

Avaliação de hábitos alimentares e de atividade física em grupo da terceira idade do município de Muriaé (MG)

Sabrina Corrêa Silva¹, sab.1983@hotmail.com; **Cristiane Gonçalves Oliveira**²,
Guilherme Tucher³, **Michele Pereira Netto**⁴

1. Graduanda em Nutrição na Faculdade de Minas (FAMINAS), Muriaé, MG;
2. Mestre em Ciência da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa (UFV), MG; professora na Faculdade de Minas (FAMINAS), Muriaé, MG;
3. Mestre em Ciência da Motricidade Humana pela Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro, RJ; professor na Faculdade de Minas (FAMINAS), Muriaé, MG;
4. Mestre em Ciência da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa (UFV), MG; professora na Faculdade de Minas (FAMINAS), Muriaé, MG.

Artigo protocolado em 07/04/2009 e aprovado em 23/04/2009.

RESUMO: O objetivo do trabalho foi avaliar a ingestão de macronutrientes, fibras, água, e a prática física em idosas de um grupo da 3ª idade de Muriaé (MG). Participaram da pesquisa 22 idosas com média de idade entre $68,04 \pm 6,76$ anos, $58,35 \pm 10,48$ quilos, $1,50 \pm 0,06$ metros. O valor calórico da dieta mostrou média de ingestão de $894,76 \pm 321,42$ kcal, fibras $7,77 \pm 3,95$ gramas, consumo máximo 21 gramas e mínimo 1,8 gramas. Quanto à ingestão hídrica, 59% relataram ingestão de pelo menos um copo de água por dia. Concluiu-se neste trabalho que a ingestão de macronutrientes, fibras e água são insuficientes para atender as necessidades desta faixa etária da população.

Palavras-chave: hábito alimentar, idosos, doenças crônicas.

RESUMEN: La evaluación de alimentar y hábitos de actividad físicos en un grupo de la tercera edad en Muriaé (MG). El objetivo del trabajo es evaluar el macronutrients, fibras, ingestión de agua, y la práctica física en las personas mayor de un grupo de la tercera edad en Muriaé (MG). 22 personas mayor participaron en la investigación con el promedio de edad entre $68,04 \pm 6,76$ años, $58,35 \pm 10,48$ kilos, $1,50 \pm 0,06$ metros. El valor calórico de la dieta mostró $321,42$ kcal al promedio de ingestión de $894,76 \pm$, fibras $7,77 \pm 3,95$ gramos, el consumo máximo de 21 gramos y mínimo de 1,8 gramos. Sobre para la ingestión de agua, 59% ingestión relacionada de por lo menos un vaso de agua un día. Se concluye en este trabajo que el macronutrients, fibras e ingestión de agua son insuficientes ayudar las necesidades de este grupo etario de la población.

Palabras llaves: hábitos de alimentación, mayores, enfermedades crónicas.

ABSTRACT: Evaluation of feeding and physical activity habits in a group of the third age in Muriaé (MG). The aim of the work was to evaluate the macronutrients, fibers, water ingestion, and the physical practice in seniors of a group of the third age in Muriaé (MG). 22 seniors participated in the research with average of age among $68,04 \pm 6,76$ years, $58,35 \pm 10,48$ kilos, $1,50 \pm 0,06$ meters. The caloric value of the diet showed average of ingestion of $894,76 \pm 321,42$ kcal, fibers $7,77 \pm 3,95$ grams, maximum consumption of 21 grams and minimum of 1,8 grams. About for the water ingestion, 59% related ingestion of at least one glass of water a day. It is concluded in this work that the macronutrients, fibers and water ingestion are insufficient to assist the needs of this age group of the population.

Keywords: feeding habit, senior, chronic diseases.

Introdução

O Brasil nos últimos 20 anos apresenta progressivamente mudanças em seu perfil epidemiológico, com redução das doenças infecto-parasitárias e com elevada incidência das chamadas doenças crônicas não transmissíveis (CERVI; HERMSDORFF; RIBEIRO, 2005). Tais alterações têm como contribuintes a chamada transição demográfica, na qual o declínio da mortalidade e as baixas taxas de fecundidade corroboram para o chamado fenômeno do envelhecimento, e a transição nutricional. Neste novo cenário, a desnutrição cede lugar à obesidade, acarretando em novos agravos à saúde (OLIVEIRA, 2004).

Com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, o número de idosos vem crescendo de forma rápida e progressiva. De acordo com as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), a população brasileira aumentará em cinco vezes, enquanto que o grupo etário com idade superior a 60 anos será ampliado em até 15 vezes, representando cerca de 34 milhões de pessoas. Desta forma, o Brasil ocupará o sexto lugar no mundo em contingente de idosos (PASSERO; MOREIRA, 2006; CARDOSO et al., 2003).

