



Fatores associados ao comportamento alimentar de idosos jovens e longevos do Sul do Brasil

Factors associated with eating behavior of young-old and oldest-old people from Southern Brazil

**Shelly Westphalen Palma¹, Greisse Viero da Silva Leal², Ângelo José Gonçalves Bós³,
Loiva Beatriz Dallepiane⁴**

¹ Mestre em Gerontologia pela Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria (RS), Brasil; ² Doutora em Saúde Pública pela USP/SP, Docente do Programa de Pós-graduação em Gerontologia e do Departamento de Alimentos e Nutrição, Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões, Palmeira das Missões (RS), Brasil; ³ Doutor Phd In Medicine pela Tokai University, Japão. Docente do Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica, Escola de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), Brasil; ⁴ Doutora em Medicina e Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Professora titular livre docente da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria (RS), Brasil.

***Autor correspondente:** Loiva Beatriz Dallepiane - E-mail: loiva.dallepiane@hotmail.com

RESUMO

O objetivo deste estudo transversal com 6.974 idosos foi caracterizar o comportamento alimentar de idosos jovens e longevos determinado pela dificuldade funcional de se alimentar sozinho, autopercepção do apetite e número de refeições diárias, analisados pelo modelo de regressão de Poisson. Os idosos jovens alimentavam-se com mais facilidade e apresentavam melhor autopercepção do apetite enquanto os longevos realizavam maior número de refeições diárias. Na análise ajustada, a pior autopercepção do apetite foi relacionada com pior autopercepção de saúde geral entre os idosos jovens, e sexo feminino entre os longevos. Idosos jovens apresentaram como fator preditivo positivo do número de refeições o fato de saírem de casa e apresentarem peso adequado e nenhuma doença crônica. Entre os longevos sair de casa foi um preditor negativo do número de refeições. Assim, os fatores determinantes de pior comportamento alimentar foram ser longevo, viver sem companheiro, pior autopercepção de saúde e de saúde oral.

Palavras-chave: Apetite. Comportamento alimentar. Envelhecimento. Idoso de 80 anos ou mais. Idoso fragilizado.

ABSTRACT

The objective of this cross-sectional study with 6974 old people was to characterize the eating behavior of the young-old and oldest-old determined by the functional difficulty of eating by oneself, self-perception of appetite and number of daily meals, analyzed by the Poisson regression model. Young-old people feed more easily by themselves and had better self-perception of appetite; the oldest-old ones had more daily meals. In the adjusted analysis, poor self-perception of appetite was related with poor self-perception of general health among younger elderly, and being a woman among the oldest-old ones. Younger elderly presented, as a positive predictive factor the number of meals, leaving home and having adequate weight and no chronic disease. Among the oldest-old ones, leaving home was a negative predictor of the number of meals. Thus, the determining factors for worse eating behavior were being oldest-old, living without a partner, poor self-rated health and oral health.

Keywords: Aging. Aged, 80 and over. Appetite. Eating Behavior. Frail elderly.

Recebido em Setembro 09, 2020
Aceito em Janeiro 01, 2021

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa no Brasil tem sido destacado pelas últimas informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), e o Rio Grande do Sul está entre os Estados brasileiros que apresentam maiores proporções de idosos¹. A redução da mortalidade e da fecundidade na mudança significativa na prevalência de mortes, pelas doenças infectocontagiosas e pelas doenças crônicas não transmissíveis, causou redução nas mortes entre os idosos, resultando em mais anos vividos pelos indivíduos^{2,3}.

Esse efeito, conseqüentemente, tem levado a um aumento na proporção de idosos com mais de 80 anos, denominados de longevos⁴, o que implica em uma heterogeneidade no grupo da população idosa⁵, visto que os longevos apresentam características diferentes dos idosos mais jovens⁶.

À medida que os anos passam, os indivíduos, tanto os idosos jovens (menos de 80 anos), como longevos, sofrem mudanças fisiológicas e comportamentais que podem ser positivas ou negativas e observadas nas esferas biológica, psicológica e social do indivíduo⁷. As alterações no metabolismo celular e no funcionamento dos principais sistemas fisiológicos podem ter conseqüências sob as condições de saúde do idoso⁸ como, por exemplo, a perda de apetite, redução da capacidade gustativa e olfativa e distúrbios

de deglutição, que influenciam o comportamento e a ingestão alimentar⁹. Além dos fatores biológicos, alterações no comportamento alimentar, também podem ser provenientes dos aspectos socioculturais e psicológicos¹⁰ e podem se apresentar agravados nos idosos longevos.

O comportamento alimentar é um somatório de cognições e afetos que comandam as atitudes alimentares¹¹ que envolvem “como”, “com quem”, “onde”, “quando” e “por que” comemos, refletindo interações entre o estado fisiológico, psicológico e ambiente externo¹². Reconhecer o que influencia o comportamento alimentar é importante para que possamos realizar intervenções adequadas aos motivos pelos quais os idosos comem o que comem, que podem estar relacionados à percepção de fome e apetite, como comem, ou seja, se apresentam autonomia e manutenção da capacidade funcional para se alimentar adequadamente e com que frequência se alimentam.

Nesse sentido, esse estudo visa caracterizar o comportamento alimentar de idosos jovens e longevos, referente à capacidade funcional para se alimentar sozinho, à autopercepção do apetite e ao número de refeições diárias, respondendo as questões de “como”, “por que” e “quando” os idosos comem; e verificar a associação com características sociodemográficas e indicadores de saúde de idosos do Rio Grande do Sul, Brasil.

