idosos que vivem sozinhos nessa comunidade, estes são mulheres e viúvas. A exemplo de outros estudos, aparentemente, as mulheres, uma vez viúvas, permanecem nesse estado até o fim de suas vidas.^{19,20} Em idosos urbanos, estudo reitera comportamento similar, observando-se que 25,3% das mulheres viviam sozinhas, enquanto 13,8% dos homens se encontravam em igual situação.²³

Considerada como indicador válido e relevante do estado de saúde de populações, a autoavaliação do estado de saúde correlaciona-se com medidas objetivas de morbidade e de uso de serviços, constituindo-se um preditor poderoso da mortalidade, apresentando, no entanto, limitações por ser influenciado por contextos sociais e culturais. Amplamente utilizada em inquéritos de saúde, produz uma classificação global do estado de saúde capaz de captar, além de sinais e sintomas de doenças (diagnosticadas ou não por profissional de saúde), o impacto que essas doenças geram no bem-estar físico, mental e social dos indivíduos.¹³ A percepção de saúde nos idosos do presente estudo remete a um estado de saúde regular em 57,1% da população, extrapolando levemente o relato de idosos rurais em outra comunidade do RS, no qual 46,7% consideraram sua saúde regular.¹⁹ Frequências estimadas de indivíduos que referem diagnóstico médico prévio de fator de risco são possivelmente influenciadas pela cobertura da assistência à saúde existente em cada localidade, podendo subestimar, em maior ou menor grau, a prevalência real do fator de risco na população. De qualquer modo, fornecem informações úteis para avaliar a demanda por cuidados de saúde originada pela presença do fator.¹³

A HAS, morbidade mais referida pela população estudada, e significativamente mais expressiva em mulheres, igualmente encontra respaldo em estudos em outras comunidades rurais do RS que identificaram aspectos similares. Moraes, Rodrigues & Gerhardt¹⁹ encontraram uma prevalência de 50% de hipertensão, e Michelon & Moriguchi,²⁴ estudando os idosos com 80 anos ou mais de

Veranópolis, verificaram uma prevalência mais elevada de HAS em mulheres que em homens. A situação se reflete também no estudo de Scherer,²⁵ no qual a HAS foi mais prevalente nos idosos rurais e urbanos de Marques de Souza, RS. Já a dislipidemia, em especial, a hipercolesterolemia, apareceu em segundo lugar na prevalência, no presente estudo. Enquanto que para os homens a prevalência relatada aproxima-se a do estudo de Silva,²⁶ as idosas relatam cerca da metade da prevalência encontrada pelo mesmo autor (22%),²⁶ que, contudo reporta dados de Grupos de Terceira Idade de Agudo, RS, tanto urbanos quanto rurais. A prevalência de osteoporose, também mais relatada pelas idosas da Linha Senador Ramiro (34,8%), aproxima-se de dado da OMS,²⁷ no qual, um terço das mulheres brancas acima dos 65 anos são portadoras de osteoporose. A prevalência relatada de diabetes (20%), contudo, esteve acima de amplo estudo com idosos urbanos, no qual 11,9% se autorreferiram diabéticos.²⁸ Aspecto positivo que chama a atenção é o baixo relato de IAM e AVE.

Relativamente aos indicadores de acesso a serviços de diagnóstico precoce de câncer, a realização de mamografia teve prevalência elevada, a exemplo de estudo envolvendo idosas urbanas.²⁹ Já o exame preventivo de câncer de colo de útero, feito por 86% de idosas no meio urbano,²⁹ restringiu-se a 47,8% nas idosas da Linha Senador Ramiro, o que talvez possa ser atribuído ao fato de se tratar de idosas residentes na área rural, tendo eventualmente menos informação e mais pudor em relação a esse exame.

