

**CENTRO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO
TECNOLÓGICA PAULA SOUZA
ETEC MANDAQUI**

Ensino Médio Integrado ao Técnico em Nutrição e Dietética

**Anna Carolina Camilo Teles
Dyana Soares de Moura Assis de Sousa
Geovana dos Santos Rocha
Isabella Fagundes Fernandes
João Pedro Fonseca Salatino
Juan Rodrigo da Silva Albuquerque**

**ANÁLISE DO CONSUMO ALIMENTAR DE IDOSOS COM
DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

**São Paulo
2024**

Anna Carolina Camilo Teles
Dyana Soares de Moura Assis de Sousa
Geovana dos Santos Rocha
Isabella Fagundes Fernandes
João Pedro Fonseca Salatino
Juan Rodrigo da Silva Albuquerque

**ANÁLISE DO CONSUMO ALIMENTAR DE IDOSOS COM
DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção parcial do título de Técnico em Nutrição e Dietética e menção no componente curricular Planejamento e Desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso, ETEC Mandaqui.

Orientadora: Professora Ana Cristina Gonçalves de Azevedo Figueiredo.

São Paulo

2024

RESUMO

O presente teve como objetivo geral analisar o consumo alimentar de idosos com doenças cardiovasculares, buscando compreender as complexas relações entre a alimentação, o perfil socioeconômico e as condições de saúde dessa população. A pesquisa foi realizada com idosos a partir de 60 anos, diagnosticados com doenças cardiovasculares, utilizando uma abordagem quantitativa e descritiva, com coleta de dados por meio de questionários aplicados via Google Forms. O consumo alimentar foi verificado por meio dos marcadores da alimentação. Participaram do estudo 30 idosos. O estudo avaliou idosos de classe socioeconômica predominante média (B2), abordando aspectos como os marcadores saudáveis e não saudáveis da alimentação e o estado nutricional dessa população. Observou-se que o consumo de frutas e hortaliças foi não regular, comprometendo a qualidade alimentar dos idosos, e apenas 60% consumiram feijão regularmente. Fatores como o desconhecimento nutricional, problemas dentários, preços elevados e dificuldades no preparo desses alimentos foram apontados como justificativas. O consumo de carnes brancas, como frango e peixe, foi o mais frequente, enquanto laticínios, como leite e iogurte, foram consumidos em baixa quantidade, possivelmente devido ao custo elevado, hábitos alimentares pouco diversificados ou intolerância à lactose. Em relação aos alimentos ultraprocessados, como embutidos, salgadinhos e chocolates, a maioria dos participantes apresentou consumo não regular ou ausente, mas a presença desses produtos ainda é preocupante, considerando seus impactos negativos à saúde, como obesidade, hipertensão e diabetes. Alimentos gordurosos, como frituras e pizzas, foram consumidos com maior frequência, enquanto biscoitos amanteigados e molhos industrializados tiveram consumo reduzido, o que pode refletir uma crescente conscientização sobre os riscos desses alimentos à saúde. O estado nutricional dos idosos reflete esses padrões alimentares, com risco associado ao alto consumo de alimentos ultraprocessados e gordurosos, além da falta de alimentos saudáveis essenciais, como frutas, hortaliças e laticínios. Problemas econômicos, baixa escolaridade e acesso limitado a alimentos de qualidade foram destacados como fatores determinantes para os padrões alimentares observados, isso destaca a urgência de implementar estratégias tanto públicas quanto privadas para aprimorar a nutrição e incentivar a adoção de hábitos alimentares mais equilibrados nessa população vulnerável. A implementação de programas de educação nutricional e a ampliação do acesso a alimentos saudáveis são fundamentais para superar esses desafios, para que assim possam viver com dignidade e qualidade, prevenindo assim a progressão de doenças e promovendo um envelhecimento ativo e saudável.

Palavras- chaves: Idosos. Doenças Cardiovasculares. Consumo Alimentar.

ABSTRACT

The general aim of this study was to analyze the food consumption of elderly people with cardiovascular disease, in an attempt to understand the complex relationships between food, socioeconomic profile and health conditions in this population. The research was carried out with elderly people aged 60 and over diagnosed with cardiovascular disease, using a quantitative and descriptive approach, with data collected through questionnaires applied via Google Forms. Food consumption was verified using dietary markers. Thirty elderly people took part in the study. The study assessed elderly people from a predominantly middle socioeconomic class (B2), looking at aspects such as healthy and unhealthy dietary markers and the nutritional status of this population. It was observed that the consumption of fruit and vegetables was not regular, compromising the dietary quality of the elderly, and only 60% consumed beans regularly. Factors such as lack of nutritional knowledge, dental problems, high prices and difficulties in preparing these foods were cited as justifications. Consumption of white meats, such as chicken and fish, was the most frequent, while dairy products, such as milk and yogurt, were consumed in low quantities, possibly due to high cost, poor eating habits or lactose intolerance. With regard to ultra-processed foods, such as sausages, snacks and chocolates, the majority of participants had no or very little regular consumption not regular or absent, but the presence of these products is still worrying, considering their negative impacts on health, such as obesity, hypertension and diabetes. Fatty foods, such as fried foods and pizzas, were consumed more frequently, while buttery cookies and industrialized sauces had reduced consumption, which may reflect a growing awareness of the health risks of these foods. The nutritional status of the elderly reflects these dietary patterns, with risk associated with high consumption of ultra-processed and fatty foods, as well as a lack of essential healthy foods such as fruit, vegetables and dairy products. Economic problems, low schooling and limited access to quality food were highlighted as determining factors for the dietary patterns observed, which highlights the urgency of implementing both public and private strategies to improve nutrition and encourage the adoption of more balanced eating habits in this vulnerable population. Implementing nutritional education programs and expanding access to healthy foods are fundamental to overcoming these challenges, so that they can live with dignity and

quality, thus preventing the progression of diseases and promoting active and healthy ageing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA.....	10
3 OBJETIVOS	11
4 REFERENCIAL TEÓRICO	12
4.1 Definição de idoso.....	12
4.2 Características da fase.....	12
4.3 Doenças Pré-existentes	13
4.4 Fatores que influenciam as escolhas alimentares	13
4.5 Consumo alimentar do idoso.....	14
4.6 Doenças Cardiovasculares	15
4.7 Dietoterapia.....	16
4.8 Sarcopenia.....	17
5 METODOLOGIA.....	19
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS	57

1 INTRODUÇÃO

Em vigor desde 1º de janeiro de 2004, a Lei Número 10.741 de 2003, mais conhecida como o Estatuto do Idoso, define que a pessoa idosa é aquela com idade igual ou superior a 60 anos. Foi promulgada com o objetivo de garantir direitos das pessoas idosas, em todos os setores, originando a proposição de políticas públicas com foco nas especificidades da pessoa idosa. O Estatuto do Idoso traz à tona questões de diversas ordens que geram no seio da sociedade brasileira, discussões a respeito dos direitos pertinentes ao contingente idoso que representa em nosso país uma população que ultrapassa 17 milhões de pessoas. (Brasil, 2003).

A população idosa é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o grupo etário de 65 anos ou mais nos países desenvolvidos e 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento. A OMS reconhece que é importante considerar que a idade cronológica dos idosos não é um marcador preciso para as alterações que acompanham o período de envelhecimento, podendo haver grandes variações quanto às condições de saúde. Pessoas idosas que enfrentam doenças crônicas, cardiovasculares ou outras condições que restringem sua capacidade funcional e limitam sua capacidade para realização de atividades cotidianas da vida representam um dos grupos que exigem maior atenção em termos da provisão de cuidados. (OMS, 2015).

O envelhecimento é um fenômeno que atinge todos os seres humanos, e pode variar de indivíduo para indivíduo, sendo gradativo para uns e mais rápido para outros. (Fechine, Trompieri, 2012).

A velhice é caracterizada como a fase final do ciclo da vida. Esta fase apresenta algumas manifestações físicas, psicológicas, sociais e debilitantes, dos quais se destacam a diminuição da capacidade funcional, trabalho e resistência; aparecimento da solidão; calvície; perda dos papéis sociais; prejuízos psicológicos, motores e afetivos. (Fechine, Trompieri, 2012).

Algumas alterações biológicas esperadas no idoso ocorrem no sistema cardiovascular, quando o idoso é submetido a um esforço, ocorre uma diminuição na capacidade do coração de aumentar o número e a força dos batimentos cardíacos, ocorre também redução da frequência cardíaca, aumento do colesterol, como também

da resistência vascular, com o conseqüente aumento da tensão arterial. (Fechine, Trompieri, 2012).

Com o envelhecimento ocorre aumento progressivo na pressão arterial sistólica, e sucede diminuição da função pulmonar, também é notável a perda de massa muscular e elasticidade dos tendões e ligamentos, essa perda contribui para outras alterações relacionadas com a idade, destacando-se a diminuição da densidade óssea, a menor sensibilidade à insulina, menor capacidade aeróbia, menor taxa de metabolismo basal, menor força muscular e menores níveis de atividades físicas diárias. (Lima *et al.*, 2017)

É importante uma atenção especial nesta fase da vida, pois as modificações sensoriais, gastrointestinais, metabólicas, neurológicas podem interferir diretamente no consumo de alimentos. Logo, a dieta para pessoas idosas deve ser balanceada, para isso, é fundamental o fornecimento adequado de energia, proteínas, vitaminas, minerais e fibras, ser pobre em gordura saturada e colesterol; conter grande quantidade de vegetais, frutas e grãos; reduzir o consumo de açúcar e doces, restringir o uso de sódio e evitar o consumo de bebidas alcoólicas, que podem causar efeitos indesejáveis ao organismo. (Lima *et al.*, 2017).

De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018, o padrão alimentar da pessoa idosa caracterizou-se, majoritariamente, pelo consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados, principalmente, arroz, carnes e feijão. Entretanto, observou-se um consumo insuficiente de frutas, verduras e legumes, que representaram, respectivamente, do total de energia consumida. Os alimentos ultraprocessados, por sua vez, contribuíram com cerca de 15% das calorias consumidas, com destaque para margarina, pães industrializados e biscoitos e salgadinhos “de pacote” seguidos dos frios e embutidos, biscoitos doces e guloseimas. (Brasil, 2020).

Alimentos ultraprocessados, têm maior densidade energética, mais açúcar livre e gorduras saturadas e trans, e menos fibra dietética, proteína, micronutrientes e compostos bioativos do que alimentos não ultraprocessados, e conferem má qualidade à dieta devido ao desequilíbrio e indisponibilidade de nutrientes. (Louzada, 2020).

O consumo de alimentos ultraprocessados está relacionado ao aumento do risco de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e de dislipidemias em adultos. No que diz respeito às dislipidemias, cuja incidência é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de doenças cardiovasculares, o risco aumentado ocorre mesmo em quantidades moderadas de consumo de alimentos ultraprocessados, por isso é de suma importância substituir alimentos ultraprocessados por alimentos *in natura*. (Monteiro, 2021).

As doenças cardiovasculares (DCV) são um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos e incluem: doença coronariana, doença cerebrovascular, doença arterial periférica, doença cardíaca reumática, cardiopatia congênita, trombose venosa profunda e embolia pulmonar. (OPAS, 2024).

Os mais importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares são dietas inadequadas, sedentarismo, pressão arterial elevada, diabetes, obesidade, tabagismo, alcoolismo e hiperlipidemia. A cessação do tabagismo, redução do sal na dieta, consumo de frutas e vegetais, atividades físicas regulares e evitar o uso nocivo do álcool têm se mostrado eficazes para reduzir o risco de doenças cardiovasculares. (OPAS, 2024).