Durante o envelhecimento, diversos fatores fisiológicos são alterados, repercutindo diretamente na saúde e na nutrição do idoso. Naturalmente, o processo de envelhecimento submete o organismo a várias alterações, tais quais, redistribuição da gordura corporal, perdas sensoriais, olfato, paladar, visão, audição, inadequada manutenção da saúde bucal e alterações do trato gastrointestinal (HARRIS, 2005).

Os fatores fisiológicos que ocorrem no processo do envelhecimento em associação com as alterações dos hábitos alimentares sofridos pela população brasileira, tal qual o baixo consumo de alimentos ricos em fibras, aumento da ingestão de gordura saturada e açúcares, aliados a um estilo de vida sedentário, compõem um conjunto de fatores para a ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis (MONTEIRO et al., 2000).

As intensas modificações dos padrões alimentares têm exercido grande influência no aumento das doenças crônicas não transmissíveis, destacando-se dentre elas a obesidade, hipertensão, diabetes mellitus do tipo 2, dislipidemias, doenças cardiovasculares e neoplasias (OPAS, 2004).

Diante do exposto, o objetivo do trabalho foi avaliar a ingestão de macronutrientes, fibras, água e a prática de atividade física de frequentadores de um grupo da terceira idade do Município de Muriaé (MG).

I – Material e métodos

1.1 – Voluntários

Foi realizado um estudo de corte transversal com uma amostra constituída por 22 idosas com faixa etária entre 60 a 85 anos, freqüentadoras do grupo de integração da terceira idade do município de Muriaé (MG), no período de julho a agosto de 2008.

Da amostra de 55 idosas, somente 22 freqüentadoras do grupo de integração da terceira idade se dispuseram a responder aos questionários e a serem submetidas à avaliação antropométrica.

1.2 – Avaliação da ingestão dietética

O Questionário de Freqüência Alimentar (QFA) foi utilizado para verificar a ingestão alimentar. As freqüências dos alimentos ingeridos foram obtidas através do consumo realizado diariamente, semanalmente, mensalmente, raramente ou nunca, relatado pelas participantes e analisado juntamente com o recordatório de 24 horas, o que possibilita melhor determinação do padrão alimentar individual (FISBERG, 2005).

O recordatório 24 horas foi utilizado para obter informações verbais sobre a ingestão alimentar das últimas 24 horas, com dados sobre os alimentos atualmente consumidos e informações sobre peso/tamanho das porções (CAVALCANTE; PRIORE; FRANCESCHINI, 2004).

Para o cálculo da composição química dos alimentos componentes dos recordatórios, utilizou-se o software de avaliação nutricional Avanutri®.

A distribuição relativa dos macronutrientes da dieta em relação às calorias ingeridas e às calorias totais estimadas foram propostas pela *Dietary Reference Intakes* (DRI), utilizando-se as *Acceptable Macronutrients Distribution Range* (AMDR): proteínas 10 a 35%, carboidratos 45 a 65% e lipídios 20 a 35%, como sendo adequados para indivíduos adultos e idosos.

1.3 – Avaliação antropométrica

Para a aferição do peso, todos os participantes posicionaram-se de pé, em cima da balança, descalços, com os bolsos vazios e com roupas leves. O peso foi aferido uma única vez e a unidade expressa foi em quilograma (kg), usando uma balança digital Plenna® - Resolve modelo MEA-02500, com capacidade para 150 kg e variação de 50g, devidamente calibrada. Para a medida da estatura, os participantes ficaram de pé, descalços, em posição ortostática, com

o corpo erguido em extensão máxima, cabeça ereta, olhando para frente, com as costas e a parte posterior dos joelhos encostados à parede e os pés juntos. A estatura foi aferida uma única vez em centímetros (cm) com uma fita métrica inelástica de 150 centímetros de comprimento, afixada em parede plana, sem rodapé, a 50 centímetros do chão. Colocou-se um esquadro na parte superior da cabeça, obtendo-se dessa forma a medida com maior precisão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A partir da aferição dessas variáveis antropométricas, obteve-se o indicador do estado nutricional, IMC ou índice de Quetelet, calculado pela divisão do peso (Kg) pela estatura (m^2). Para a classificação do estado nutricional das idosas, segundo o índice de massa corpórea (IMC), considera-se como magreza o valor de $IMC < 22 \text{ kg/m}^2$; como eutrofia o valor $= 22 \text{ kg/m}^2$, e como excesso de peso o valor $> 27 \text{ kg/m}^2$, segundo classificação de Lipschitz (1994) (KAMIMURA et al., 2005).

Foi realizada aferição da circunferência do braço (CB), este foi flexionado em direção ao tórax, formando um ângulo de 90° . O ponto médio entre o acrômio e o olecrano foi marcado. Solicitou-se ao indivíduo que ficasse com o braço estendido ao longo do corpo com a palma da mão voltada para a coxa. Contornou-se o braço com a fita flexível no ponto marcado de forma ajustada, evitando-se a compressão da pele ou folga, sendo considerado como um bom estado nutricional, eutrofia a adequação da circunferência do braço entre 90 a 110% (KAMIMURA et al., 2005).