METODOLOGIA

DELINEAMENTO, AMOSTRA E CONTEXTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, utilizando a análise de dados secundários provenientes da Pesquisa Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul (PIRS)^{13,14}, realizada pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (IGG-PUCRS) em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP-RS), no Rio Grande do Sul (RS), Brasil no ano de 2010 e métodos adotados por Morsch et al,¹⁴. Os municípios do Estado foram primeiramente divididos por regiões de pesquisa, posteriormente foram agrupadas de acordo com a faixa populacional e com a principal atividade econômica, para então determinar o dimensionamento.

Considerando que estudos dessa natureza envolvem variáveis qualitativas e quantitativas, sendo que as primeiras requerem maior exigência, principalmente em relação ao tamanho, optou-se por estabelecer os antecedentes amostrais segundo uma variável qualitativa. Com base no requisito acima, fixaram-se a variância absoluta da proporção no valor máximo 0,25, resultante de $p(1-p)$ para $p=0,50$, o nível de confiança de 95,44% ($z=2$) e um erro aproximado de inferência da proporção, na amostra de cada região de pesquisa, não superior a 3,37%. De acordo com os pressupostos acima, o tamanho de cada uma das amostras regionais, para

estimação da proporção populacional, foi dimensionado em 880 idosos. Tal dimensionamento gerou uma amostra estadual de 7.920 idosos com erro de inferência não superior a 1,3%.

Para o presente estudo, a amostra foi composta por 6.974 idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes e presentes em domicílios de municípios do RS, pois os questionários respondidos pelos acompanhantes dos idosos não foram incluídos na pesquisa. Os dados foram coletados por empresa terceirizada utilizando um questionário estruturado com 72 questões de simples e múltipla escolha resultando em um amplo banco de dados.

VARIÁVEIS

Como variável dependente, foi determinado o comportamento alimentar representado pelos dados referentes à funcionalidade para se alimentar sozinho, autopercepção do apetite e número de refeições realizadas por dia. Para a análise dos dados, as respostas das entrevistas foram agrupadas, permitindo menor número de categorias, a saber: na variável dificuldade funcional para se alimentar sozinho foram consideradas “com facilidade” e “com dificuldade”; na variável autopercepção do apetite considerou-se “bom” ou “ruim”; e quanto ao número de refeições diárias foi considerado “menos de três” ou “três ou mais” refeições por dia.

Como variáveis independentes foram considerados os dados sociodemográficos e condições de saúde. As variáveis sociodemográficas analisadas foram: idade, sexo, estado conjugal, escolaridade e faixa de renda, que também foram utilizadas para caracterização da amostra. Para fins de análise, a amostra foi classificada entre idosos jovens (60 a 79 anos) e idosos longevos (80 anos ou mais)⁴. Para o estado conjugal, foi considerado viver com um companheiro ou não. A escolaridade foi avaliada conforme as seguintes categorias: analfabeto, primário incompleto, ginásio incompleto e ginásio completo até a pós-graduação.

A faixa de renda foi considerada de acordo com a última renda mensal total, tendo em vista que o valor do salário mínimo (SM) da época correspondia a R\$510,00. Para melhor análise, os dados de SM foram categorizados como sendo menor que dois SM ($< 2 \text{ SM}$) e maior ou igual a dois SM ($\geq 2 \text{ SM}$)¹⁵.

Para avaliar as condições de saúde foram analisadas as variáveis: frequência em que costuma sair de casa (< 1 vez por semana e ≥ 1 vez por semana), autopercepção da saúde (boa, regular ou ruim); autopercepção da saúde oral (boa, regular ou ruim)¹⁴; Índice de Massa Corporal – IMC (baixo peso, peso adequado, pré-obesidade e obesidade)¹⁶ e diagnóstico de doenças crônicas (sim e não). O peso e a estatura foram autorreferidos pelos participantes e o IMC foi calculado dividindo-se o peso pela

estatura ao quadrado e o resultado expresso em kg/m^2 .

ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados por meio do software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. A normalidade da distribuição dos dados foi verificada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Na fase descritiva, as variáveis quantitativas com distribuição simétrica foram apresentadas na forma de média e desvio padrão e as com distribuição assimétrica por mediana e amplitude interquartilica. Na fase analítica, foi utilizado o teste t de Student e Mann-Whitney para variáveis contínuas, e os testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fischer para variáveis categóricas. Foram considerados valores estatisticamente significativos quando $p < 0,05$. Para a análise ajustada foi utilizado o modelo de regressão de Poisson, a fim de observar a razão de prevalência das variáveis dependentes relativamente às independentes.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto “Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul” foi aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, protocolo número 481/09 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, registro número 09/04931. Todos os

participantes concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram avaliados 6.974 idosos, sendo 87,6% idosos jovens, a maioria do gênero feminino (51,7%), com companheiro (50,7%), com renda inferior a dois salários mínimos (69,1%) e com ginásio incompleto (39,8%). A maioria não saía de casa semanalmente (78,4%), percebia-se com saúde boa (70,9%), com boa saúde oral (69,7%), peso adequado

(53,9%) e tinha diagnóstico de doença crônica (66,9%) (Tabela 1).

A Tabela 1 apresenta, ainda, as diferenças estatisticamente significativas na comparação entre idosos jovens e longevos. A maior frequência para os idosos jovens foi verificada em relação à escolaridade cursada até o ginásio incompleto ($p < 0,001$), não sair de casa ($p < 0,001$), boa autopercepção de saúde ($p < 0,001$) e boa autopercepção de saúde oral ($p < 0,001$). Já, a maior frequência observada nos longevos foi viver sem companheiro ($p < 0,001$), diagnóstico de doença crônica ($p < 0,001$) e número de morbidades ($p < 0,001$).