Para a proteção contra radiação ultravioleta, é considerado eficaz o uso de filtro solar e/ou de chapéu/sombrinha e de roupas adequadas.¹³ Tratando-se de uma comunidade rural cuja principal atividade é a agricultura e a pecuária, infere-se uma ampla exposição a ambientes ao ar livre e à luz solar. Especialmente os dados relativos ao sexo masculino, no qual quase a totalidade da população se protege apenas com um chapéu, podem demonstrar uma proteção insuficiente, visto que o recurso utilizado cobre o corpo apenas parcialmente. Chorilli et al³⁰ estudaram a população rural de Piracicaba, SP (não discriminando as

faixas etárias) e observaram uma alta frequência de homens (79%) que nunca usou filtro solar. Nesse mesmo estudo, quanto às mulheres, apesar de a maioria saber o que é um protetor solar, 52% nunca o utilizaram.

Indicadores do hábito de fumar identificaram um hábito prévio em percentual importante da população (22,8%), contudo, a frequência de fumantes reduziu drasticamente para cerca de 10%, dados similares aos encontrados por Morais, Rodrigues & Gerhardt,¹⁹ que identificaram 11,7% de pessoas fumantes na terceira idade.

Apesar de grande parte dos idosos não praticar atividade física no lazer, observa-se um baixo sedentarismo, determinado basicamente pelo envolvimento nas atividades diárias típicas da atividade rural, em ambos os sexos.

O conhecimento sobre padrões alimentares de indivíduos idosos brasileiros, em especial restrito ao meio rural, ainda é carente em função das inúmeras diferenças regionais. O enfoque deste estudo, ao focalizar em indicadores de consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis, traz características um tanto quanto específicas dessa comunidade (e/ou de outras comunidades cuja predominância seja de origem italiana).

Quanto às práticas consideradas saudáveis (frequência de consumo de frutas e hortaliças), cuja ingestão é recomendada pela OMS¹ como, pelo menos, 400 gramas de frutas e hortaliças diárias (o equivalente a cinco porções), ou, ainda, considerada pelo VIGITEL¹³ como regular se consumidas em cinco ou mais dias da semana, estas mostraram-se como positivas na população estudada. Saliente-se a elevada (mais de 80%) frequência de idosos que consomem saladas e frutas todos os dias. Os dados da população idosa da linha Senador Ramiro extrapolam os de outro estudo, que mostrou que cerca de 50% dos indivíduos a partir de 65 anos ingerem frutas e vegetais diariamente, mas que apenas 20,6% das mulheres e 14,8% dos homens consomem cinco ou mais porções de frutas e hortaliças ao dia. Estratificando a zona rural, contudo, incluindo indivíduos adultos com menos de 65 anos, 21,9%

e 30,2% consomem frutas e vegetais diariamente, valor baixo quando comparado à zona urbana (35,8% e 47,6%).³¹ Por outro lado, o relato de consumo de feijão em apenas um ou dois dias por semana se contrapõe a estudos que mostram consumo diário do mesmo.³²

O baixo consumo de peixe reflete a prática de outras comunidades de colonos italianos, que, como citado por Budó,³³ são mais baseadas em carnes vermelhas. Poder-se-ia acrescentar que a produção própria é mais fundamentada na avicultura, pecuária e suinocultura. Um percentual importante de idosos não mostra preocupação com a ingestão da gordura aparente das carnes, em especial os homens, mostrando que, aparentemente, as mulheres teriam uma maior preocupação com questões de saúde. Este aspecto associado ao relato de consumo de leite integral não pasteurizado (possivelmente oriundo de produção própria), além do uso de banha em várias preparações, é indicativo de consumo de gorduras saturadas. Embora a utilização do óleo vegetal seja diária, esta é feita de maneira comedida.

O consumo de álcool considerado abusivo¹³ foi restrito a apenas 1,4% da população, podendo-se concluir que esta não consome bebidas alcoólicas de forma excessiva. Já o consumo diário de vinho tinto pela quase totalidade da população reflete também práticas do cotidiano rural de imigrantes italianos e se configura como aspecto considerado positivo.³⁴ Os compostos fenólicos presentes no vinho, principalmente os flavonoides, exercem uma potente ação antioxidante, atuando como agentes antiaterogênicos. Essas propriedades descobertas a partir do denominado paradoxo francês (baixa taxa de mortalidade por DCV em população com elevado consumo de gorduras saturadas e consumo de vinho tinto),³⁵ poderiam estar relacionadas também à população de idosos da Linha Senador Ramiro. Pode-se ressaltar a importância do consumo de vinho tinto pela população em estudo, o que poderia, dentre outros fatores, contribuir para a baixa taxa de eventos CDV e cerebrovasculares entre esses idosos, apesar do elevado consumo de gordura saturada. Por outro lado, um dos fatores, dentre outros, que poderia estar ligado ao elevado relato de HAS nos idosos

estudados, seria o elevado consumo de salame e queijo caseiro, ricos em sódio e gordura saturada.