2 JUSTIFICATIVA

A população idosa vem aumentando no Brasil. O total de pessoas com 60 anos ou mais no país no ano de 2010 tinha um contingente de 7,4% da população, e no ano de 2022, chegou a um aumento de 57,4%, sendo 10,9% da população. O aumento da população de 65 anos ou mais evidenciam o franco envelhecimento da população brasileira. De 2010 a 2022, o índice de envelhecimento subiu de 30,7 para 55,2. (Brasil, 2023a).

Ao longo do tempo a base da pirâmide etária foi se estreitando devido à redução da fecundidade e dos nascimentos no Brasil. O que se observa ao longo dos anos é redução da população jovem, com aumento da população em idade adulta e também do topo da pirâmide até 2022. (Brasil, 2023a).

De acordo com a base de dados do Sistema Único de Saúde (SUS), as doenças cardiovasculares são a causa número um de morte no Brasil. A presença de DCV foi associada a idade mais avançada, história de tabagismo, presença de diabetes e hipertensão. A prevalência de doenças cardiovasculares (DCV) foi 6,1% da população em 2019, tendo aumentado desde 1990 devido ao crescimento e envelhecimento populacional. (Oliveira *et al.*, 2022).

Assim, se justifica a realização desta pesquisa.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Analisar o consumo alimentar de idosos com doenças cardiovasculares

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil socioeconômico dos idosos;
- Listar as doenças pré existentes do público estudado;
- Identificar o perfil nutricional dos idosos;
- Avaliar o consumo alimentar atual de idosos;
- Verificar o risco de sarcopenia;
- Investigar a adesão dos idosos às recomendações dietéticas;
- Identificar fatores que influenciam as escolhas alimentares dos idosos;
- Identificar as inadequações alimentares;
- Citar os motivos e dificuldades para o seguimento da dietoterapia indicada no tratamento;

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Definição de idoso

O envelhecimento é um processo natural e heterogêneo, pelo qual passam todos os seres vivos. É considerado um fenômeno social e mundial, que pode seguir o caminho da senescência (envelhecimento natural) ou senilidade (envelhecimento patológico). É influenciado ao longo da vida pelos determinantes sociais da saúde como: condições socioeconômicas, culturais, ambientais, acesso a bens e serviços, entre outros que interferem no bem-estar, capacidade funcional e qualidade de vida da pessoa idosa. O mundo passa por um rápido processo de envelhecimento de sua população. (São Paulo, 2024).

Segundo dados da Organização das Nações Unidas-ONU (2023), o número de pessoas com 65 anos ou mais deverá dobrar, passando de 761 milhões em 2021 para 1,6 bilhão em 2050. No Brasil, considera-se pessoa idosa indivíduos com 60 anos ou mais, com projeção de 73 milhões de idosos em 2060. Este segmento ocupará 32% do total da população brasileira, sendo que 55% serão sexo feminino. (São Paulo, 2024).

4.2 Características da fase

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como alterações irreversíveis, individuais, de deterioração do organismo, tornando o indivíduo menos capaz de enfrentar o estresse do ambiente culminando na possibilidade de morte. O envelhecimento é um processo natural de diminuição da reserva funcional dos indivíduos, chamado senescência. Em condições normais, não há problemas, mas sobrecargas podem levar à senilidade. Estilo de vida ativo pode minimizar efeitos. (Brasil, 2006).

Ocorre lentidão no processamento cognitivo, redução da atenção, mais dificuldade no resgate das informações aprendidas e redução da memória prospectiva e da memória contextual. (Moraes; Moraes; Lima, 2010).

Durante essa fase pode ocorrer perda de autonomia para preparar e comer alimentos, falta de apetite, perda parcial ou total da visão, redução do olfato, restrição alimentar devido a condições como diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia, alterações no peso e dificuldade de mastigação. Estes são alguns sinais de dificuldade na alimentação que podem afetar a saúde e devem ser levados em conta. (Moraes; Moraes; Lima, 2010).

Com o envelhecimento há redução da acuidade visual, com diminuição da visão devido a mudanças nas lentes oculares, campo visual e doenças da retina. Cerca de 90% dos idosos precisam de óculos. Perguntar sobre dificuldades ao ler, ver televisão e dirigir é importante. (Moraes; Moraes; Lima, 2010).

Um terço dos idosos tem problemas auditivos, 30% dos idosos não institucionalizados podem ter incontinência urinária. Além de ocorrer alterações na mobilidade, disfunções motoras, de equilíbrio ou déficit cognitivo, o que pode aumentar o risco de quedas. (Moraes; Moraes; Lima, 2010).

4.3 Doenças Pré-existentes

As doenças pré-existentes são condições de saúde que já estão presentes antes de qualquer novo tratamento ou contratação de um seguro de saúde. Nos idosos, essas doenças costumam ser crônicas e exigem cuidados contínuos. Entre as mais comuns estão o diabetes mellitus, a hipertensão arterial sistêmica, a coronariopatia, a insuficiência cardíaca, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), a insuficiência renal crônica e a cirrose hepática. (Degani *et al.*, 2014).

4.4 Fatores que influenciam as escolhas alimentares

Os hábitos alimentares de uma sociedade são resultados de construções culturais, influenciados por práticas, crenças, comportamentos e tabus. Esses hábitos estão diretamente ligados a aspectos culturais, socioeconômicos e psicológicos, que refletem o ambiente alimentar de cada indivíduo. Além disso, são dinâmicos, acompanhando as mudanças nos sistemas alimentares e na sociedade como um todo. A mídia, especialmente a televisão, desempenha um papel importante nesse contexto, influenciando escolhas alimentares por meio de estratégias de marketing

que promovem o consumo de alimentos não saudáveis, ricos em gordura, sódio e açúcar (OBHA, 2024).

As desigualdades socioeconômicas no Brasil influenciam diretamente as escolhas alimentares. Famílias de maior renda têm acesso a uma variedade maior de alimentos saudáveis, ao contrário das famílias de baixa renda, que muitas vezes se veem obrigadas a optar por alimentos de menor qualidade nutricional devido a restrições financeiras. A disponibilidade de mercados e feiras livres em áreas de baixa renda também impacta o consumo de frutas e verduras, refletindo a necessidade de políticas públicas que melhorem o acesso a alimentos saudáveis. (OBHA, 2024).

Além dos fatores sociais e econômicos, a publicidade desempenha um papel crucial na formação das percepções sobre alimentos. O Guia Alimentar para a População Brasileira destaca que as indústrias de alimentos utilizam diversas estratégias de marketing para promover produtos ultraprocessados como opções saudáveis. Muitas vezes, versões reformuladas de produtos são apresentadas como alternativas saudáveis, embora possam não oferecer benefícios reais à saúde. A manipulação da informação pode levar os consumidores a acreditarem que esses produtos são benéficos, resultando em uma escolha alimentar inadequada (Ministério da Saúde, 2023).

4.5 Consumo alimentar do idoso

O aumento do consumo de alimentos ultraprocessados resultam na deterioração da qualidade da dieta e está inversamente associado à ingestão de frutas, verduras e legumes (FLV) e ligado ao aumento da obesidade, hipertensão, doenças cardiovasculares, síndrome metabólica e câncer. Assim, evitar tais alimentos e promover o consumo de FLV tornou-se uma prioridade em saúde pública em diversos países na última década. Entre o período de 2018 e 2023 houve redução no consumo de FLV e aumento na ingestão de refrigerantes e sucos artificiais na cidade de São Paulo (São Paulo, 2023).

O consumo regular desses alimentos (FLV) se caracteriza como fator de proteção para as DCNT, promove o envelhecimento saudável, é preditivo de longevidade e traz benefícios cognitivos. (Silva *et al.*, 2023).

Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018, as maiores frequências de consumo foram observadas para o café (78,1%), arroz (76,1%) e feijão (60,0%), seguidos do pão de sal (50,9%) e óleos e gorduras (46,8%). Enquanto que os homens apresentaram menor frequência de consumo de todas as verduras, legumes e frutas, e as mulheres apresentaram maiores frequências de consumo para biscoitos, bolos, doces, leite e derivados, café e chá. (Brasil, 2020).

4.6 Doenças Cardiovasculares

As doenças cardiovasculares (DCV) compreendem um conjunto de condições que afetam o coração e os vasos sanguíneos, sendo responsáveis por grande parte das internações e óbitos no Brasil. Entre as principais DCV estão a hipertensão arterial, a doença arterial coronariana, a insuficiência cardíaca, as arritmias e as doenças cerebrovasculares, como o acidente vascular cerebral (AVC) (Brasil, 2022).

Com o envelhecimento da população, predominam as enfermidades crônicas e, nesse contexto, destaca-se a obesidade por sua prevalência crescente em diversos grupos etários, incluindo os idosos. A obesidade está associada a uma série de complicações que aumentam o risco cardiovascular, especialmente em populações de baixa renda e educação (Marques *et al.*, 2019). Dietas com elevado valor energético, ricas em gorduras de origem animal, açúcares e alimentos refinados, e com reduzido teor de frutas, verduras e fibras, favorecem o surgimento da obesidade, que se associa a um maior risco de doenças crônicas em idosos. (Marques *et al.*, 2019).

A hipertensão arterial, uma das DCV mais prevalentes, é caracterizada pela elevação persistente da pressão sanguínea, o que pode ocasionar danos aos vasos sanguíneos e ao coração. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, essa condição é uma das principais causas de insuficiência cardíaca, AVC e doença renal crônica no Brasil. (SBC, 2016).

A doença arterial coronariana, por sua vez, ocorre devido à formação de placas de aterosclerose nas artérias coronárias, o que diminui o fluxo sanguíneo para o miocárdio e pode resultar em angina ou infarto do miocárdio (FONSECA; IZAR, 2023).

Já a insuficiência cardíaca é uma condição em que o coração é incapaz de bombear sangue de forma eficaz para atender às necessidades do corpo, manifestando-se com sintomas como cansaço, falta de ar e edema (SBC, 2018).

O AVC, por sua vez, é uma condição aguda que ocorre quando o fluxo de sangue para uma parte do cérebro é interrompido, podendo causar sequelas graves ou morte (Brasil, 2022).

O envelhecimento é um fator de risco predominante para o desenvolvimento de DCV, uma vez que, com o avanço da idade, ocorrem alterações estruturais e funcionais no sistema cardiovascular, como o aumento da rigidez arterial e a diminuição da função cardíaca (OLIVEIRA; COSTA; SANTOS, 2022). Além disso, os idosos frequentemente acumulam fatores de risco ao longo da vida, como hipertensão, diabetes, dislipidemia, sedentarismo e tabagismo (Oliveira *et al.*, 2020).

A coexistência de múltiplas comorbidades nos idosos, como diabetes e insuficiência renal crônica, agrava o prognóstico das DCV, aumentando a complexidade do tratamento e a necessidade de acompanhamento médico rigoroso (COSTA; PEREIRA; LIMA, 2022). Esses fatores de risco, combinados com as mudanças naturais do envelhecimento, tornam os idosos uma população particularmente vulnerável às DCV (SBC, 2016).

As DCV impactam significativamente a qualidade de vida dos idosos, afetando tanto o bem-estar físico quanto emocional. A limitação da capacidade funcional, a necessidade de tratamento contínuo e a presença de sintomas crônicos, como dor no peito e falta de ar, podem reduzir a autonomia e aumentar a dependência de cuidados (FIGUEIREDO; CECCON; FIGUEIREDO, 2021)

4.7 Dietoterapia

A alimentação é um fator de risco significativo para as doenças cardiovasculares (DCV). O estilo de vida que inclui a ingestão de alimentos inadequados e a consequente obesidade está diretamente ligado ao desenvolvimento de doenças crônicas, como diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e doenças cardiovasculares (DCV). (Schuster; Oliveira; Dal Bosco, 2015).