Tabela 1. Descrição da amostra, aspectos sociodemográficos e de saúde de idosos do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010 (N=6974)

| Variáveis | Total N=6974 N (%) | Idosos jovens n=6112 n (%) | Idosos longevos n=862 n (%) | p* |
|--------------------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------|
| Dados sociodemográficos | | | | |
| Sexo | | | | |
| Homem | 3367 (48,3) | 2970 (48,6) | 397 (46,1) | 0,163 |
| Mulher | 3607 (51,7) | 3142 (51,4) | 465 (53,9) | |
| Estado conjugal | | | | |
| Com companheiro | 3404 (50,7) | 3116 (53,0) | 288 (34,5) | <0,001* |
| Sem companheiro | 3309 (49,3) | 2762 (47,0) | 547 (65,5) | |
| Renda | | | | |
| < 2 salários mínimos | 4315 (69,1) | 3769 (69,0) | 546 (69,2) | 0,928 |
| ≥ 2 salários mínimos | 1933 (30,9) | 1690 (31,0) | 243 (30,8) | |
| Escolaridade | | | | |
| Analfabeto | 624 (9,3) | 479 (8,1) | 145 (17,3) | <0,001* |
| Primário incompleto | 1614 (23,9) | 1352 (22,9) | 262 (31,3) | |
| Ginásio incompleto | 2685 (39,8) | 2384 (40,4) | 301 (36,0) | |
| Ginásio completo ou mais | 1822 (27,0) | 1693 (28,7) | 129 (15,4) | |
| Frequência que sai de casa | | | | |
| Não sai semanalmente | 1312 (21,6) | 1069 (19,9) | 243 (34,8) | <0,001* |
| < uma vez por semana | 4754 (78,4) | 4299 (80,1) | 455 (65,2) | |
| Dados de saúde | | | | |
| Autopercepção da saúde | | | | |
| Boa | 4901 (70,9) | 4395 (72,5) | 506 (59,7) | <0,001* |
| Regular | 1685 (24,4) | 1391 (22,9) | 294 (34,7) | |
| Ruim | 326 (4,7) | 279 (4,6) | 47 (5,5) | |
| Autopercepção da saúde oral | | | | |

| | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|---------|
| Boa | 4779 (69,7) | 4242 (70,6) | 537 (63,6) | |
| Regular | 1914 (27,9) | 1632 (27,2) | 282 (33,4) | <0,001* |
| Ruim | 163 (2,4) | 137 (2,3) | 26 (3,1) | |
| Índice de Massa Corporal kg/m ² | 26,33±4,05 | 26,33±4,03 | 26,281±4,24 | 0,735 |
| Baixo Peso | 1192 (17,8) | 1009 (17,1) | 183 (22,2) | |
| Peso adequado | 3617 (53,9) | 3219 (54,7) | 398 (48,4) | <0,001* |
| Pré-obesidade | 906 (13,5) | 813 (13,8) | 93 (11,3) | |
| Obesidade | 992 (14,8) | 843 (14,3) | 149 (18,1) | |
| Diagnóstico de doenças crônicas | | | | <0,001* |
| Sim | 4669 (66,9) | 4016 (65,7) | 653 (75,8) | |
| Não | 2305 (33,1) | 2096 (34,3) | 209 (24,2) | |
| Nº de morbidades [mediana (II)] | 1 (0-2) | 1 (0-2) | 2 (1-3) | <0,001* |

*Teste Qui-quadrado de Pearson. Valores de $p < 0,05$ = estatisticamente significativo II: intervalo interquartil

Nota: Dados não respondidos pelos participantes por não saber responder (NSR) ou por não se aplicar (NSA) foram excluídos das análises.

Os idosos jovens alimentavam-se com mais facilidade ($p < 0,001$) e apresentavam melhor autopercepção do apetite ($p = 0,019$), enquanto que os idosos longevos realizavam maior número de refeições por dia ($p = 0,022$) (Tabela 2).

Tabela 2. Comportamento alimentar de idosos jovens e longevos do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010 (N=6974)

| Variáveis | Idosos jovens (n=6112) n (%) | Idosos longevos (n=862) n (%) | p* |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|---------|
| Capacidade funcional para se alimentar sozinho | | | |
| Com facilidade | 5888 (97,8) | 796 (93,9) | |
| Com dificuldade | 131 (2,2) | 52 (6,1) | <0,001* |
| Autopercepção do apetite | | | |
| Ótima/boa/regular | 5971 (99,3) | 835 (98,5) | |
| Má/Péssima | 45 (0,7) | 13 (1,5) | 0,019* |
| Número de refeições diárias | | | |
| ≥3 refeições/dia | 5541 (90,7) | 802 (93,0) | |
| <3 refeições/dia | 571 (9,3) | 60 (7,0) | 0,022* |

*Teste Qui-quadrado de Pearson. Valores de $p < 0,05$ = estatisticamente significativo

Nota: Dados não respondidos pelos participantes por não saber responder (NSR) ou por não se aplicar (NSA) foram excluídos das análises.