Já o bom funcionamento intestinal relatado pelos idosos poderia estar ligado ao consumo adequado de água e de fibras, estas, advindas principalmente das frutas e verduras, além do baixo sedentarismo.

Outros aspectos positivos importantes são demonstrados pelo baixo consumo de produtos industrializados, restringindo-se à massa de tomate industrial. Alia-se a este dado o baixo consumo de refrigerantes, restritos ao final de semana, e o quase inexistente consumo de guloseimas (limitando-se a doces caseiros típicos como pudim e sagu).

Budó,³³ estudando a colonização italiana em uma comunidade rural de Silveira Martins/RS, apresenta diversas semelhanças com este estudo, mostrando que o colono italiano elabora o doce caseiro, a massa de tomate natural, as compotas, a banha de porco, as carnes suína, bovina e de aves, as conservas, pães, massas, bolachas, salame e queijo. Na população estudada, ao mesmo tempo que a produção própria e o acesso facilitado a determinados alimentos considerados fatores de proteção (como o vinho tinto, as frutas e hortaliças) propiciam seu consumo elevado e regular e, ainda, reduzem o consumo de produtos industrializados (geralmente ricos em sódio e/ou gorduras saturadas ou *trans*), a produção e consumo de embutidos, banha suína (em praticamente todas as preparações), carnes com gordura aparente e leite integral, poderiam estar concorrendo para fatores de risco. Fica, portanto, o questionamento: se o consumo de produtos não industrializados e de produção caseira característicos dessa população pode ser considerado fator de proteção ou de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas. A conjunção de todos esses aspectos poderia explicar o aparente paradoxo entre os fatores de risco e os poucos eventos cerebrovasculares e cardiovasculares na população.

Os resultados encontrados mostrando que os idosos da Linha Senador Ramiro possuem ainda uma alimentação pouco influenciada pelos produtos industrializados podem ser indicativos de

que a urbanização do rural não tenha chegado a essa população, tratando-se de questões alimentares, sendo preservados os costumes da colonização italiana, diferentemente das considerações a respeito dos indicativos de urbanização do rural.⁸

Apesar dos diversos aspectos positivos, inclusive baixo sedentarismo, a prevalência de excesso de peso e a obesidade (detectada especialmente em mulheres), além da deposição de gordura abdominal (igualmente mais expressiva em mulheres), associada a outros fatores negativos, constituem fator preocupante. Segundo Budó,³³ as mulheres estão sujeitas a uma sobrecarga de trabalho, pois se dedicam aos afazeres domésticos sem o auxílio do homem, ordenham as vacas, tratam os animais, cuidam da horta e do jardim, além de dividir, muitas vezes, o trabalho na lavoura com o homem, principalmente nas épocas de plantio. Além das descritas diferenças de deposição de gordura corporal entre os sexos,³⁶ possivelmente, apesar de aspectos positivos e saudáveis em sua alimentação, haja descompasso entre as necessidades e o aporte energético.

Vários estudos mostram predominância de excesso de peso em idosos, utilizando, no entanto, pontos de corte de IMC para adultos. Entre esses, dos Santos & Sichieri,³⁷ que em seu estudo com idosos da zona urbana do Rio de Janeiro observaram uma maior proporção de sobrepeso e uma inadequação da distribuição de gordura entre as mulheres, sendo a CC das idosas aproximadamente o dobro dos homens. Da Cruz et al³⁸ verificaram uma prevalência de obesidade na amostra de idosos de Veranópolis de 23,3%. Campos et al,³⁹ em seu trabalho nas regiões Nordeste e Sudeste, encontraram 50,4% de eutrofia, ficando para as mulheres, a exemplo do presente estudo, as maiores taxas de obesidade. Segundo o VIGITEL 2007,¹³ no conjunto da população maior de 65 anos nas capitais dos estados brasileiros, distribuídos por sexo, 11,2% dos homens e 20,5% das mulheres apresentavam obesidade. Enquanto os dados se aproximam do presente estudo no que se refere aos homens, quando são consideradas mulheres com IMC ≥ 30 , o percentual é bem mais expressivo neste estudo (37,7%). Nesse sentido, o trabalho de Scherer²⁵ com a população idosa do