Também foi aferida a prega cutânea tricipital (PCT), utilizando-se adipômetro da marca Sanny. A prega foi tomada na face posterior do braço, um centímetro acima do ponto médio da linha que une o acrômio e o olecrano. O braço foi mantido estendido e ao mesmo foi pedido que o relaxasse na hora de aferir a prega. As pontas do adipômetro foram encostadas imediatamente abaixo dos dedos que seguravam a prega. A leitura foi efetuada logo após se estabilizar a agulha indicadora da escala circular da PCT, sendo considerado um bom estado nutricional, eutrofia uma adequação entre 90 a 110% (KAMIMURA et al., 2005).

Foram aferidas também as medidas das circunferências da cintura e quadril. Para aferição da circunferência da cintura, o indivíduo ficou de pé, ereto, com abdome relaxado, braços estendidos ao longo do corpo, com os pés separados numa distância de 25 a 30 centímetros. A roupa foi afastada, de forma que a região da cintura ficasse despida. Para aferição da circunferência do quadril, o indivíduo permaneceu em pé, ereto, com os braços afastados do corpo e com os pés juntos. A fita métrica foi colocada ao redor do quadril, na área de maior diâmetro, sem comprimir a pele. A fita métrica foi verificada no momento da aferição, para que todas as partes estivessem na mesma medida, de modo que esta não ficasse nem larga e nem apertada, sendo considerada como

ideal a circunferência da cintura < que 80 centímetros para mulheres e < que 94 centímetros para homens (KAMIMRA et al., 2005).

1.4 – Avaliação da atividade física

Para analisar o nível de atividade física das idosas, foi aplicado o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão 8, forma curta, sendo este questionário recentemente validado numa amostra da população brasileira (MATSUDO et al., 2001). Ele é composto por perguntas relativas à frequência e à duração da realização de atividades físicas de caminhada, atividades de intensidade moderada e vigorosa (BARRETTA; BARETTA; PERES, 2007). O período de referência foi a semana anterior da aplicação do mesmo.

1.5 – Análise estatística

Com intuito de estabelecer a correlação entre as medidas para o diagnóstico do estado nutricional, foi feito teste de Correlação de Person, utilizando programa estatístico SPSS® (versão 16.0), entre as medidas (CB e PCT) e o IMC.

II – Resultados e discussão

A pesquisa contou com a participação de idosas frequentadoras do Centro de Integração da terceira idade do município de Muriaé (MG).

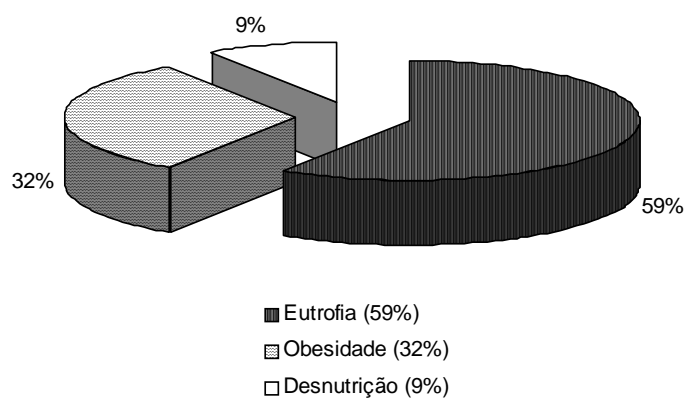
A amostra contou com a participação de 22 idosas. A média de idade das participantes foi de $68,04 \pm 6,76$ anos, a média de peso foi de $58,35 \pm 10,48$ kg, a média de estatura foi de $1,50 \pm 0,06$ metros.

O peso é um bom indicador do estado nutricional, sabe-se que com a idade a mulher aumenta de peso até os 75 anos e, apenas a partir desta idade, ocorre perda ponderal. As causas principais são as perdas de água corporal e a redução no peso das vísceras e tecido muscular (SAMPAIO, 2004).

Com relação à estatura, sabe-se que com o avançar da idade a mesma tende a diminuir. Este declínio se inicia por volta dos 40 anos e torna-se mais acentuado com o avançar da idade. As razões para este declínio são: achatamento das vértebras, redução dos discos intervertebrais, cifose dorsal, escoliose, arqueamento dos membros inferiores e/ou achatamento do arco plantar (SAMPAIO, 2004).

De acordo com a classificação do IMC para idosos, segundo Lipschitz (1994), representada no Gráfico 1, pode-se observar tanto a incidência de obesidade (32%) quanto de eutrofia (59%).