A prevenção primária das doenças cardiovasculares envolve o controle do peso, dieta saudável, redução da ingestão de sódio, aumento da ingestão de potássio, atividade física, moderação no consumo de álcool, fatores psicossociais, suplementos alimentares, e cessação do tabagismo. Diversas intervenções não farmacológicas mostram redução na pressão arterial, como controle do peso, dieta saudável, redução da ingestão de sódio, aumento da ingestão de potássio, atividade física e moderação no consumo de álcool. (Barroso, 2021).

A restrição de carboidratos pode ser mais eficaz na melhoria dos níveis de colesterol. A ingestão de frutas, vegetais e ácidos graxos poli-insaturados n-3 pode prevenir ganho de peso e melhorar a resistência à insulina. Além disso, dietas com redução de carboidratos e aumento de proteína podem melhorar o perfil lipídico e a ação da insulina. O consumo de alimentos ricos em antioxidantes, gorduras insaturadas, proteínas de fontes vegetais ou animais magros, carboidratos complexos e baixa ingestão de gorduras saturadas e trans, juntamente com exercícios regulares, são indicados para a prevenção e controle das doenças cardiovasculares. (Schuster; Oliveira; Dal Bosco, 2015).

4.8 Sarcopenia

A Sarcopenia é uma síndrome geriátrica, que tem como principais características, diminuição global e progressiva da massa e força muscular, que resulta em grandes prejuízos na funcionalidade do idoso, conferindo maior risco para quedas, fraturas incapacidade, dependência, hospitalização recorrente e mortalidade. (Silva *et al.*, 2006).

A sarcopenia é considerada primária ou relacionada à idade quando nenhuma outra causa específica é evidenciada e secundária quando outros fatores causais, que não o envelhecimento, são evidentes. (Valente; Magalhães; Alexandre, 2023).

Principais causas da sarcopenia:

- Primária: se trata da idade, que predomina a perda de massa e força muscular.
- Secundária: se trata da desnutrição: baixa ingestão energética e/ou protéica, deficiência de macronutrientes, má absorção e outras condições

gastrointestinais, anorexia, inatividade, iatrogenia e doenças cardiorrespiratórias, oncológicas, neurológicas, endocrinometabólicas, osteoarticulares, doenças hepáticas e renais. (Valente; Magalhães; Alexandre, 2023).

A melhor forma de prevenir e tratar a sarcopenia é por meio de uma alimentação saudável, rica em energia, proteínas, vitaminas e minerais e, sempre que possível, associada à prática de exercícios físicos. Os carboidratos e gorduras são os nutrientes responsáveis por fornecer energia ao nosso organismo. Na falta deles, o corpo utilizará as proteínas do músculo para obter a energia que precisa, favorecendo a perda de massa muscular. A vitamina D, o cálcio e o ômega 3 também são importantes na manutenção e no ganho de massa muscular. (Brasil, 2023b).

5 METODOLOGIA

O estudo elaborado foi de cunho transversal, quantitativo, descritivo e de levantamento. O público estudado foram os idosos, o critério de inclusão foi possuir 60 anos ou mais de idade, ter o diagnóstico de uma ou mais doenças consideradas cardiovasculares e ter o aceite no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

Para a coleta de dados foi utilizado o aplicativo de gerenciamento de pesquisas *Google Forms* e divulgado pelas redes sociais *WhatsApp*, *Facebook* e *Instagram*.

Para a verificação do perfil socioeconômico dos idosos participantes foi utilizado o questionário de itens da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. O questionário foi composto por 15 questões relacionadas a itens de conforto, grau de instrução do chefe da família e acesso à serviços públicos. (ABEP, 2024).

Para a análise e classificação da classe socioeconômica foi utilizado o sistema de pontuação e os critérios da ABEP. Os critérios de pontuação estão descritos nos Quadros 1, 2, 3 e 4.

Quadro 01 - Sistema de pontos do Critério Brasil quanto aos itens de conforto

Itens de conforto (quantidade)	0	1	2	3	4+
Banheiros	0	3	7	10	14
Trabalhadores domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputadores	0	3	6	8	11
Lava-louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	5	5	5
Freezer	0	2	6	6	6
Lavadora de roupa	0	2	6	6	6
DVD	0	1	4	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora de roupa	0	2	2	2	2

Fonte: ABEP, 2024.

Quadro 02 - Sistema de pontos do Critério Brasil quanto ao grau de instrução

Grau de instrução do chefe da família	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7

Fonte: ABEP, 2024.

Quadro 03 - Sistema de pontos do Critério Brasil quanto ao acesso a serviços públicos

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
Rede geral de distribuição	4
Poço ou nascente	0

Fonte: ABEP, 2024.

Quadro 04 - Sistema de pontos do Critério Brasil quanto a rua do domicílio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
Asfaltada/Pavimentada	2
Terra/Cascalho	0

Fonte: ABEP, 2024

O critério de classificação do perfil socioeconômico está descrito no Quadro 5.

Quadro 05 - Cortes do Critério Brasil para a classificação do perfil socioeconômico

Classe	Pontos
1 - A	45 - 100
2 - B1	38 - 44
3 - B2	29 - 37
4 - C1	23 - 28
5 - C2	17 - 22
6 - DE	0 - 16

Fonte: ABEP, 2024.

A equivalência entre as classes socioeconômicas e a renda média foram descritas no Quadro 6.

Quadro 06 - Relação dos extratos socioeconômicos do Critério Brasil com a estimativa da renda média domiciliar

Estrato Socioeconômico	Renda Média
A	R\$ 26.811,68
B1	R\$ 12.683,34
B2	R\$ 7.017,64
C1	R\$ 3.980,38
C2	R\$ 2.403,04
DE	R\$ 1.087,77
Total	R\$ 4.159,87

Fonte: ABEP, 2024.

O levantamento da preexistência de doenças foi por meio de questão específica contida no questionário (Anexo B).

Para a identificação do risco de sarcopenia atualmente é recomendado o uso do questionário SARC-F como triagem por meio do auto relato de idosos sobre sinais relacionados à sarcopenia. O SARC-F é composto por cinco questões, estando relacionadas a percepção do indivíduo quanto às suas limitações em força, capacidade de andar, levantar de uma cadeira, subir escadas e quedas. A pontuação tem variação de 0 a 10, com 0 a 2 pontos para cada componente. O quadro 7 tem a descrição das questões e as respectivas pontuações.

Quadro 07 - Rastreamento de sarcopenia pelo SARC-F (questões e pontuações)

Pergunta	Pontuação	
O quanto de dificuldade você tem para levantar e carregar 5kg?	Nenhuma	0
	Alguma	1
	Muita / Não consegue	2
O quanto de dificuldade você tem para atravessar um cômodo?	Nenhuma	0
	Alguma	1
	Muita / Usa apoios / Incapaz	2
O quanto de dificuldade você tem para levantar de uma cama ou cadeira?	Nenhuma	0
	Alguma	1
	Não consegue sem ajuda	2
O quanto de dificuldade você tem para subir um lance de escadas de 10 degraus?	Nenhuma	0
	Alguma	1
	Muita / Não consegue	2
Quantas vezes você caiu no último ano?	Nenhuma	0
	1 a 3 quedas	1
	4 ou mais quedas	2

Fonte: Pontes, 2022.

O Quadro 8 demonstra o sistema de pontuação utilizado para o somatório da pontuação.

Quadro 8 - Somatório da pontuação da tabela de triagem da Sarcopenia

Somatório (0 - 10 pontos)	
Sem sinais sugestivos de sarcopenia no momento (cogitar reavaliação periódica)	0 - 5
Sugestivo de sarcopenia (prosseguir com investigação e diagnóstico completo)	6 - 10

Fonte: Conselho Regional de Nutricionistas da 9ª Região - Minas Gerais

A identificação do perfil nutricional foi realizada por meio do peso e altura referidos pelos participantes.

Esses dados coletados foram fundamentais para a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), definido como a relação entre o peso, em quilogramas e a altura em metros elevado ao quadrado (Kg/m^2). Para a classificação do IMC foi utilizado o critério da Organização Mundial da Saúde (OMS) utilizado pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional -SISVAN. (Brasil, 2011). O critério de classificação do IMC foi mencionado no Quadro 9.

Quadro 9 - Critério de classificação do IMC de adultos segundo a SISVAN-2004

IMC (kg/m^2)	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< 22	Baixo peso
> 22 e < 27	Adequado ou eutrófico
> 27	Sobrepeso

Fonte: Brasil, 2011

Para a verificação da adesão dos idosos às orientações dietéticas recebidas, os fatores que influenciam na escolha alimentar e as dificuldades relatadas para o seguimento da dieta foram elaboradas questões específicas.

A ingestão de alimentos foi investigada por meio do questionário de marcadores de consumo alimentar preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil e adotado pelo SISVAN (Brasil, 2015). O questionário era composto por 1 marcadores saudáveis (Feijão, Frutas, Legumes, Verduras) e 2 marcadores não saudáveis (Biscoito recheado, Chocolates, Doces e guloseimas (balas, caramelos, chicletes), Embutidos (salame, presunto, mortadela, peito de peru), Hambúrgueres, Macarrão instantâneo (Miojo), Salgadinho de pacote ou biscoito salgado). Foi verificada a frequência de consumo nos últimos sete dias que antecederam a pesquisa.

Para a análise do consumo dos marcadores da alimentação foi utilizado o critério de consumo regular de ingestão igual ou maior que cinco dias da semana, conforme proposto pela Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico -VIGITEL. (Brasil, 2022b). O Quadro 10 descreve os critérios de classificação utilizados.

Quadro 10 - Critério de classificação do consumo dos marcadores da alimentação

Frequência de Consumo	Classificação
≥ 5 dias	Consumo Regular
Entre 1 a 4 dias	Consumo Não Regular
0 dias	Consumo Ausente

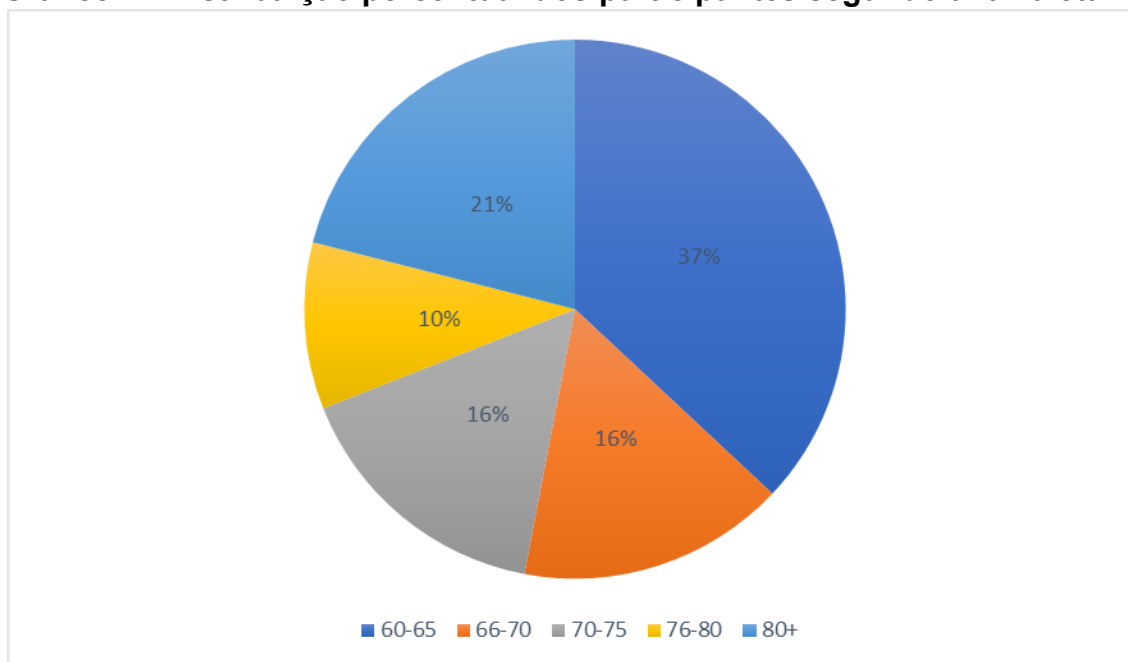
A análise dos dados foi demonstrada por meio de estatística descritiva.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 30 idosos.