Na Tabela 3, as variáveis com $p < 0,2$ foram incluídas no modelo de regressão e após análise ajustada entre a dificuldade funcional para se alimentar sozinho e variáveis sociodemográficas e de saúde. Foi observada associação estatisticamente significativa, somente entre os idosos jovens, da dificuldade funcional para se alimentar sozinho com viver sem companheiro (RP=1,706, $p = 0,048$), autopercepção de saúde ruim (RP=5,265, $p < 0,001$) e regular (RP= 3,720, $p < 0,001$); e, autopercepção de saúde oral ruim (RP=3,488, $p = 0,0022$).

Tabela 3. Análise ajustada entre a **difficuldade funcional para se alimentar sozinho** e variáveis sociodemográficas e de saúde em idosos jovens e longevos do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010

| Variáveis | Idosos jovens (n=2850) | | | | Longevos (n=434) | | | |
|------------------------------------|------------------------|----------|----------|-------|------------------|----------|----------|-------|
| | RP | IC 95% | | p* | RP | IC 95% | | p* |
| | | Inferior | Superior | | | Inferior | Superior | |
| Sexo | | | | | | | | |
| Mulher | 1,682 | 0,946 | 2,989 | 0,077 | 0,646 | 0,292 | 1,430 | 0,281 |
| Homem | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |
| Estado conjugal | | | | | | | | |
| Sem companheiro | 1,706 | 1,004 | 2,901 | 0,048 | 2,185 | 0,839 | 5,694 | 0,110 |
| Com companheiro | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |
| Escolaridade | | | | | | | | |
| Ginásio completo ou mais | 1,216 | 0,452 | 3,276 | 0,699 | 2,569 | 0,951 | 6,939 | 0,063 |
| Ginásio incompleto | 1,198 | 0,497 | 2,887 | 0,687 | 0,746 | 0,165 | 3,375 | 0,704 |
| Primário incompleto | 1,850 | 0,967 | 3,539 | 0,063 | 0,907 | 0,350 | 2,351 | 0,841 |
| Analfabeto | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |
| Renda | | | | | | | | |
| ≥ 2 salários mínimos | 1,062 | 0,595 | 1,897 | 0,838 | 1,115 | 0,467 | 2,658 | 0,807 |
| < 2 salários mínimos | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |
| Frequência que sai de casa | | | | | | | | |
| Não sai semanalmente | 0,816 | 0,441 | 1,509 | 0,517 | 1,030 | 0,478 | 2,221 | 0,939 |
| ≥ uma vez por semana | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |
| Autopercepção de saúde | | | | | | | | |
| Ruim | 5,265 | 2,187 | 12,675 | 0,000 | 2,050 | 0,640 | 6,570 | 0,227 |
| Regular | 3,720 | 1,930 | 7,168 | 0,000 | 1,674 | 0,687 | 4,076 | 0,257 |
| Boa | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |
| Autopercepção de saúde oral | | | | | | | | |
| Ruim | 3,488 | 1,199 | 10,147 | 0,022 | 2,472 | 0,543 | 11,247 | 0,242 |
| Regular | 1,658 | 0,976 | 2,817 | 0,061 | 1,803 | 0,794 | 4,097 | 0,159 |
| Boa | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |
| Estado nutricional | | | | | | | | |
| Obesidade | 1,327 | 0,691 | 2,549 | 0,396 | 1,424 | 0,602 | 3,369 | 0,422 |
| Pré-obesidade | 1,018 | 0,460 | 2,254 | 0,964 | 0,404 | 0,054 | 3,047 | 0,379 |
| Peso adequado | 1,017 | 0,514 | 2,014 | 0,961 | 0,681 | 0,244 | 1,901 | 0,463 |
| Baixo peso | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |
| Doenças crônicas | | | | | | | | |
| Não | 1,090 | 0,964 | 1,233 | 0,169 | 0,929 | 0,674 | 1,282 | 0,655 |
| Sim | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |

*RP = Razão de Prevalência; IC = Intervalo de Confiança. *Modelo de regressão de Poisson.

Na Tabela 4, após análise ajustada entre a pior autopercepção do apetite e variáveis sociodemográficas e de saúde, observou-se que, entre os idosos jovens, houve associação com autopercepção da saúde ruim (RP=38,17, $p<0,001$) e regular (RP=12,454, $p=0,001$). Entre os idosos

longevos, observou-se que ser mulher (IC 95%, $p=0,007$) piorou a autopercepção do apetite (RP=8,049, $p=0,007$), no entanto, ter autopercepção da saúde regular foi protetor para a autopercepção do apetite (RP= 0,256, $p=0,035$).

Tabela 4. Análise ajustada entre a **pior autopercepção do apetite** e variáveis sociodemográficas e de saúde em idosos jovens e longevos do Rio Grande do Sul