GRÁFICO 1 Classificação do estado nutricional das idosas freqüentadoras do grupo de integração da terceira idade do município de Muriaé



Durante o envelhecimento, há perda progressiva da massa magra, bem como massa óssea e água total do organismo, aumento da proporção de gordura corpórea, diminuição da estatura, relaxamento da musculatura abdominal, cifose e alteração da elasticidade da pele. Os idosos apresentam ainda uma série de alterações nos fatores fisiológicos como diminuição da percepção sensorial (paladar, olfato, visão, audição e tato), associado ou não a inabilidade física para aquisição e preparo das refeições, bem como o baixo poder socioeconômico e a presença de doenças que interferem no apetite, consumo e absorção dos alimentos, tornando difícil a manutenção de um bom estado nutricional. Tais alterações podem favorecer o surgimento de desvios nutricionais, assim tanto a obesidade quanto a desnutrição são encontrados nesta população (PAULA et al., 2007; ACUÑA, 2004). De acordo com a adequação da circunferência do braço (CB), 63% apresentaram eutrofia e 14% sobrepeso como pode ser observado no Gráfico 2. A circunferência do braço representa a soma das áreas constituídas pelos tecidos ósseo, muscular e gorduroso do braço que com o avançar da idade sofre alterações (CUPPARI, 2005).

De acordo com a adequação da Prega Cutânea Tricipital (PCT), apresentada no Gráfico 3, 18% das idosas apresentaram eutrofia e obesidade. A prega cutânea tricipital (PCT) é o local mais freqüentemente utilizado, pois se considera que seja o mais representativo da camada subcutânea de gordura, que com o avançar da idade sofre alterações na sua distribuição (ACUNÁ; CRUZ, 2004).

Para avaliação do estado nutricional desta amostra, as medidas (CB e PCT) e o Índice (IMC) obtiveram boa correlação: todos com $p < 0,0001$, sendo que CB e IMC apresentaram um $r = 0,871$; CB e PCT $r = 0,74$ e IMC e PCT $r = 0,764$. Esta boa correlação aceita a hipótese de nulidade. Entretanto, pode ser observado um diferencial percentual na classificação do estado nutricional, por estes métodos.

A medida da circunferência do abdômen apresenta correlação positiva com a quantidade de gordura intra-abdominal, que está associada ao aumento do risco de complicações metabólicas associadas à obesidade. Sendo assim, mulheres possuem risco elevado quando a circunferência da cintura for = 80 cm e muito elevado em = 88 cm de complicações metabólicas (KAMIMURA et al., 2005).

Pela avaliação da circunferência da cintura (CC), 23% das idosas apresentaram risco elevado de desenvolver complicações metabólicas associadas à obesidade, e 41% apresentaram risco muito elevado e 36% não apresentaram risco (KAMIMURA et al., 2005).

Quando avaliadas pela razão cintura-quadril (RCQ), observou-se que 64% das idosas apresentaram risco de desenvolvimento de doenças crônicas.

GRÁFICO 2 Avaliação do estado nutricional das idosas freqüentadoras do grupo de integração da terceira idade do município de Muriaé (MG), 2008, segundo a circunferência do braço (CB)

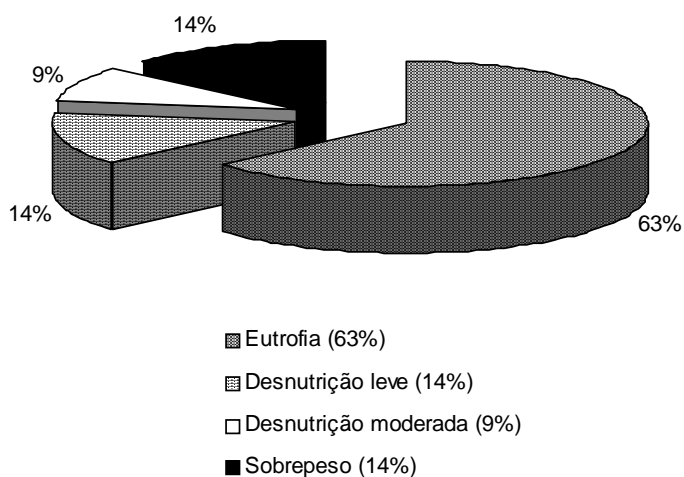
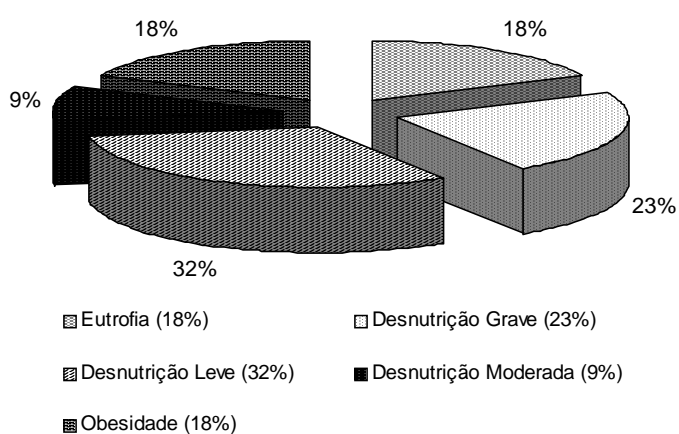