Quanto à faixa etária, a maioria, 37% (n=11) têm entre 60 a 65 anos, como mostra o Gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição percentual dos participantes segundo a faixa etária.



Fonte: Próprio autor, 2024

Apesar da concentração percentual maior ter sido entre 60 a 65 anos, no geral foi observado um percentual alto de idosos com mais de 80 anos. Esse dado reforça o quanto as doenças cardiovasculares (DCV) têm impacto significativo nesta faixa da população, uma vez que o envelhecimento está associado a um aumento nos fatores de risco para essas condições. Em indivíduos com idade acima dos 80 anos as DCV podem afetar gravemente os idosos, comprometendo sua saúde de maneira profunda e abrangente.

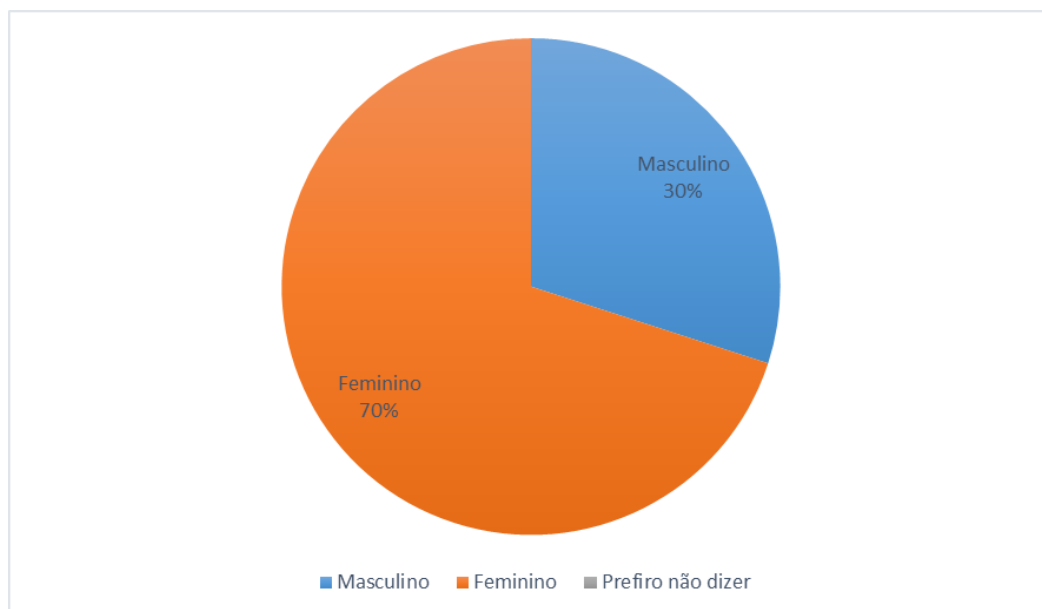
Essa realidade demonstra que, apesar de o avanço da idade ser um fator natural, ele traz consigo a necessidade de cuidados preventivos contínuos e específicos para reduzir os impactos das doenças cardiovasculares. A vulnerabilidade dos idosos a essas condições torna fundamental a conscientização e a

implementação de estratégias de promoção de saúde, visando à qualidade de vida e ao bem-estar.

De acordo com Massa *et al.* (2019), houve um crescimento significativo de DCV nos idosos entre 2000 a 2010. Há um aumento no risco de doenças crônicas ao passar dos anos, pois o indivíduo naturalmente fica um período maior da vida exposto a fatores de risco.

Houve uma predominância do sexo feminino na participação do estudo, 70% (n=21), de acordo com o Gráfico 2.

Gráfico 2 - Distribuição percentual dos participantes segundo o sexo.



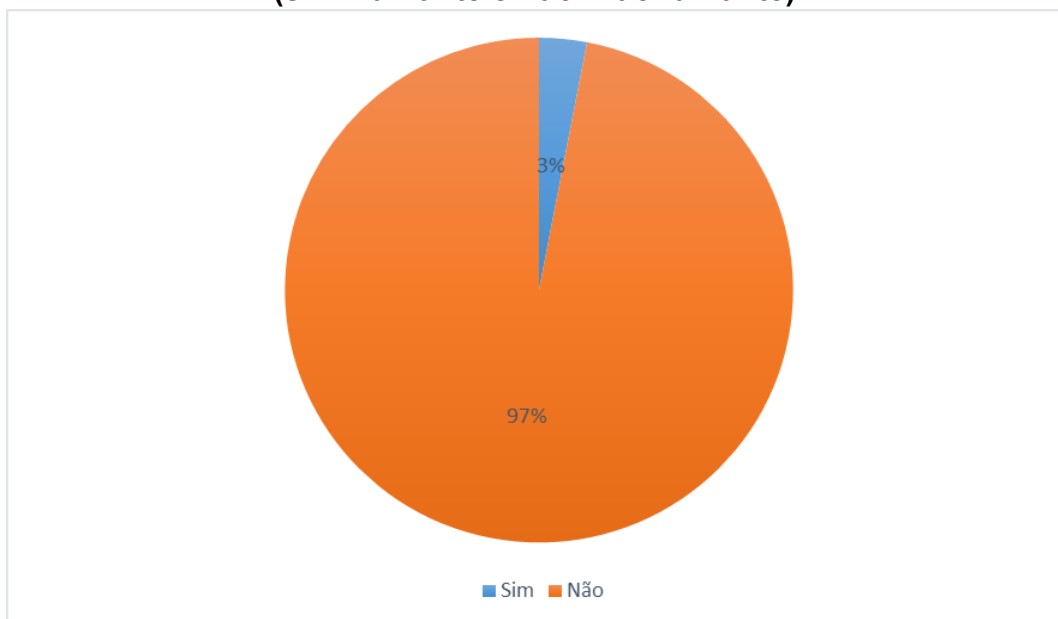
Fonte: Próprio autor, 2024.

Esse resultado revela uma representatividade significativa das mulheres no estudo, o que pode refletir uma maior busca por cuidados e monitoramento da saúde por parte desse grupo.

De acordo com Melo e Lima (2018) mulheres com idade mais avançada tinham mais morbidades, assim deve haver maior comportamento de conscientização sobre a importância de medidas preventivas e monitoramento regular, especialmente em relação a doenças crônicas como as cardiovasculares

A maioria dos idosos não fumam, 97% (n=29), como mostra o Gráfico 3.

Gráfico 3 - Distribuição percentual dos participantes quanto ao tabagismo (sim- fumante e não- não fumante).



Fonte: Próprio autor, 2024

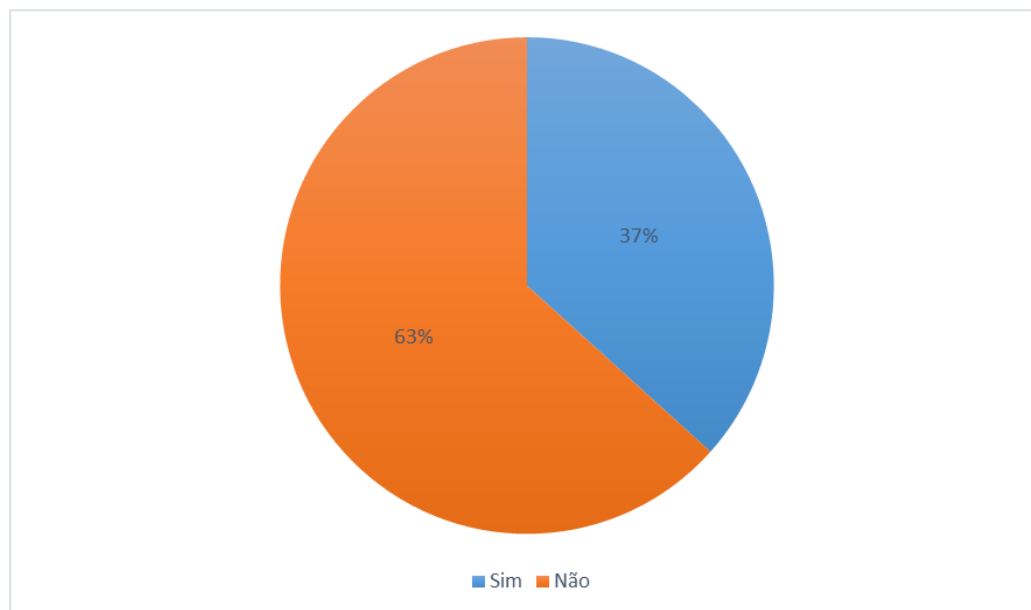
Supõe-se que este resultado indique maior conscientização sobre os malefícios do cigarro, pois nos últimos anos ocorreram medidas para conter o tabagismo e maior campanha de divulgação dos malefícios do seu uso. A ausência do hábito de fumar é um ponto positivo, pois o tabagismo é um dos principais fatores de risco para várias doenças crônicas, especialmente as doenças cardiovasculares e respiratórias, que podem comprometer significativamente a qualidade de vida.

A baixa prevalência de fumantes sugere que, ao longo dos anos, esses idosos podem ter evitado ou abandonado o cigarro, seja por decisões pessoais ou por recomendações médicas, visando uma vida mais saudável. Esse comportamento preventivo é relevante para a promoção da saúde e o envelhecimento com maior qualidade, reduzindo o risco de complicações e de multimorbidade, uma condição comum em idades avançadas.

Segundo Mahmud *et al.* (2021) o tabagismo pode afetar qualquer faixa etária e causar altas taxas de morbidade e mortalidade.

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, a maioria, 63% (n=19) não tem o hábito da ingestão, de acordo com Gráfico 4.

Gráfico 4 - Distribuição percentual dos participantes que ingerem bebida alcoólica.



Fonte: Próprio autor, 2024

Esse dado evidencia um comportamento de moderação ou de abstinência em relação ao álcool entre a maior parte dos idosos analisados. A ausência de consumo regular de bebidas alcoólicas é um fator positivo para a saúde, considerando que o álcool, em idades mais avançadas, pode agravar diversas condições de saúde, como doenças cardíacas, hepáticas e problemas de pressão arterial.