| Variáveis | Idosos jovens (n=2849) | | | | Longevos (n=436) | | | |
|------------------------------------|------------------------|----------|----------|-------|------------------|----------|----------|--------|
| | RP | IC 95% | | p* | RP | IC 95% | | p* |
| | | Inferior | Superior | | | Inferior | Superior | |
| Sexo | | | | | | | | |
| Mulher | 1,615 | 0,691 | 3,777 | 0,268 | 8,049 | 1,759 | 36,835 | 0,007* |
| Homem | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |
| Estado conjugal | | | | | | | | |
| Sem companheiro | 1,346 | 0,626 | 2,896 | 0,446 | ** | ** | ** | ** |
| Com companheiro | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |
| Escolaridade | | | | | | | | |
| Ginásio completo ou mais | 0,961 | 0,249 | 3,710 | 0,954 | 0,895 | 0,354 | 2,265 | 0,815 |
| Ginásio incompleto | 0,927 | 0,254 | 3,381 | 0,909 | ** | ** | ** | ** |
| Primário incompleto | 0,834 | 0,318 | 2,184 | 0,712 | 0,364 | 0,027 | 4,890 | 0,446 |
| Analfabeto | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |
| Renda | | | | | | | | |
| ≥ 2 salários mínimos | 7,422 | 0,963 | 57,186 | 0,054 | 1,773 | 0,717 | 4,388 | 0,215 |
| < 2 salários mínimos | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |
| Frequência que sai de casa | | | | | | | | |
| Não sai semanalmente | 1,125 | 0,466 | 2,713 | 0,794 | 0,639 | 0,144 | 2,837 | 0,556 |
| ≥ uma vez por semana | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |
| Autopercepção de saúde | | | | | | | | |
| Ruim | 38,172 | 7,202 | 202,311 | 0,000 | 0,186 | 0,012 | 2,804 | 0,224 |
| Regular | 12,454 | 2,664 | 58,212 | 0,001 | 0,256 | 0,072 | 0,909 | 0,035* |
| Boa | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |
| Autopercepção de saúde oral | | | | | | | | |
| Ruim | 1,385 | 0,463 | 4,143 | 0,560 | ** | ** | ** | ** |
| Regular | 1,292 | 0,543 | 3,074 | 0,563 | ** | ** | ** | ** |
| Boa | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |
| Estado nutricional | | | | | | | | |
| Obesidade | 1,367 | 0,372 | 5,018 | 0,638 | 0,394 | 0,128 | 1,207 | 0,103 |
| Pré-obesidade | 2,399 | 0,800 | 7,194 | 0,118 | ** | ** | ** | ** |
| Peso adequado | 2,266 | 0,891 | 5,760 | 0,086 | 0,840 | 0,287 | 2,460 | 0,750 |
| Baixo peso | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |
| Doenças crônicas | | | | | | | | |
| Não | 0,867 | 0,525 | 1,433 | 0,579 | 1,179 | 0,816 | 1,704 | 0,380 |
| Sim | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |

RP = Razão de Prevalência; IC = Intervalo de Confiança. *Modelo de regressão de Poisson. Valores de $p < 0,05$ = estatisticamente significativo **Valores inconsistentes pela quantidade de fatores e o “n” da amostra.

Na Tabela 5, foi verificada a associação do menor número de refeições diárias e as variáveis sociodemográficas e de saúde. Foi observada esta associação somente entre os idosos jovens, que não

têm frequência de sair de casa semanalmente (RP=1,465, $p=0,041$), estar com peso adequado (RP=1,552, $p=0,029$) e não ter diagnóstico de doenças crônicas (RP=1,093, $p=0,037$).

Tabela 5. Associação entre o menor número de refeições diárias e variáveis sociodemográficas e de saúde em idosos jovens e longevos do Rio Grande do Sul

| Variáveis | Idosos jovens (n=2873) | | | | Longevos (n=437) | | | |
|------------------------------------|------------------------|----------|----------|-------|------------------|----------|----------|-------|
| | RP | IC 95% | | p* | RP | IC 95% | | p* |
| | | Inferior | Superior | | | Inferior | Superior | |
| Sexo | | | | | | | | |
| Mulher | 0,887 | 0,634 | 1,242 | 0,486 | 1,545 | 0,591 | 4,042 | 0,375 |
| Homem | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |
| Estado conjugal | | | | | | | | |
| Sem companheiro | 1,371 | 0,982 | 1,915 | 0,064 | 0,986 | 0,413 | 2,353 | 0,974 |
| Com companheiro | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |
| Escolaridade | | | | | | | | |
| Ginásio completo ou mais | 1,227 | 0,717 | 2,276 | 0,406 | 0,699 | 0,121 | 4,047 | 0,689 |
| Ginásio incompleto | 1,002 | 0,622 | 1,614 | 0,993 | 0,354 | 0,044 | 2,884 | 0,332 |
| Primário incompleto | 1,015 | 0,678 | 1,520 | 0,942 | 1,046 | 0,387 | 2,823 | 0,930 |
| Analfabeto | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |
| Renda | | | | | | | | |
| ≥ 2 salários mínimos | 1,234 | 0,844 | 1,804 | 0,278 | 0,382 | 0,138 | 1,059 | 0,064 |
| < 2 salários mínimos | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |
| Frequência que sai de casa | | | | | | | | |
| Não sai semanalmente | 1,465 | 1,016 | 2,112 | 0,041 | 1,193 | 0,468 | 3,045 | 0,711 |
| ≥ uma vez por semana | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |
| Autopercepção de saúde | | | | | | | | |
| Ruim | 0,882 | 0,404 | 1,927 | 0,754 | 1,218 | 0,125 | 11,834 | 0,865 |
| Regular | 1,210 | 0,843 | 1,737 | 0,300 | 1,174 | 0,470 | 2,932 | 0,731 |
| Boa | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |
| Autopercepção de saúde oral | | | | | | | | |
| Ruim | 0,949 | 0,314 | 2,869 | 0,926 | 1,358 | 0,102 | 18,049 | 0,817 |
| Regular | 0,916 | 0,632 | 1,327 | 0,641 | 0,441 | 0,162 | 1,203 | 0,110 |
| Boa | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |
| Estado nutricional | | | | | | | | |
| Obesidade | 0,749 | 0,438 | 1,281 | 0,291 | 0,742 | 0,174 | 3,154 | 0,686 |
| Pré-obesidade | 1,097 | 0,670 | 1,796 | 0,714 | 0,677 | 0,086 | 5,318 | 0,710 |
| Peso adequado | 1,552 | 1,046 | 2,303 | 0,029 | 1,353 | 0,457 | 4,009 | 0,585 |
| Baixo peso | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |
| Doenças crônicas | | | | | | | | |
| Não | 1,093 | 1,005 | 1,188 | 0,037 | 0,964 | 0,768 | 1,209 | 0,748 |
| Sim | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . |

RP = Razão de Prevalência; IC = Intervalo de Confiança. *Modelo de regressão de Poisson. **Valores inconsistentes pela quantidade de fatores e o “n” da amostra.