GRÁFICO 3 Avaliação do estado nutricional das idosas freqüentadoras do grupo de integração da terceira idade do município de Muriaé (MG), 2008, segundo a Prega Cutânea Tricipital (PCT)



No envelhecimento, além do aumento da gordura corporal, observa-se redistribuição desse tecido, havendo diminuição nos membros e acúmulo preferencialmente na região abdominal, o que coloca o idoso em situação de risco, pois, o acúmulo de gordura na região abdominal apresenta estreita relação com alterações metabólicas, as quais podem desencadear o aparecimento de enfermidades como as cardiovasculares e diabetes *mellitus* do tipo 2 (SAMPAIO, 2004). A relação cintura-quadril $> 0,85$ para mulheres é importante preditor de riscos, associados às doenças crônicas (KAMIMURA et al., 2005).

Os dados referentes ao valor calórico total da dieta (VCT), obtidos através do Recordatório de 24 horas e calculados pelo software Avanutri[®], mostraram média de ingestão de $894,76 \pm 321,42$ kcal, sendo que a média de proteína foi de $14,67 \pm 10,37$ g; de carboidratos, $60,05 \pm 5,16$ g; e a de lipídio, $25,28 \pm 5,21$ g. De acordo com os dados encontrados, todos estavam dentro da faixa de distribuição aceitáveis de macronutrientes (IOM, 2002).

Quanto ao consumo de fibras, a média de ingestão foi de $7,77 \pm 3,95$ g, sendo que o consumo máximo observado foi de 21 g e o mínimo 1,8 g. De acordo com a *Dietary Reference Intakes* (2002), a ingestão adequada de fibras alimentares para mulheres a partir de 51 anos é de 21 gramas/dia.

O baixo consumo de fibras observado através dos dados mostra que a transição nutricional tem afetado todas as idades, inclusive os idosos, que modificaram a ingestão alimentar, antes composta por uma variedade de alimentos *in natura*, fonte de fibras, sendo substituídos cada vez mais por alimentos processados e industrializados, pobres em fibras, vitaminas e minerais (OLIVEIRA, 2003).

Salcedo e Kitahara (2004), avaliando o consumo semanal de fibras alimentares por idosos residentes em um abrigo, observaram que a ingestão de fibras dos mesmos estava abaixo do recomendado pela *American Dietetic Association* (ADA), que aconselha uma ingestão semanal de 20 a 35 g de fibra alimentar. Neste estudo também foi constatado que o grupo das leguminosas foi o que mais contribuiu com a ingestão de fibras da população avaliada.

Sabe-se que as fibras exercem vários mecanismos benéficos ao organismo humano, pois através dos movimentos peristálticos aceleram a passagem dos produtos residuais do organismo, absorvem substâncias tóxicas e mantêm o tubo digestivo saudável. Outro benefício importante da fibra em relação ao trato gastrointestinal, é que ela serve de substrato para formação de ácidos graxos de cadeia curta (AGCC), os quais fornecem energia para as células intestinais desempenharem bem suas funções. As ações exercidas pelas fibras insolúveis podem produzir efeitos benéficos à saúde, como aumentar o peristaltismo intestinal aliviando as constipações intestinais, as hemorróidas, a síndrome de cólon irritável e a doença diverticular. Pelo fato de aumentar o bolo fecal e a

velocidade de trânsito intestinal e de poder se ligar aos sais biliares, ácidos graxos, estrógenos e compostos fenólicos, as fibras podem arrastar com as fezes substâncias mutagênicas e pró-cancerígenas, diminuindo a incidência de tumores intestinais, particularmente do cólon e reto (HAAS; ANTON; FRANCISCO, 2007).

As fibras também desempenham papéis importantes no controle das doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2. Este fator protetor se deve em grande parte a fração solúvel das fibras, que reduzem as concentrações séricas da LDL-c, melhorando a sensibilidade à glicose, auxiliando no controle do mesmo. O mecanismo que promove a redução do colesterol sérico através das fibras é devido ao aumento da excreção dos ácidos biliares, promovido pela fração solúvel das fibras. Este efeito faz com que o fígado remova o colesterol do sangue para a síntese de novos ácidos biliares. Esta redução também pode ser explicada pelo fato do propionato – que é um metabólito da fermentação das fibras solúveis – inibir a síntese hepática de colesterol (RIQUE; SOARES; MEIRELLES, 2002).