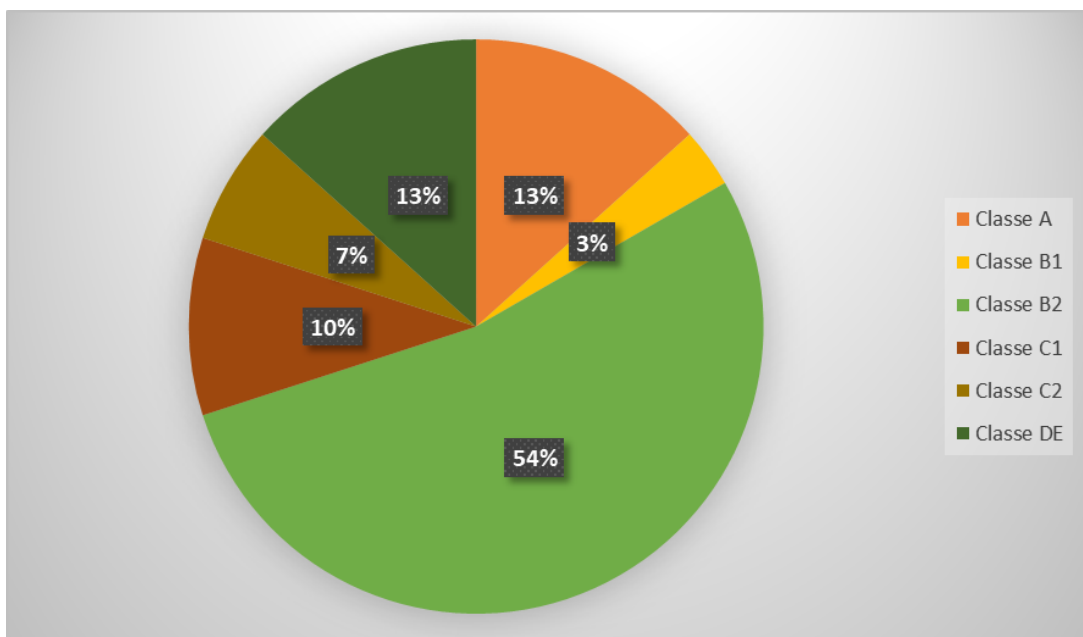
A escolha de evitar o álcool pode ser resultado de uma maior preocupação dos participantes sobre os riscos que o consumo traz para a saúde ou uma experiência já vivida que trouxe malefícios. Além disso, é comum que idosos, especialmente aqueles com doenças crônicas, sigam orientações médicas que desencorajam o uso de álcool devido às interações com medicamentos e ao impacto negativo em certas condições de saúde. Esse dado reflete, portanto, uma preocupação crescente com o bem-estar e a qualidade de vida, ajudando a reduzir riscos e a promover um envelhecimento mais saudável.

O alcoolismo é um problema crescente, especialmente com o aumento da população idosa. O consumo excessivo de álcool nessa faixa etária está associado a diversos danos nos órgãos, tornando os idosos mais vulneráveis ao desenvolvimento de doenças crônicas. Esses efeitos prejudiciais reforçam a importância de práticas de

moderação ou abstinência para promover uma saúde mais equilibrada e prevenir complicações de saúde entre os idosos. (Oliveira, 2016).

Segundo Aires *et al.* (2019) em estudo de revisão foi observado que boa parte dos idosos não fumam, não têm o hábito de ingerir bebida alcoólica e realizam alguma atividade física. Quanto ao grau socioeconômico, 54% dos idosos (n=16) fazem parte da classe média (B2), como mostra o Gráfico 5.

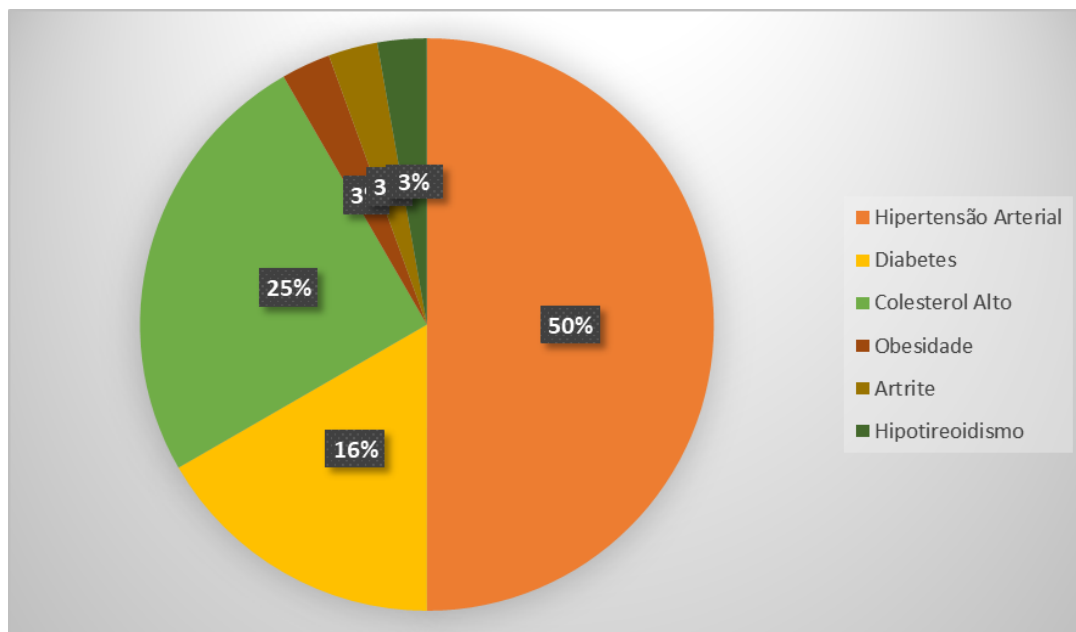
Gráfico 5- Distribuição percentual dos participantes segundo grau socioeconômico



Fonte: Próprio Autor, 2024

Quanto aos problemas de saúde, 50% dos idosos (n=18) possuem hipertensão arterial (pressão alta), que é um fator de risco para as doenças cardiovasculares, como mostra o gráfico 6.

Gráfico 6- Distribuição percentual dos participantes segundo problemas de saúde



Fonte: Próprio Autor, 2024

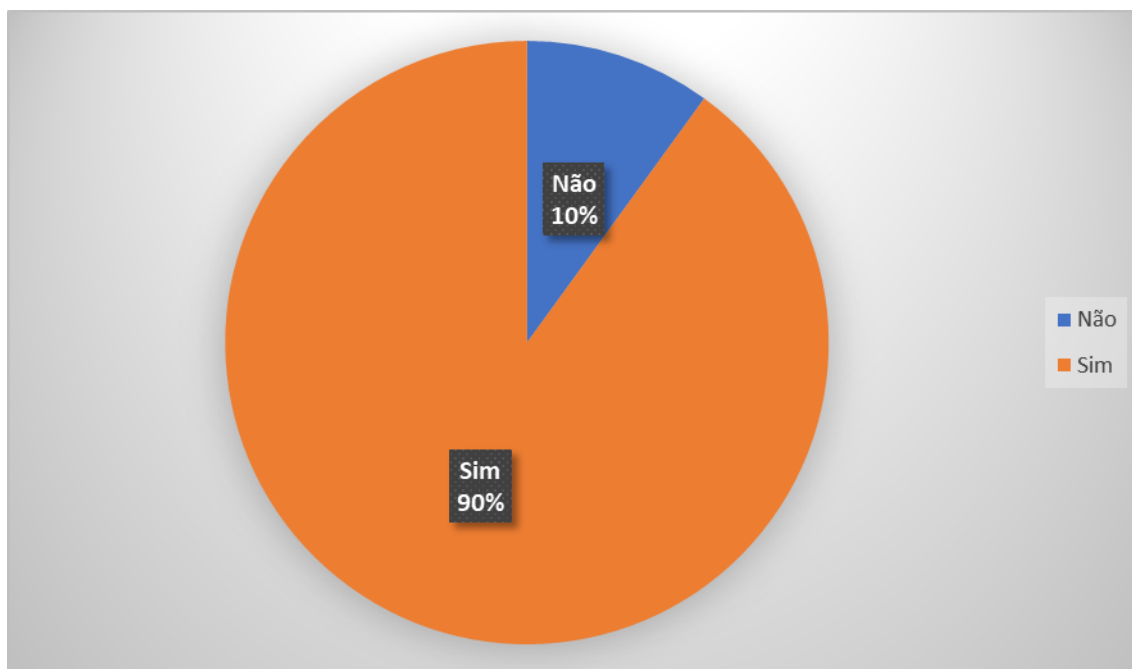
A hipertensão arterial é uma condição comum entre os idosos, afetando aproximadamente 60% dessa população. Essa condição é caracterizada por níveis elevados de pressão arterial, o que pode resultar em um esforço adicional do coração, aumentando o risco de doenças cardiovasculares. A hipertensão não controlada pode levar a complicações sérias, como danos a órgãos vitais, incluindo o coração, cérebro e rins, e pode ser fatal se não for tratada adequadamente. (Queiroz *et al.*, 2020).

No estudo conduzido por Andrade *et al.* (2015) com idosos, 82% apresentavam hipertensão arterial e 25% diabetes mellitus. (Queiroz *et al.*, 2020).

Além disso, o envelhecimento é um fator de risco significativo e não modificável para o desenvolvimento da hipertensão, que frequentemente serve como um indicador para outras doenças. Por isso, é crucial que haja um diagnóstico precoce e um tratamento eficaz, que pode incluir tanto intervenções medicamentosas quanto mudanças no estilo de vida, como a adoção de hábitos saudáveis. A adesão a essas mudanças pode ser desafiadora para muitos idosos, que podem não ter plena consciência da gravidade da hipertensão e suas implicações. Assim, é essencial que os profissionais de saúde considerem o contexto individual de cada paciente para facilitar a implementação de práticas de saúde mais saudáveis. (Queiroz *et al.*, 2020).

Quanto ao uso de medicamentos, 90% dos idosos (n=27) fazem uso de medicação, como mostra o gráfico 7.

Gráfico 7- Distribuição percentual dos participantes segundo uso de medicação

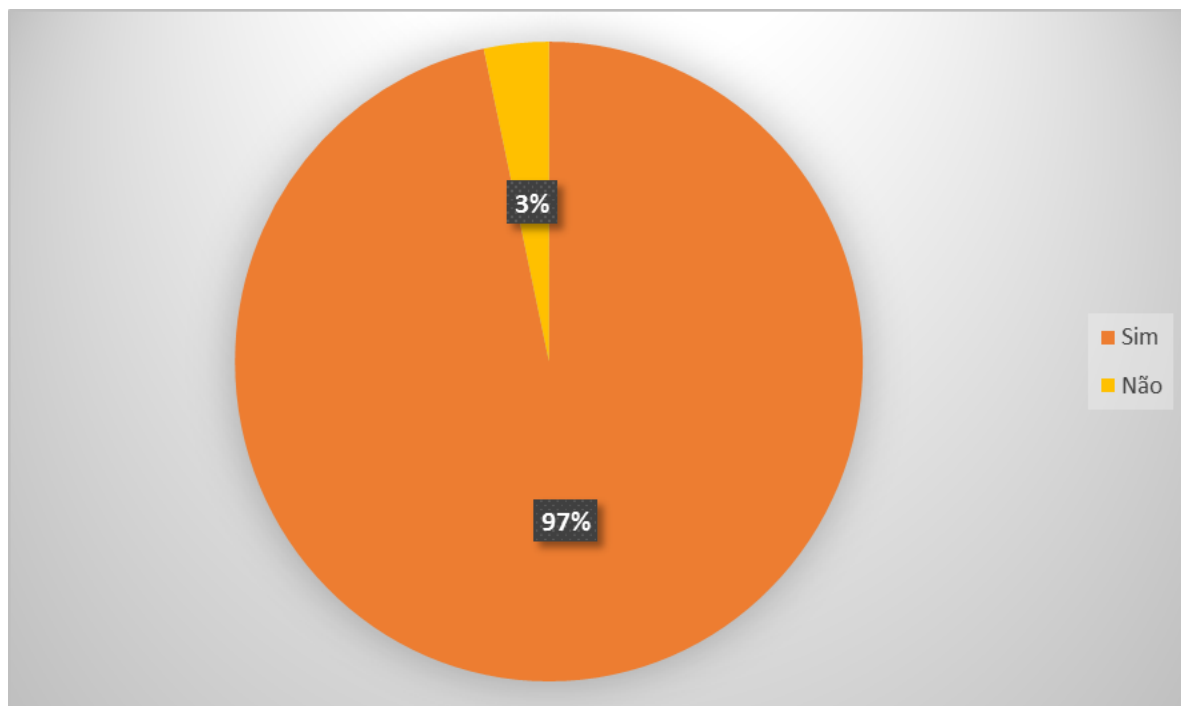


Fonte: Próprio Autor, 2024

Dentre 375 medicamentos prescritos, 166 apresentam algum tipo de interação; 32,0% diminuem o efeito de absorção do fármaco quando utilizado com cafeína; 14,3% reduzem a absorção da vitamina B12. A utilização de vários fármacos crônicos pode prejudicar a absorção de nutrientes, cerca de metade de quem necessita de internação estão em risco nutricional. Faz-se necessária então a intervenção dos profissionais de saúde, por meio da análise minuciosa das medicações administradas, dietoterapia e sua interatividade, a fim de promover o benefício em idosos com melhor aproveitamento da terapêutica e melhoria das condições nutricionais. (Peixoto et al, 2000).