município de Marques de Souza, RS (utilizando os pontos de corte de adultos para IMC), encontrou uma prevalência de sobrepeso e obesidade em 57% dos homens e 64% das mulheres e apenas 3% de magreza na população. O presente estudo corrobora os já existentes dados da literatura que evidenciam redução da desnutrição e aumento significativo da obesidade como características importante da transição nutricional no país,⁶ também no meio rural.⁷

Apesar de o questionário com o qual se trabalhou ser amplamente utilizado, constitui limitação deste estudo a avaliação das variáveis de desfecho (morbidade) ser realizada por meio de autorrelato e seu caráter transversal, conferindo aspectos apenas descritivos. Ressalte-se, contudo, que a avaliação do consumo alimentar foi abrangente, com uso de questionário de frequência e inclusão de alimentos/preparações comuns à população estudada.

CONCLUSÃO

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas encontrados na população idosa da Linha Senador Ramiro, Nova Bassano/RS, foram o elevado consumo de gordura saturada, o excesso de peso, a elevada CC, especialmente em mulheres, e precária proteção contra raios ultravioleta por parte da população de idosos do sexo masculino. Em relação aos fatores de proteção, predominam o consumo regular de frutas e verduras por grande parte da população, o consumo moderado e regular de vinho, o baixo sedentarismo, baixo índice de tabagismo e de consumo abusivo de álcool, a realização de exames preventivos, e ainda o baixo relato de eventos cerebrovasculares e cardiovasculares. A autopercepção de saúde como regular e o elevado nível de socialização dos idosos são indicativos de bem-estar físico, mental e social dos indivíduos. O estudo aponta a importância da avaliação de grupos específicos da população quanto aos fatores de risco e proteção, indicando, contudo, a necessidade do desenvolvimento de pesquisas prospectivas que avaliem a real associação destes fatores com a ocorrência de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global. São Paulo: Roca; 2004.
2. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997;31(2):184-200.
3. Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005;39(3):383-91.
4. Rautio N, Heikkinen E, Heikkinen RL. The association of socio-economic factors with physical and mental capacity in elderly men and women. *Arch Gerontol Geriatr* 2001;33(2):163-78.
5. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública* 2007;23(10):2490-2502.
6. Marques APO, Arruda IKG, Do Espírito Santo ACG, Raposo MCF, Guerra MD, Sales TF. Prevalência de obesidade e fatores associados em mulheres idosas. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2005;49(3):441-8.
7. Monteiro CA, De Moura EC, Jaime PC, Lucca A, Florindo AA, Figueiredo ICR, et al. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. *Rev Saúde Pública* 2005;39(1):47-57.
8. Balem TA, Silveira PR. A erosão cultural alimentar: processo de insegurança alimentar na agricultura familiar [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal Santa Maria, 2002 [acesso em 15 mar. 2015]. Grupo de Pesquisa Sociedade, Ambiente e Desenvolvimento Rural. Disponível em: <http://www.ufsm.br/desenvolvimentorural/textos/artigo%20erosao%20alimentar.pdf>
9. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais [Internet]. London: Lancet; 2011 [acesso em jul. 2014]. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>
10. Quintella LCM. Qualidade de vida e estado nutricional de idosos: um estudo descritivo sobre freqüentadores do Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação: Interunidades em Nutrição Humana Aplicada; 2006.
11. Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural. Título ?. Nova Bassano: EMATER; 2009.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: IBGE; [1995-]. Censo Demográfico 2010: características da população e dos domicílios: resultados do universo [Internet]; 2010; [acesso em 16 mar. 2015]; [11 telas]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/tabelas_pdf/tab1.pdf
13. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL BRASIL 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico... Brasília, DF: IBGE; 2008. (Série G); (Estatística e Informação em Saúde).
14. World Health Organization. World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [acesso em 1 mar. 2015]. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241562072.pdf>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004 [acesso em 5 mar. 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_basicas_sisvan.pdf
16. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care* 1994;21(1):55-67.
17. International Diabetes Federation (IDF). The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome [Internet]. Brussels: IDF; 2006 [acesso em 7 mar. 2015]. Disponível em: https://www.idf.org/webdata/docs/IDF_Meta_def_final.pdf
18. National Cholesterol Education Program. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001;285(19):2486-97.
19. Moraes EP, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto & Contexto Enferm* 2008;17(2):374-83.
20. Salgado CDS. Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estud Interdiscip Envelhec* 2002;4:7-19.
21. Meireles VC, Matsuda LM, Coimbra JAH, Mathias TAF. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. *Saúde Soc* 2007;16(1):69-80.