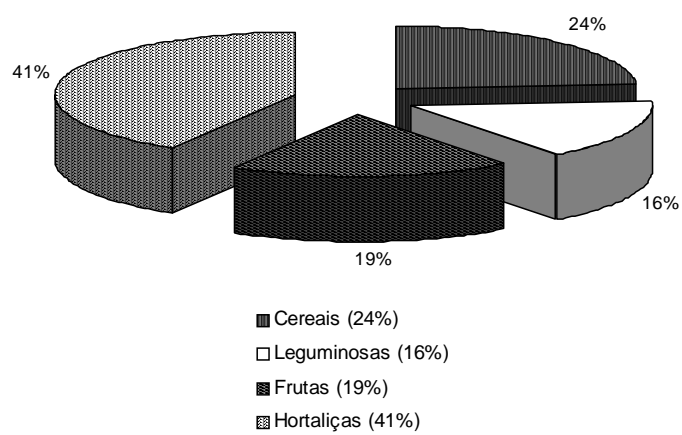
As fibras também desempenham papel positivo na redução de peso, pois aumentam a saciedade promovendo dessa forma redução calórica, o que favorece o emagrecimento e controle de peso (OPAS, 2004).

Matos e Martins (2000), analisando o consumo médio diário da população do município de Cotia (SP), composta por indivíduos de mais de 22 anos, observaram uma média de ingestão de 24 g de fibras totais diárias e puderam constatar que a maioria dos alimentos presentes na dieta continha baixo teor de fibras, sendo o feijão o único alimento com alto teor de fibras na dieta habitual e a principal fonte de fibra na alimentação. O almoço e o jantar foram as refeições que forneceram maior quantidade de fibras.

Ao analisar a frequência diária de consumo de alimentos pelas idosas, através do Questionário de Frequência seletivo para alimentos fontes de fibras, dentre estes, cereais, leguminosas, frutas, vegetais folhosos, pôde-se perceber um consumo inadequado destes alimentos (Gráfico 4) em relação à distribuição dos mesmos propostos pela pirâmide alimentar adaptada por Phillip (1999). Esta pirâmide serve como guia para escolha de uma alimentação equilibrada, sendo os alimentos divididos em 8 grupos, na qual sugere-se o consumo diário de 5 a 9 porções do grupo dos carboidratos, 4 a 5 porções diárias de hortaliças, e 3 a 5 porções diárias de frutas, constituintes do grupo de alimentos denominados reguladores; no grupo protéico, o consumo de carne estaria de 1 a 2 porções por dia; leite e derivados, 3 porções diárias; leguminosas, 1 porção diária; óleos, gorduras, açúcares e doces, 1 a 2 porções no máximo.

Este fato pode ser explicado pelas alterações fisiológicas que ocorrem no organismo durante o processo de envelhecimento, em que há redução das funções fisiológicas, levando a uma diminuição do metabolismo basal,

GRÁFICO 4 Contribuição por dia em percentual dos cereais, leguminosas, frutas e hortaliças no consumo alimentar das idosas freqüentadoras do grupo de integração da terceira idade do município de Muriaé (MG), 2008



redistribuição da massa corporal, alterações no funcionamento tratogastrointestinal, o que altera a percepção sensorial, diminuindo a sensibilidade à sede e ao sabor dos alimentos, ocasionando redução da ingestão alimentar pelos mesmos (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000).

Os dados obtidos, através do Questionário de Frequência, quanto à ingestão hídrica e de outras bebidas, mostram que 11% ingerem refrigerante por pelo menos 1 vez ao dia; 5% ingerem sucos artificiais; 8%, chá mate; 16%, café; 3%, suco natural com leite; e 57% relataram ingestão de pelo menos 1 copo de água por dia. Através da análise dos dados sobre a ingestão hídrica das idosas, é possível notar que elas ingerem pouca quantidade de água por dia, sendo a ingestão de café significativa, hábito comum observado entre esta população.

Os dados do presente estudo corroboram com os de Rocha, Fernandes e Lucas (2005), em trabalho de avaliação da relação entre doenças periodontais, alimentação ingerida e distúrbios cardiovasculares em idosos não institucionalizados e participantes do Programa para a terceira idade na cidade de Campina Grande (PB), que constatou que os idosos avaliados ingerem pouca quantidade de água por dia.

Para Caruso (2005), a oferta hídrica é um fator importante para que as fibras possam agir alterando o peso e a maciez das fezes, sendo fundamental uma ingestão abundante de pelo menos 8 copos de água/dia e líquidos como sucos e outros.

No processo de envelhecimento, ocorre uma predisposição para a diminuição da função renal, em que a água passa a desempenhar a função de transportadora, auxiliando a função renal, o que facilita o processo de digestão e previne constipação intestinal que atinge os idosos. Sendo assim, é de fundamental importância que eles aumentem a ingestão de água para pelo menos 6 a 8 copos por dia, e diminuam a ingestão de cafeína, que prejudica o sono dos indivíduos que sofrem de insônia (HARRIS, 2005).

De acordo com os dados obtidos através do questionário (IPAQ), pode-se notar que 40% das idosas entrevistadas praticavam caminhada por pelo menos 5 dias da semana, sendo que 6 % caminhavam 6 dias; 6%, 2 dias; 24%, 3 dias; e 24%, 7 dias.