Quanto ao acompanhamento com médico, a maioria, 97% dos idosos (n=29) fazem acompanhamento com médico, como mostra o gráfico 8.

Gráfico 8- Distribuição percentual dos participantes segundo acompanhamento com médico



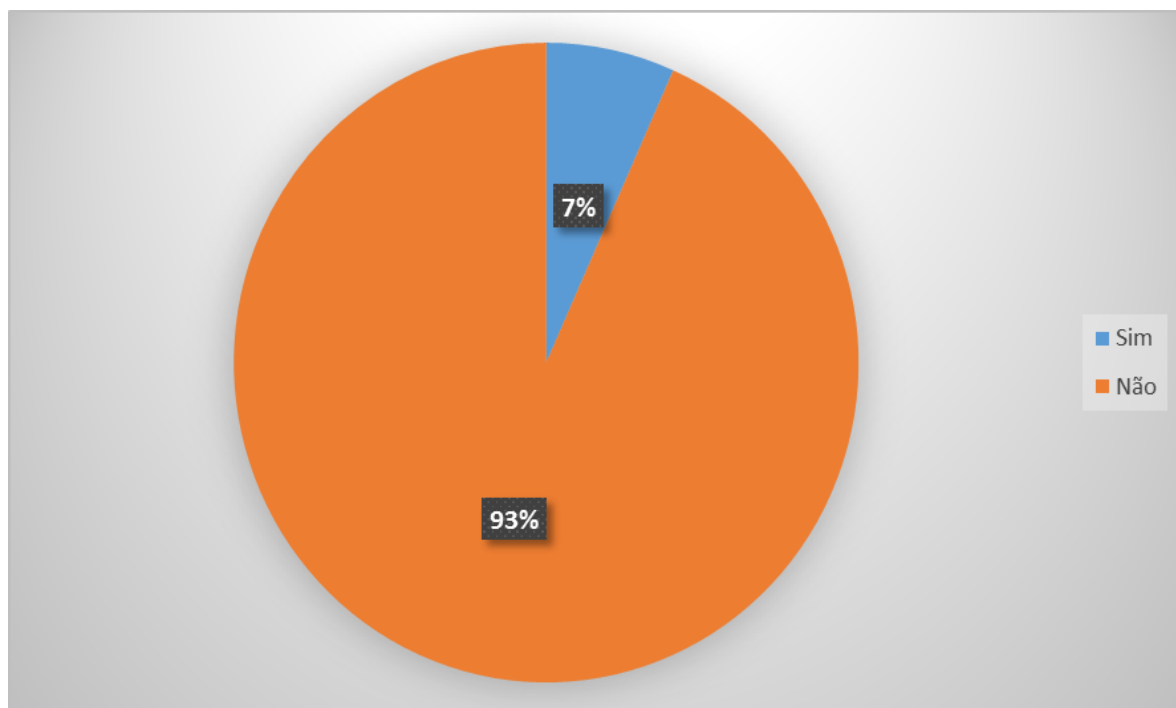
Fonte: Próprio Autor, 2024

O acompanhamento médico na terceira idade é fundamental para garantir que os idosos recebem cuidados adequados e individualizados. Visitas regulares ao médico permitem a identificação precoce de problemas de saúde, o que é crucial para prevenir complicações e promover um envelhecimento saudável. Essa supervisão médica não apenas ajuda na gestão de doenças crônicas, como também facilita a adesão ao tratamento, garantindo que os idosos utilizem os medicamentos de forma correta e segura. (Moura; Veras, 2016).

Além disso, o acompanhamento médico contribui para a avaliação geriátrica abrangente, que considera não apenas as condições físicas, mas também aspectos sociais e psicológicos do idoso. Essa abordagem integral é essencial para a promoção da saúde e para o fortalecimento da autonomia do idoso, permitindo que ele mantenha sua qualidade de vida e independência por mais tempo. Assim, o papel do médico é crucial para orientar e apoiar os idosos em suas necessidades de saúde, criando um vínculo de confiança que favorece o autocuidado e a prevenção de doenças. (Moura; Veras, 2016).

Quanto ao acompanhamento com nutricionista, a maioria, 93% dos idosos (n=28) não fazem acompanhamento com nutricionista, como mostra o gráfico 9.

Gráfico 9- Distribuição percentual dos participantes segundo acompanhamento com nutricionista

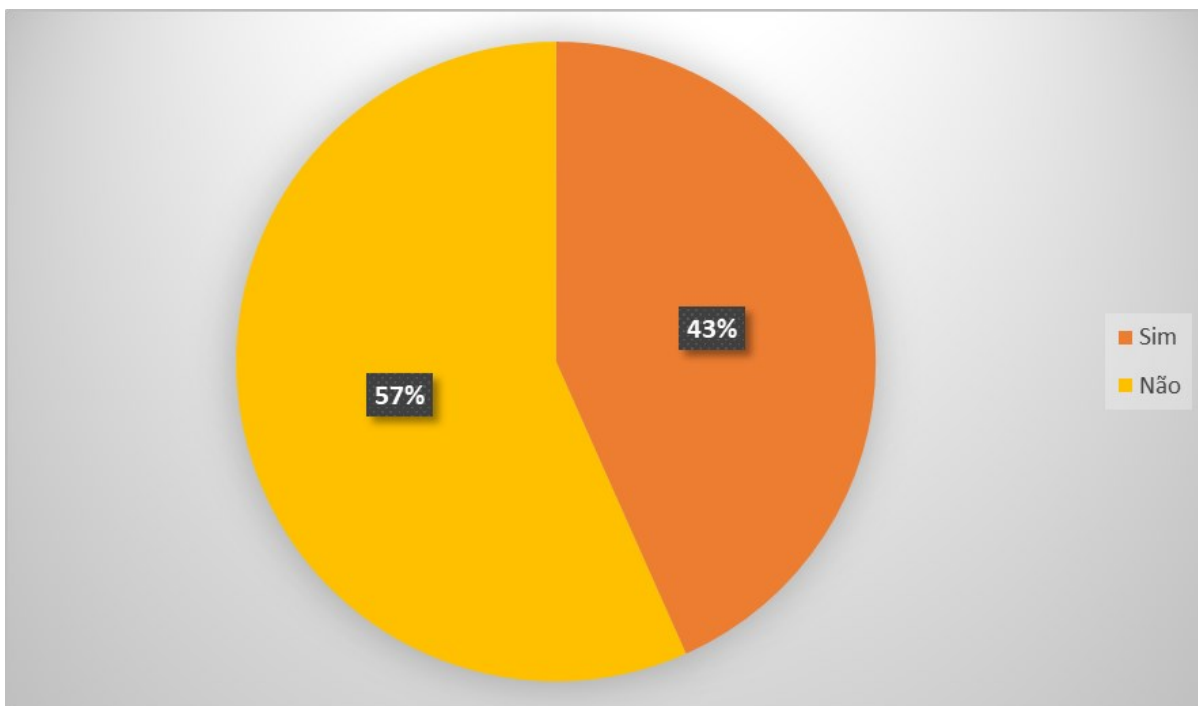


Fonte: Próprio Autor, 2024

O acompanhamento nutricional na terceira idade é fundamental devido ao papel crucial que a nutrição desempenha na modulação do processo de envelhecimento e na prevenção de doenças. A avaliação e o monitoramento nutricional são essenciais para garantir uma assistência adequada e promover a saúde dos idosos. Isso se dá por meio da identificação de fatores de risco e da implementação de intervenções precoces, que podem reduzir os impactos da perda de funcionalidade e melhorar a qualidade de vida dessa população. (Tavares *et al.*, 2015).

Quanto ao recebimento de orientação de dieta, a maioria, 57% dos idosos (n=17) não receberam orientação da dieta, como mostra o gráfico 10.

Gráfico 10- Distribuição percentual dos participantes segundo recebimento de orientação da dieta.



Fonte: Próprio Autor, 2024

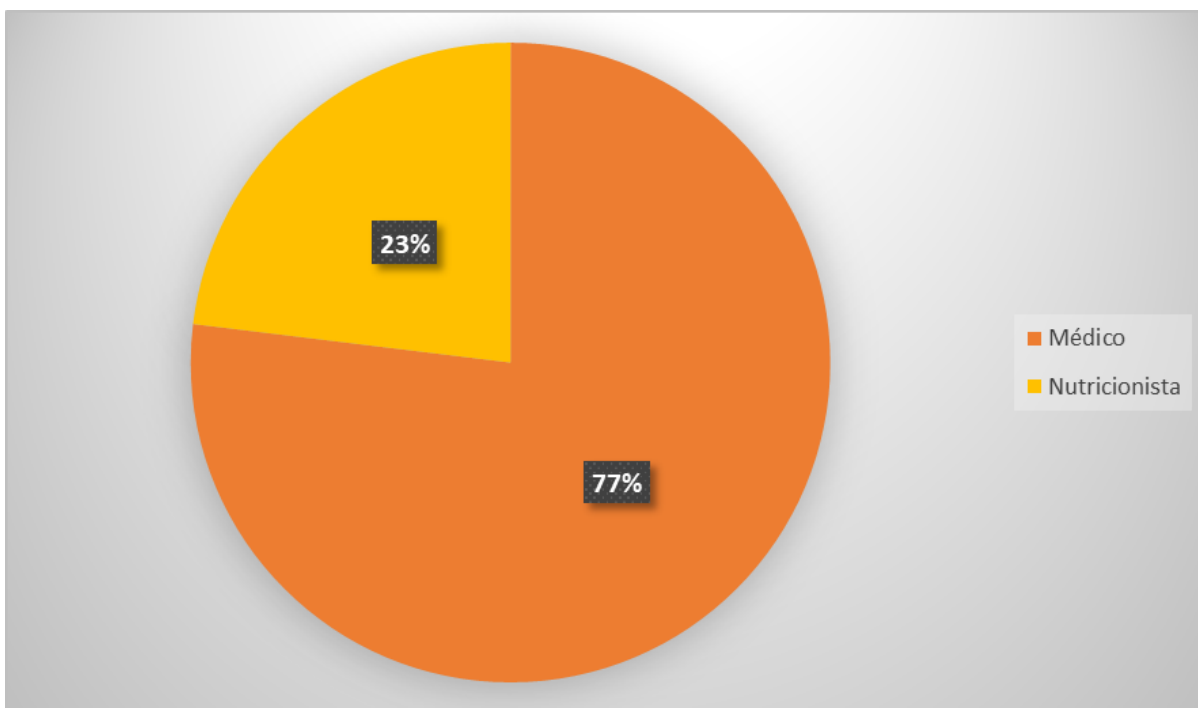
Esse dado é significativo e merece atenção, pois evidencia que uma parcela expressiva desse grupo não teve acesso a informações sobre os tipos de alimentos que devem ser consumidos ou evitados, uma dieta inadequada pode impactar diretamente na sua saúde e qualidade de vida.