22. Missio M, Portella MR. Atenção aos idosos rurais no contexto da família: um desafio para a equipe do programa saúde da família. *Bol Saúde* 2003;17(2):25-36.
23. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2005;8(2):127-41.
24. Michelon E, Moriguchi EH. Características da distribuição dos lipídeos plasmáticos e dos fatores de risco coronariano em indivíduos com 80 anos ou mais. *Rev Med PUCRS* 1996;6:13-23.
25. Scherer F. Estado nutricional e sua associação com fatores de risco cardiovascular e síndrome metabólica em idosos [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia; 2008.
26. Da Silva EB. Estudo do perfil lipídico de um grupo de idosos. *NewsLab* 2005;72:142-50.
27. World Health Organization. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: report of a WHO study group. *WHO Tech Rep Ser* 1994;843:1-129.
28. Viegas-Pereira APF, Rodrigues RN, Machado CJ. Fatores associados à prevalência de diabetes auto-referido entre idosos de Minas Gerais. *Rev Bras Estud Popul* 2008;25(2):365-76.
29. Novaes CO, Mattos IE. Prevalência e fatores associados a não utilização de mamografia em mulheres idosas. *Cad Saúde Pública* 2009;25 Supl 2:310-20.
30. Chorilli M, Otto T, Alves MIF, Cavallini ME, Leonardi GR. Avaliação do uso de protetores solares pela população rural de Piracicaba, São Paulo, Brasil, através da aplicação de questionário. *Rev Bras Farm* 2007;88(4):167-72.
31. Jaime PC, Monteiro CA. Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003. *Cad Saúde Pública* 2005;21 Supl 1:19-24.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [acesso 10 mar 2015]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_analise_consumo/pofanalise_2008_2009.pdf
33. Budó MLD. O antigo e o novo: o cuidado em saúde no cotidiano de uma cultura italiana. *Cogitare Enferm* 1996;1(2):27-34.
34. De Oliveira FAM. Padrões alimentares em mudança: a cozinha italiana no interior paulista. *Rev Bras Hist* 2006;26(51):47-62.
35. Giehl MR, Dal Bosco SM, Laflor CM, Weber B. Eficácia dos flavonóides da uva, vinho tinto e suco de uva tinto na prevenção e no tratamento secundário da aterosclerose. *Sci Med* 2007;17(3):145-55.
36. Tchernof A, Després JP. Pathophysiology of human visceral obesity: an update. *Physiol Rev* 2013;93(1):359-404.
37. Dos Santos DM, Sichieri R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. *Rev Saúde Pública* 2005;39(2):163-8.
38. Da Cruz IBM, Almeida MSC, Schwanke CHA, Moriguchi EH. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. *Rev Assoc Med Bras* 2004;50(2):172-7.
39. Campos MAG, Pedroso ERP, Lamounier JA, Colosimo EA, Abrantes MM. Estado nutricional e fatores associados em idosos. *Rev Assoc Med Bras* 2006;52(4):214-21.

Recebido: 04/8/2014

Revisado: 30/3/2015

Aprovado: 04/6/2015