Para Mazo, Mota e Gonçalves (2005), o sedentarismo é um dos importantes problemas de saúde pública deste milênio. Sendo o nível de sedentarismo similar tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento.

Sabe-se que a caminhada regular é benéfica para a saúde, pois pode prevenir contra o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis como o câncer colorretal, que acomete principalmente a população da terceira idade, predispondo os indivíduos inativos há um risco aumentado de desenvolverem a doença (MAZO; MOTA; GONÇALVES, 2005).

Quanto ao tempo gasto durante a caminhada, constatou-se que 13% dos idosos que caminharam gastaram 15 minutos; 17%, 30 minutos; 4%, 3 horas; 13%, 2 horas; 21% gastaram 1 hora caminhado.

Matsudo e Matsudo (1992) enfatizam a importância da prática regular de exercício físico que está correlacionada com redução dos riscos de desenvolvimento de câncer em até 30%, além de reduzir o peso corpóreo.

Além de proporcionar bem estar físico e mental, a prática regular de exercício físico proporciona movimentos no intestino grosso e mudanças hormonais, que provocam efeitos mecânicos no intestino, facilitando o peristaltismo. Melhora do tônus muscular da musculatura abdominal, facilitando a eliminação do bolo fecal, melhora também do apetite e procura por alimentos devido ao aumento do requerimento energético (MENDONÇA; ANJOS, 2004).

A prática regular de exercício físico pela população idosa é de fundamental importância, pois se sabe que com o envelhecimento o organismo experimenta várias alterações biomecânicas, fisiológicas, bem como o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis advindas de maus hábitos de vida e pelo sedentarismo. A participação dos idosos em programas de exercícios físicos regulares influencia beneficentemente o processo de envelhecimento, com expressiva melhora na qualidade de vida, prevenindo contra o aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas o câncer colorretal (KLEINPAUL et al., 2008). Observou-se que 25% dos idosos praticam atividade física moderada por pelo menos 4 dias por semana; 13%, apenas 1 dia por semana; 8%, 2 dias; 8%, 5 dias; 4%, 7 dias por semana; e 38% praticam atividade física moderada em 3 dias da semana.

A atividade física moderada compreende exercícios tais como pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar ou qualquer atividade que faça aumentar moderadamente a respiração ou os batimentos cardíacos. O fato de 46% da população do estudo praticar atividade física moderada pode ser explicado pela oficina de dança que acontece 3 vezes por semana, em que os idosos têm um espaço para praticarem, além da dança, atividade física aeróbica e muitos relataram fazerem os serviços domésticos, como varrer e capinar o quintal.

Pelos dados obtidos sobre o tempo gasto com atividade física moderada, é possível constatar que 14% gastam 1 hora praticando este tipo de atividade, enquanto que 23% gastam 2 horas; 9%, 3 horas; 5%, 15 minutos; e 49% gastam 3 horas.

Sobre a prática de atividade física vigorosa, 46% praticam 1 dia por semana; 23%, 2 dias por semana; e 31%, 5 dias por semana. A atividade física

vigorosa é aquela que compreende exercícios tais quais, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que aumente muito a respiração ou frequência cardíaca.

Quanto ao tempo gasto com atividade física vigorosa, 23% gastam 30 minutos praticando este tipo de atividade; 31%, 1 hora; 38%, 3 horas; e 8% gastam 8 horas.

III – Conclusão

Através dos dados obtidos pelo presente estudo, pôde-se concluir que a ingestão de fibras relatada pela população avaliada encontrava-se abaixo do que é recomendado para esta faixa etária. Apesar da maioria das idosas praticarem atividade física diariamente e de apresentarem bom estado nutricional, foi observada tanto a incidência de obesidade quanto de desnutrição, o que demonstra práticas alimentares incorretas desta população, tanto em excesso quanto em insuficiência na ingestão alimentar.

Mediante ao exposto, é necessário salientar a importância de boas práticas alimentares para que estas possam contemplar boa ingestão de alimentos fontes de fibras, pois diversos estudos apontam os vários mecanismos protetores que estas desempenham na prevenção de várias doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer colorretal, obesidade, diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemias, dentre outras que atingem principalmente os idosos.

Uma alimentação balanceada atende todas as necessidades nutricionais do ser humano que, aliada a práticas físicas diárias, são eficazes na prevenção de agravos à saúde, como as doenças crônicas não transmissíveis.

Referências bibliográficas

ACUÑA, K.; CRUZ, T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, Salvador, v. 48. n. 3, p. 345-361, 2004.

BARETTA, E.; BARETTA, M., PERES, K. G. Nível de atividade física e fatores associados em adultos no município de Joaçaba, Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23. n. 7, p. 1595-1602, 2007.

CAMPOS, M. T. F. S.; MONTEIRO, J. B. R. ORNELAS, A. P. R. C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Revista de Nutrição**; Campinas, v. 13. n. 3, p. 157-165, 2000.