DISCUSSÃO

Até onde se conhece, este é o primeiro estudo que analisa os dados sociodemográficos e indicadores de saúde

com relação ao comportamento alimentar de idosos jovens e longevos no Brasil. Em comparação aos idosos jovens, os longevos apresentaram maior dificuldade funcional para se alimentar sozinhos e pior

autopercepção do apetite, no entanto realizavam maior número de refeições por dia. Os idosos sofrem um declínio na funcionalidade com o passar dos anos^{9,18} podendo ser uma justificativa para os longevos do presente estudo apresentarem pior funcionalidade para se alimentar. Em relação à pior autopercepção do apetite, Arganini e Sinesio¹⁹ afirmam que o processo do envelhecimento pode causar distúrbios gustativos e olfatórios, porém constataram não ser essa a causa das alterações no apetite, e apontam que fatores não fisiológicos, como solidão, restrição alimentar e estado de saúde afetado, comuns da velhice, também estão relacionados ao declínio no apetite. Assumpção et al.²⁰ avaliaram a qualidade da dieta de 1.519 idosos residentes de Campinas em São Paulo, Brasil, e associaram as doenças crônicas, em idades avançadas, a maiores cuidados com a saúde, podendo-se considerar a razão dos longevos do presente estudo realizarem maior número de refeições diárias em comparação aos idosos jovens.

Os resultados, após análise ajustada, mostraram que viver sem companheiro e ter pior autopercepção de saúde e de saúde oral aumentaram a dificuldade funcional para se alimentar sozinho entre os idosos jovens. Uma pesquisa sobre a etnografia de idosos que moram sozinhos²¹ indica que eram tidos como fragilizados e incapazes de darem continuidade em suas vidas, afirmando que atualmente os idosos não carregam mais este perfil na sociedade, pois enfrentam

problemas que muitos jovens não são capazes de enfrentar. No entanto, é possível afirmar ainda que, mesmo com as superações demonstradas pelos idosos do estudo citado, não se pode desconsiderar o fato deles estarem inseridos no grupo de risco, ou seja, estão mais susceptíveis ao desenvolvimento das doenças que podem acometer a pessoa idosa, provocando involuntariamente uma dependência não prevista pelos mesmos e conseqüente fragilidade. Ainda, viver sem companheiro pode levar ao isolamento e a um menor cuidado com a saúde, sem um acompanhamento das doenças crônicas e maior risco para o desenvolvimento de incapacidade funcional.

A vulnerabilidade aumenta em idades mais avançadas, e os principais declínios das capacidades funcionais apresentam-se em atividades de vida diária como fazer suas próprias compras, cozinhar e se alimentar sozinho. Campos et al.²³ acreditam que a relação marido/esposa possa ser um fator positivo para o envelhecimento saudável entre idosos de 85 anos ou mais, mas que essa relação possa causar dependência funcional entre os cônjuges, assim os autores sugerem que os casais tenham acompanhamento por profissionais da saúde como meio de prevenção da dependência funcional. Assim, justificam-se os resultados do presente estudo de que ser longevo e viver sem companheiro são fatores contribuintes para a pior funcionalidade ao se alimentar sozinho.

A saúde oral comprometida é uma condição que interfere na qualidade de vida dos idosos. A saúde oral é considerada parte do estado geral de saúde e bem-estar, conforme afirma estudo realizado no sul do Brasil²⁴ que teve o objetivo de avaliar a associação da qualidade de vida com a saúde oral em idosas participantes de um grupo de convivência. Os principais resultados indicam que a baixa escolaridade, alteração do paladar e desnutrição foram associadas com a pior qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Alterações no paladar exerce influência no domínio da limitação funcional e incapacidade física, sendo um empecilho para a saúde geral e para a saúde oral, ou seja, quanto maior a dependência funcional do indivíduo, pior a sua saúde oral. Assim, pode-se observar uma possível causalidade reversa nos resultados do presente estudo. Acredita-se que a dificuldade funcional, seja um obstáculo para os cuidados com a saúde e a saúde oral o que pode ter levado à pior autopercepção de ambos.

Alguns estudos mostram que há relação entre saúde oral e o consumo alimentar; no entanto, não foram encontrados estudos que associassem a saúde oral ao número de refeições diárias. O estudo de Shigli e Hebbal²⁵ que avalia as mudanças nutricionais em 35 idosos indianos recém adeptos a próteses dentárias, indica uma melhora no padrão alimentar, com aumento significativo no consumo de frutas, vegetais e produtos lácteos. Torres et al.²⁶ avaliaram se a saúde

oral estava associada ao baixo peso e excesso de peso, independente da atividade física, em 875 idosos brasileiros em um estudo transversal como parte do projeto maior The Frailty in Brazilian Elderly Study, realizado em Campinas, São Paulo, Brasil no período de 2008 a 2009. Os resultados constataram que o edentulismo total sem uso de prótese dentária estava associado tanto ao baixo peso como ao excesso de peso, pelo consumo de alimentos de baixo valor nutricional. Nesse sentido, acredita-se que a pior autopercepção de saúde oral também possa estar associada a um menor consumo alimentar, refletindo no menor número de refeições realizadas por dia.