A ausência de orientação pode ser atribuída a fatores como a falta de acesso a serviços de saúde, baixa conscientização sobre a importância da alimentação balanceada na terceira idade ou mesmo à indisponibilidade de programas específicos voltados para esse público.

É importante destacar que o acompanhamento nutricional é crucial para os idosos, uma vez que eles enfrentam mudanças metabólicas e podem ter necessidades alimentares específicas. Portanto, os resultados reforçam a necessidade de implementar estratégias mais abrangentes e inclusivas, visando garantir que um número maior de idosos tenha acesso a orientações adequadas para uma alimentação saudável, contribuindo para a prevenção de doenças e a promoção do bem-estar geral. (Simões; Dumith; Gonçalves, 2019).

Quanto ao profissional que orientou sobre a dieta, a maioria, 77% dos idosos (n=10), foram orientados pelo médico, como mostra o gráfico 11.

Gráfico 11- Distribuição percentual dos participantes segundo recebimento de orientação da dieta (médico ou nutricionista).



Fonte: Próprio Autor, 2024

Esse resultado destaca o papel central dos médicos na condução de orientações nutricionais para essa faixa etária. Tal situação pode ser explicada pela maior frequência com que os idosos procuram os serviços médicos em relação a outras especialidades, seja para consultas de rotina ou para tratamento de doenças específicas. Nessas ocasiões, o médico acaba sendo o principal profissional a abordar questões relacionadas à alimentação, mesmo que não seja especialista na área.

Em contrapartida, apenas uma parcela menor, 23% (n=3), relatou ter recebido orientação diretamente de um nutricionista. Esse dado chama atenção, considerando que o nutricionista é o profissional mais qualificado para oferecer orientações específicas e personalizadas sobre dieta, levando em conta aspectos como doenças crônicas, intolerâncias alimentares e necessidades nutricionais individuais.

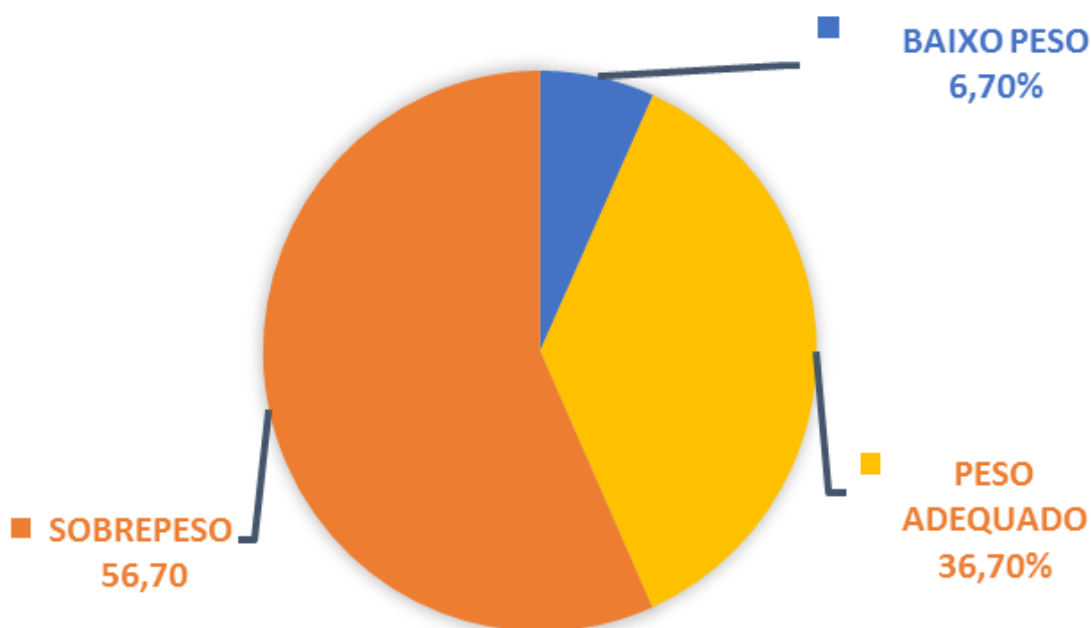
A predominância do médico como fonte de orientação pode estar relacionada à maior acessibilidade a consultas médicas em relação ao atendimento nutricional, que muitas vezes depende de planos de saúde ou de serviços particulares. Além

disso, pode haver uma falta de encaminhamento adequado para nutricionistas por parte dos médicos, ou mesmo desconhecimento por parte dos idosos sobre a importância de procurar esse profissional.

Esses resultados ressaltam a necessidade de integração entre diferentes áreas da saúde, de modo que os idosos possam ter acesso a um acompanhamento mais especializado e completo em relação à alimentação. A combinação de orientações médicas e nutricionais é essencial para promover um envelhecimento saudável, prevenindo complicações e melhorando a qualidade de vida desse grupo populacional. (Simões; Dumith; Gonçalves, 2019).

A maioria dos idosos participantes consta com sobrepeso, 56% (n=17), como mostra o Gráfico 12.

Gráfico 12 - Distribuição percentual dos participantes segundo a classificação do IMC



Fonte: Próprio Autor, 2024

O excesso de peso é um problema sério, especialmente para os idosos que já enfrentam doenças cardiovasculares. Com o passar dos anos, o corpo naturalmente fica mais frágil, e o coração, em especial, precisa de mais cuidado. Quando o peso está elevado, os riscos aumentam bastante, pois o coração e os vasos sanguíneos

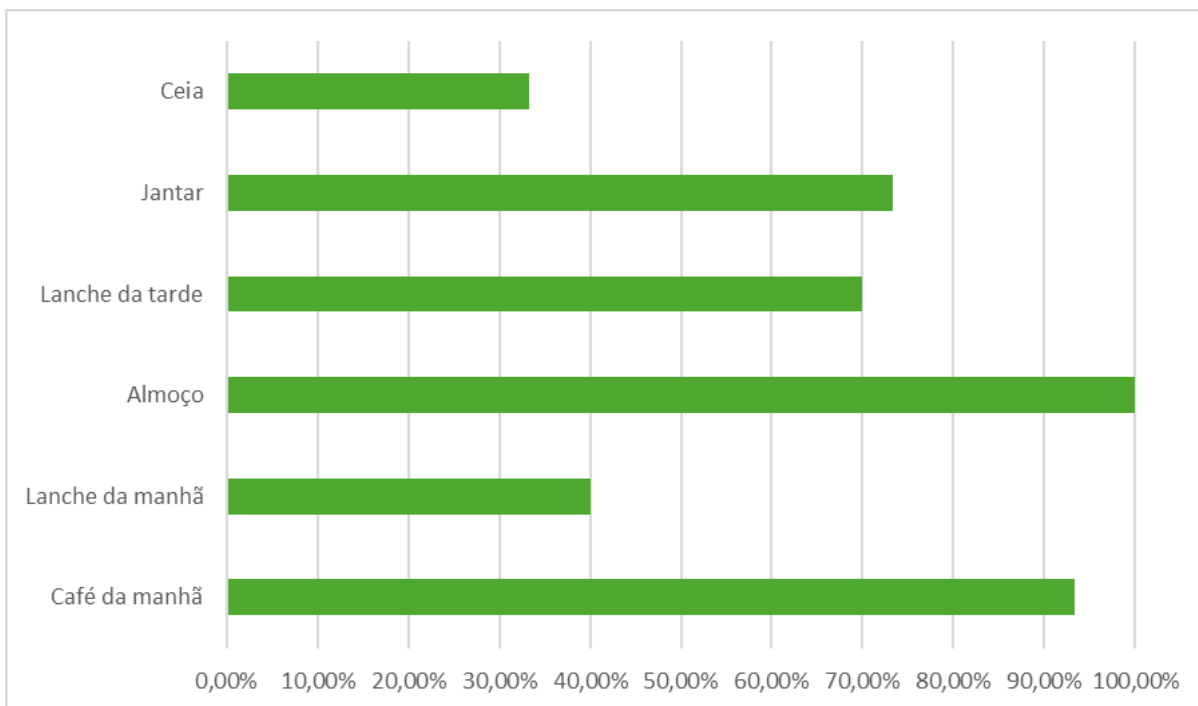
acabam sobrecarregados. Para idosos com problemas no coração, estar acima do peso é como carregar um peso extra o tempo todo. O excesso de gordura pode dificultar a circulação do sangue e até favorecer o surgimento de outras doenças, como o diabetes.

Dados semelhantes foram obtidos no estudo conduzido pela Secretaria Municipal da Saúde onde 60% dos idosos se encontravam com excesso de peso (São Paulo, 2024).

Este resultado reforça a importância da presença do profissional da nutrição na orientação da dieta e na manutenção de peso adequado, com orientações que possibilitasse a mudança positiva para estes idosos.

O Gráfico 13 mostra as refeições realizadas pelos participantes. O almoço é realizado por todos os participantes, seguido do Café da manhã com 93,34%(n=28).

Gráfico 13 - Distribuição percentual dos participantes segundo as refeições ao longo do dia



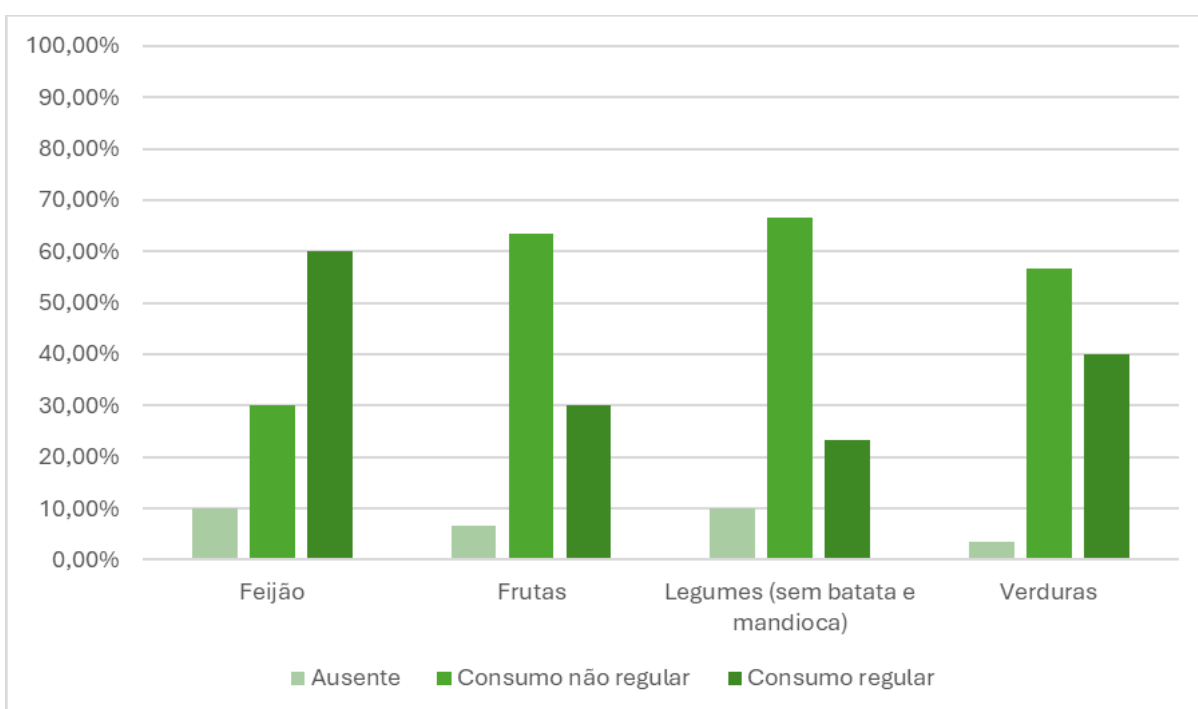
Fonte: Próprio autor, 2024

Resultados semelhantes foram observados por Karpinski *et al.* (2021) onde o almoço foi a refeição com maior prevalência de realização entre os idosos, seguido pelo café da manhã e jantar, com nove em cada dez idosos afirmando realizar essas

refeições. O consumo do café da manhã tem associação positiva com benefícios à saúde, como prevenção de obesidade, melhoria na qualidade de vida e maior autonomia. (Karpinski *et al.* 2021)

Com relação aos marcadores saudáveis da alimentação, as frutas e as hortaliças apresentaram percentual maior de consumo não regular. Somente o feijão apresentou consumo regular por 60% dos idosos (n=18) como demonstrado no Gráfico 14.