CARUSO, Lúcia. Distúrbios do trato digestório. In: CUPPARI, Lílian. **Nutrição Clínica no Adulto**. 2 ed. São Paulo: Manole; 2005, p. 235.

CAVALCANTE, A. A. M.; PRIORE, S. E., FRANCESCHINI, S. C. C. Estudo de consumo alimentar: aspectos metodológicos gerais e seu emprego na avaliação de crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Saúde Materno. Infantil**, Recife, v. 4. n. 3, p.229-240, 2004.

CERVI, A.; HERMSDORFF, A. H. M.; RIBEIRO, R. C. L. Tendência da mortalidade por doenças neoplásicas em 10 capitais brasileiras de 1980 a 2000. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 4, p.407-418, 2005.

FISBERG, Regina Maria; MARTINI, Ligia Araújo, SLATER, Betzabeth. Métodos de inquéritos alimentares. In: FISBERG, Regina Maria, MARTINI, Ligia Araújo, SLATER, Betzabeth. **Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas**. Ed. São Paulo: Manole, 2005, p. 18-20.

HAAS, P.; ANTON, A.; FRANCISCO, A. Câncer colo retal no Brasil: consumo de grãos integrais como prevenção. **Revista Brasileira de Análises Clínicas, RBAC**, v. 39, n.3, 231-235, 2007.

HARRIS, Nancy. Nutrição no envelhecimento. In: MAHAN, Kathleen, STUMP, Sylvia Escott. **Krause. Alimentos Nutrição e Dietoterapia**. São Paulo: Roca. 2005, p. 316.

IOM (Institute of medicine). **Dietary Reference Intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids**. National Academy Press: 2002. 1331p.

KAMIMURA, Maria Ayako, BAXMANN, Alessandra, SAMPAIO, Lílian Ramos, CUPPARI, Lílian. Avaliação nutricional. In: **Nutrição clínica no adulto**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2005, p. 93-100.

KLEINPAUL, J. F.; LEMOS, L. F. C.; MANN, L.; KLEINPAUL, J, T.; DARONCO, L. S. E. **Exercício físico: mais saúde para o idoso**. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd123/exercicio-fisico-mais-saude-para-o-idoso-uma-revisao.htm> - 57k> Acesso em: set./ 2008.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. R.; ANDRADE, T. A. D.; OLIVEIRA, E. A. L.; BRAGGION, G. Nível de atividade física da população do estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade e nível sócio-econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 41-50, 2002.

MATSUDO, V. K. R; MATSUDO, S. M. M. Câncer exercício: uma revisão. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, São Paulo, v. 6. p. 2, 1992.

MAZO, G. Z.; MOTA, F. A. P. S.; GONÇALVES, L. H. T. Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas. **Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano**; Passo Fundo, v. 2, n. 1, p. 115-118, 2005.

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso /obesidade no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 698-709, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Antropometria**: como pesar e medir. Disponível em: < http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/album_antropometria.pdf>. Acesso em: jun./2008.

MONTEIRO, C. A. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. **Revista de Saúde Pública**; São Paulo, v. 29, n. 6, p. 360, 1995.

OLIVEIRA, R. C. A transição nutricional no contexto da transição demográfica e epidemiológica. **Revista Ministério da Saúde Pública**, Minas Gerais, v. 3, n. 5, p. 16-23, 2004.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Combate às doenças não transmissíveis**. Brasil, p. 1-3, 2004.

PASSERO, V.; MOREIRA, E. A. M. Estado nutricional de idosos e sua relação com a qualidade de vida. **Rev. Bras. Nutr. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2003.

PAULA, H. A. A.; OLIVEIRA, P. F. C. E.; JOSÉ, J. F. B. S. GOMIDE, C. I.; ALFENAS, R. C. G. Avaliação do estado nutricional de pacientes geriátricos. **Rev. Bras. Nutr. Clin.**; Campinas, v. 22, n. 4, p. 280-5, 2007.

PHILIPPI, S. T.; LATTERZA, A. R.; CRUZ, A. T. R.; RIBEIRO, L. C. Pirâmide Alimentar adaptada: guia para a escolha dos alimentos. **Rev. Nutr. Clin.**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 65-80, 1999.

RIQUE, A. B. R. R.; SOARES, E. A.; MEIRELLES, C. M. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**; Niterói, v. 8, n. 6, p. 12-18, 2002.

ROCHA, R. A. C. P.; FERNANDES, A.; LUCAS, R. S. C. C. Doenças periodontais, dieta e distúrbios cardiovasculares em idosos não institucionalizados em Campina Grande-PB. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 5, n. 2, p. 133-140, 2005.

SALCEDO, R. L.; KITAHARA, S. E. Avaliação do consumo semanal de fibras alimentares por idosos residentes em um abrigo. **Conscientiae Saúde**, São Paulo, v. 3, p. 59-64, 2004.

SAMPAIO, L. R. Avaliação nutricional e envelhecimento. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17. n. 4, p. 507-514, 2004.