No presente estudo, constatou-se que entre os idosos jovens, quanto pior autopercepção de saúde pior a autopercepção do apetite. Já entre os idosos longevos verificou-se que ser mulher e apresentar autopercepção de saúde regular estão associados à pior autopercepção do apetite. Arganini e Sinesio¹⁹, em estudo que avaliou o impacto das alterações olfativas e gustativas na diminuição do apetite em 239 idosos italianos independentes, verificaram que o estado de saúde prejudicado estava relacionado ao declínio do apetite em idosos, semelhante ao encontrado no presente estudo.

Entre os idosos jovens, não sair de casa semanalmente, estar com peso adequado e não ter diagnóstico de doenças crônicas estiveram associados ao menor número de refeições realizadas por dia.

Segundo Assumpção et al.²⁰, a presença de doenças crônicas, principalmente nos longevos, potencializa a busca por cuidados com a saúde e a qualidade de dieta como sendo parte do tratamento, em que a alimentação é um fator essencial. Os autores ainda afirmam que receber mais orientações sobre o controle das doenças melhora a consciência sobre alimentação saudável, visto que o diagnóstico e reconhecimento das doenças desafiam os indivíduos na modificação do estilo de vida mais saudável. Nesse sentido, supõe-se que os idosos com doenças crônicas acessam com maior frequência os serviços de saúde e tenham maior ciência de que o consumo de menos de três refeições diárias não é adequado à sua saúde.

Morsch et al.¹⁴, em análise dos dados de 5.898 idosos, avaliaram os fatores sociais e de saúde determinantes para o idoso sair de casa, e encontraram que os longevos apresentavam mais empecilhos para saírem de casa por serem mais dependentes e apresentarem maior quantidade de doenças crônicas em comparação aos idosos jovens. Segundo estudo de Oliveira et al.²⁷, o envelhecimento aumenta o risco de quedas em idosos, o que pode limitar sua saída de casa, destacando que a prevalência de quedas em idosos longevos com multimorbidade, usuários de cinco ou mais medicamentos ao dia e, medo de cair, foi, respectivamente, de 26,83%, 28,79% e 27,27%.

O presente estudo apresenta como limitação o delineamento de pesquisa do

tipo transversal, não sendo possível relacionar a causalidade entre as variáveis. A proporção maior de idosos jovens foi também determinada pela amostragem que buscou ser representativa da população gaúcha. No ano da pesquisa, os longevos representavam 14% da população idosa, proporção essa semelhante aos 12,4% de longevos da amostra. Deve-se considerar como potencialidade do estudo a representatividade da amostra à população idosa do Rio Grande do Sul e o ineditismo das relações avaliadas. Como ponto fraco pode-se citar o fato dos dados da pesquisa serem coletados há dez anos, mas em contrapartida a pesquisa apresenta um número elevado de participantes que compõe a representatividade de todo o Estado do Rio Grande do Sul. No período de dez anos, o cenário demográfico brasileiro viveu o fenômeno “bônus demográfico” caracterizado pelo aumento progressivo da população idosa. A população de idosos encontrava-se na casa dos 14 milhões de brasileiros no ano de 2000, ou seja, dez anos antes da presente pesquisa. Já no ano da pesquisa, em 2010, este número subiu para quase 20 milhões, e a projeção apresentada para 2020 seria de 29 milhões de idosos, representando um aumento de 1,8% de 2000 a 2010, e de 3,78% de 2010 a 2020²⁸. Ainda, entre 2010 e 2050, a previsão é que o grupo populacional de 60 anos e mais de idade triplique em termos absolutos, passando de 19,6 milhões para 66,5 milhões.

Neste sentido, acredita-se que a pesquisa, realizada há dez anos, ainda pode

nortear políticas públicas, pois o Brasil está se estruturando de forma lenta, não acompanhando o avanço populacional, o que implica na necessidade de estudos relacionados, principalmente à saúde, previdência social, infraestrutura urbana e domiciliar.

CONCLUSÃO

Caracterizou-se o comportamento alimentar de idosos jovens e longevos, encontrando maior dificuldade funcional para se alimentar sozinhos e pior autopercepção do apetite entre os longevos, no entanto eles realizavam maior número de refeições por dia que os idosos jovens.

A dificuldade funcional para se alimentar sozinho apresentou associação nos idosos jovens comparados aos longevos com viver sem companheiro, pior autopercepção da saúde geral e da saúde oral.

A pior autopercepção do apetite, entre os idosos jovens, foi associada com a pior autopercepção da saúde. Já, entre os longevos a associação foi verificada com o fato de ser mulher e autopercepção regular da saúde.

Sugere-se a realização complementar de análise qualitativa dos determinantes do comportamento alimentar de idosos para melhor esclarecer sua associação com variáveis subjetivas como as de autopercepção, que precisam ser melhor investigadas, quanto às suas características e determinantes.

Ainda, como aplicações epidemiológicas da pesquisa, a partir dos resultados encontrados, recomenda-se aos profissionais e serviços de saúde, atenção ao comportamento alimentar de idosos, considerando aspectos cognitivos e afetivos das atitudes alimentares. Este cuidado implica na prevenção dos riscos nutricionais que podem agravar ou desencadear as síndromes geriátricas.

AGRADECIMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015 (PNAD). Rio de Janeiro: IBGE; 2016. 108p. [acesso em 10 Julho 2017]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>.
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division . World Population Prospects 2019: Highlights. New York: United Nations. [acesso em 05 de maio 2020]. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa/files/files/documents/2020/Jan/wpp2019_highlights.pdf.

3. Reis C, Barbosa LMLH, Pimentel VP. O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. *BNDES Setorial*. 2016;1(44):87-124.
4. Navarro JHN, Andrade FP, Paiva TS, Silva DO, Gessinger CF, Bós ÂJG. Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. *Ciênc saúde coletiva*. 2015;20(2):461-470.
5. Medeiros VD, Noleto WS, de Melo MGS, Silva TCD, Silva PT, Castro SFC. A percepção do idoso sobre a velhice. *Rev enferm UFPE*. 2016;10(10):3851-9.
6. Lee SB, Oh JH, Park JH, Choi SP, Wee JH. Differences in youngest-old, middleold, and oldest-old patients who visit the emergency department. *Clin Exp Emerg Med*. 2018;5(4):249-255.
7. World Health Organization [Internet]. Ageing and health. 2017 [acesso em 03 ago. 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
8. Hosseini Shokouh SM, Arab M, Emamgholipour S, Rashidian A, Montazeri A, Zaboli R. Conceptual Models of Social Determinants of Health: A Narrative Review. *Iran J Public Health*. 2017;46(4):435-446.
9. Shlisky J, Bloom DE, Beaudreault AR, Tucker KL, Keller HH, Freund-Levi Y et al. Nutritional Considerations for Healthy Aging and Reduction in Age-Related Chronic Disease. *Adv Nutr*. 2017;8(1):17-26.
10. Gomes AP, Bierhals IO, Vieira LS, Soares ALG, Flores TR, Assunção MCF et al. Padrões alimentares de idosos e seus determinantes: estudo de base populacional no sul do Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(6):1999-2008.
11. Alvarenga M. Fundamentos teóricos sobre análise e mudança de comportamento. In: Alvarenga M et al. *Nutrição comportamental*. 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2015.
12. Quaioti TCB, Almeida SS. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para obesidade. *Psicologia USP*. 2006;17, p. 193-211.
13. Bós AJG, Mirandola AR, Lewandowski A, Schirmer CL. Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul. 1 ed. Porto alegre, 2015. 356 p.
14. Morsch P, Pereira GN, Navarro JHN, Trevisan MD, Lopes DGC, Bós AJG. Características clínicas e sociais determinantes para o idoso sair de casa. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(5):1025-1034.
15. Cauduro A, Bós AJG, Cauduro MHF. Fatores associados a morar sozinho e suas diferenças regionais em idosos residentes de Porto Alegre e Manaus. *Estud. interdiscipl envelhec*. 2013;18(2):349-365.
16. Organización Panamericana de la Salud. XXXVI Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud – Encuesta Multicêntrica – Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina e el Caribe. Kingston, Jamaica. 2001 Jul. [acesso em 15 de maio 2019]. Disponível em: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/paho-salud-01.pdf>.
17. Matos FS, Jesus CS, Carneiro JAO, Coqueiro RS, Fernandes MH, Brito TA. Redução da capacidade funcional

- de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23(10):3393-3401.
18. Aguiar BM, Silva PO, Vieira MA, Costa FM, Carneiro JA. Avaliação da incapacidade funcional e fatores associados em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(2):e180163.
19. Arganini C, Sinesio F. Chemosensory impairment does not diminish eating pleasure and appetite in independently living older adults. *Maturitas*. 2015;82:241–244.
20. Assumpção D, Domene SMA, Fisberg RM, Barros MBA. Qualidade da dieta e fatores associados entre idosos: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil *Cad Saúde Pública*. 2014;30(8):1680-1694.
21. Silva LO, Coronago VM. Etnografia de Idosos que moram sozinhos: desafios e possibilidades. *Id on Line Rev. Psic*. 2016;10(32):3-17.
22. Mota TA, Alves MB, Silva VA, Oliveira FA, Brito PMC, Silva RS. Fatores associados à capacidade funcional de pessoas idosas com hipertensão e/ou diabetes mellitus. *Escola Anna Nery*. 2020;24(1):1-7.
23. Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD, Gonçalves LHT. Perfil do envelhecimento saudável de idosos brasileiros octogenários. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2016; 24:e2724.
24. Dallasta TC, Medina VB, Dallepiane LB. Quality of life related to oral health among the elderly of a socialization group. *O Mundo da Saúde*. 2019;43(2):418-437.
25. Shigli K, Hebbal M. Does prosthodontic rehabilitation change the eating patterns among completely edentulous patients? *Gerontology*. 2012;29:48-53.
26. Torres LHN, Silva DD, Neri AL, Hilgert JB, Hugo FN, Souza MLR. Association between underweight and overweight/obesity with oral health among independently living Brazilian elderly. *Nutrition*. 2013; 29(1):152–157.
27. Oliveira GG, Pinho MS, Bós AJG. Desempenho de longevos caidores e não caidores na avaliação do Timed up and go utilizando um aplicativo de smartphone. *Saúde e Pesqui*. 2019;12(2):385-397.
28. Simões CCS. Breve histórico do processo demográfico. In: Figueiredo AH, organizadora. *Brasil: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Editora IBGE, Coordenação de Geografia; 2016. p. 39-73.