Gráfico 14 - Distribuição percentual dos marcadores saudáveis da alimentação segundo a frequência de consumo (ausente, não regular, regular).



Fonte: Próprio autor

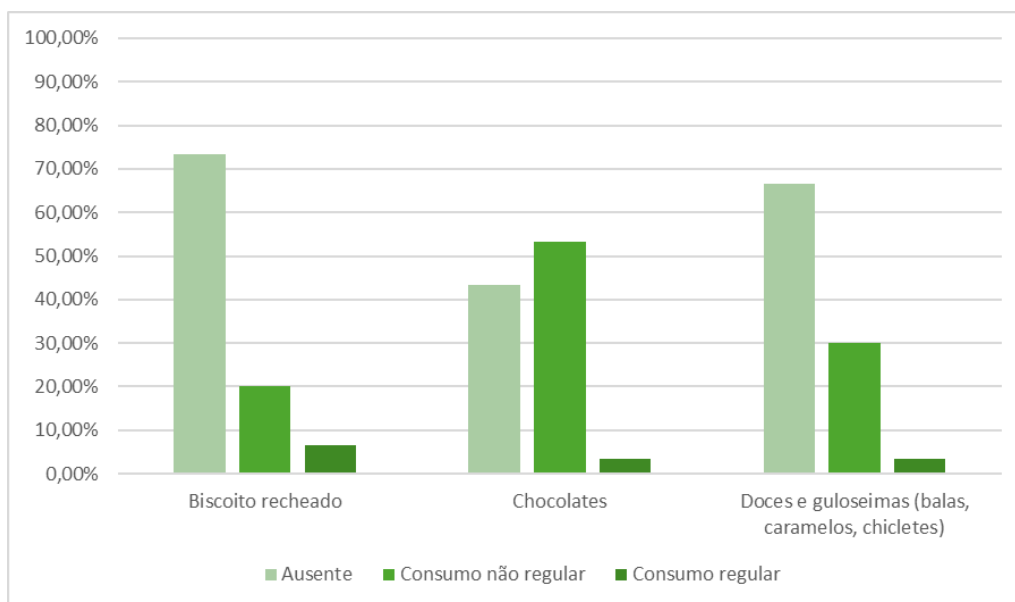
As frutas e as hortaliças (verduras e legumes) são alimentos que estão relacionados à prevenção de doenças crônicas. O consumo não regular demonstra que a qualidade da alimentação destes idosos pode estar prejudicada, vários fatores podem colaborar com estes resultados, desde desconhecimento da importância da ingestão, falta de hábito, problemas na dentição, preço dos alimentos, demanda para higienização e preparo.

O estudo conduzido por Silva *et al.* (2023) com idosos não demonstrou um aumento no consumo entre esse grupo, a ausência de crescimento nesse indicador é preocupante. O baixo consumo de frutas e hortaliças entre os idosos tem sido

associado às condições econômicas, à elevação dos preços dos alimentos, à falta de conhecimento nutricional, à mobilidade reduzida e à dificuldade ao acesso decorrente da localização geográfica (Silva *et al.*, 2023).

Entre os marcadores não saudáveis da alimentação, 90% dos idosos (n= 27) não consomem macarrão instantâneo e 53,33% (n=16) têm um consumo não regular de chocolates, conforme os Gráficos 15 e 16.

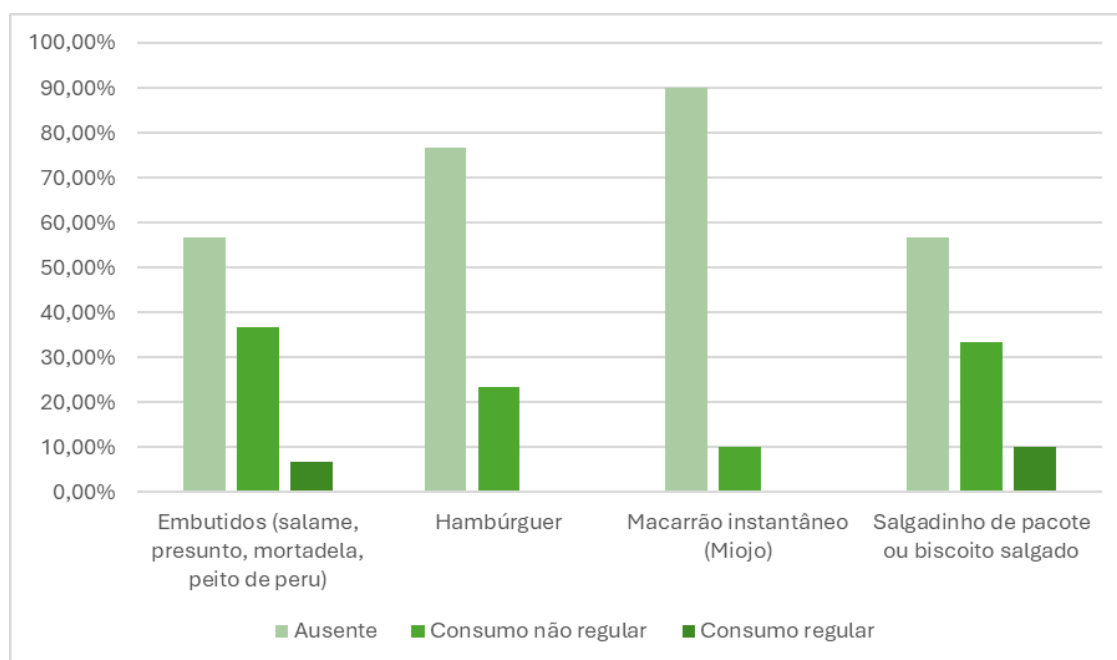
Gráfico 15 - Distribuição percentual dos marcadores saudáveis segundo a frequência de consumo (ausente, não regular, regular) dos alimentos



Fonte: Próprio autor, 2024

No gráfico 16, também é perceptível um alto consumo de embutidos 36,66% (n=11), e salgadinhos de pacote ou biscoito salgado 33,33% (n=10), que tiveram um número bem próximo ao consumo ausente.

Gráfico 16 - Distribuição percentual dos marcadores saudáveis segundo a frequência de consumo (ausente, não regular, regular) dos alimentos



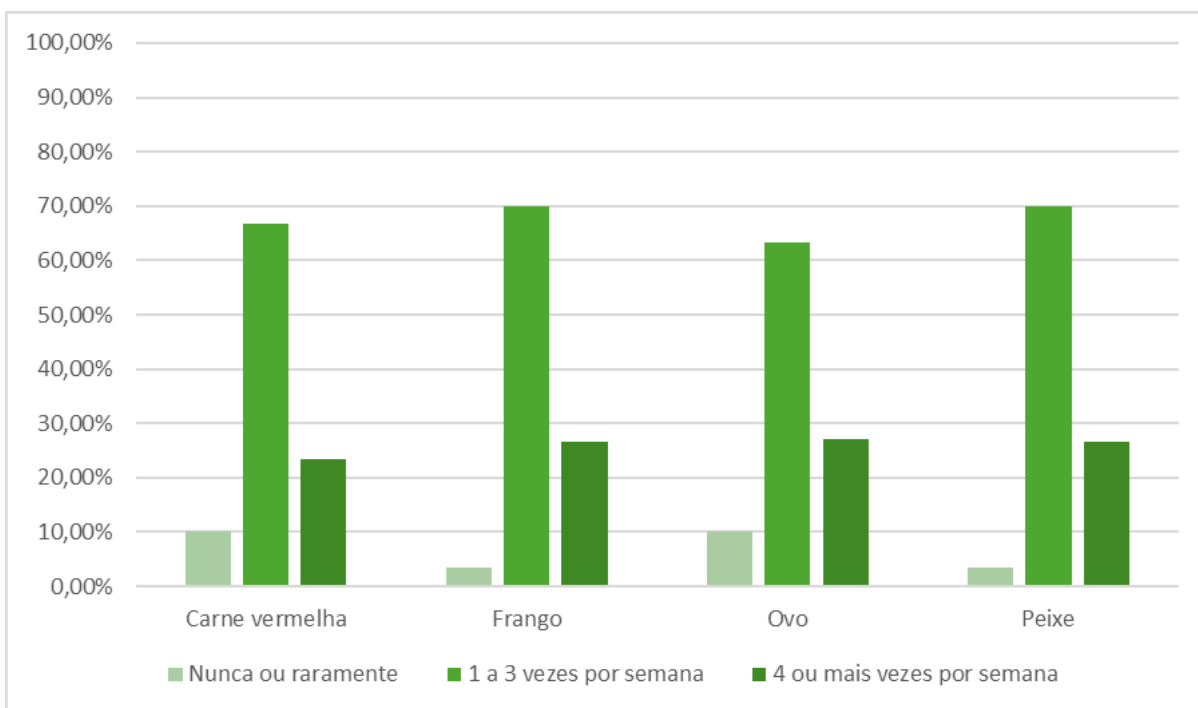
Fonte: Próprio autor, 2024.

Neste estudo, a maior parte dos idosos apresentavam consumo ausente da maioria dos marcadores não saudáveis. O chocolate, balas e guloseimas, embutidos e salgadinhos de pacote apresentaram os maiores percentuais para consumo não regular e uma parcela de consumo regular. O consumo destes alimentos ultraprocessados é preocupante, tanto pela faixa etária e pelos idosos já apresentarem doenças crônicas. A Pesquisa Nacional de Saúde (2019) aponta que o consumo de doces e refrigerantes aumenta com a escolaridade, mas isso não se traduz em escolhas mais saudáveis, já que fatores como conveniência e acesso aos alimentos ultraprocessados influenciam as decisões alimentares, aumentando o risco de doenças crônicas (Pesquisa Nacional de Saúde, 2019)

O consumo de alimentos ultraprocessados, como embutidos, hambúrgueres, e salgadinhos, é preocupante devido aos seus efeitos na saúde. O excesso de consumo desses produtos está associado a aumento de peso e obesidade, com prevalências de 64% e 25% em pessoas com 60 anos ou mais (Pesquisa Nacional de Saúde, 2019). Esses alimentos contêm aditivos químicos e altos níveis de sódio, gordura e açúcar, fatores que contribuem para doenças crônicas, como hipertensão e diabetes (Ministério da Saúde, 2018).

O Gráfico 17 mostra a frequência de consumo de acordo com o tipo de carne, demonstrando que as carnes brancas, como frango 70% (n=21) e peixe 70% (n=21) apresentaram maiores percentuais.

Gráfico 17 - Distribuição percentual do consumo alimentar grupo carnes, de acordo com a frequência (Nunca ou raramente, 1 a 3 vezes por semana, 4 ou mais vezes por semana)



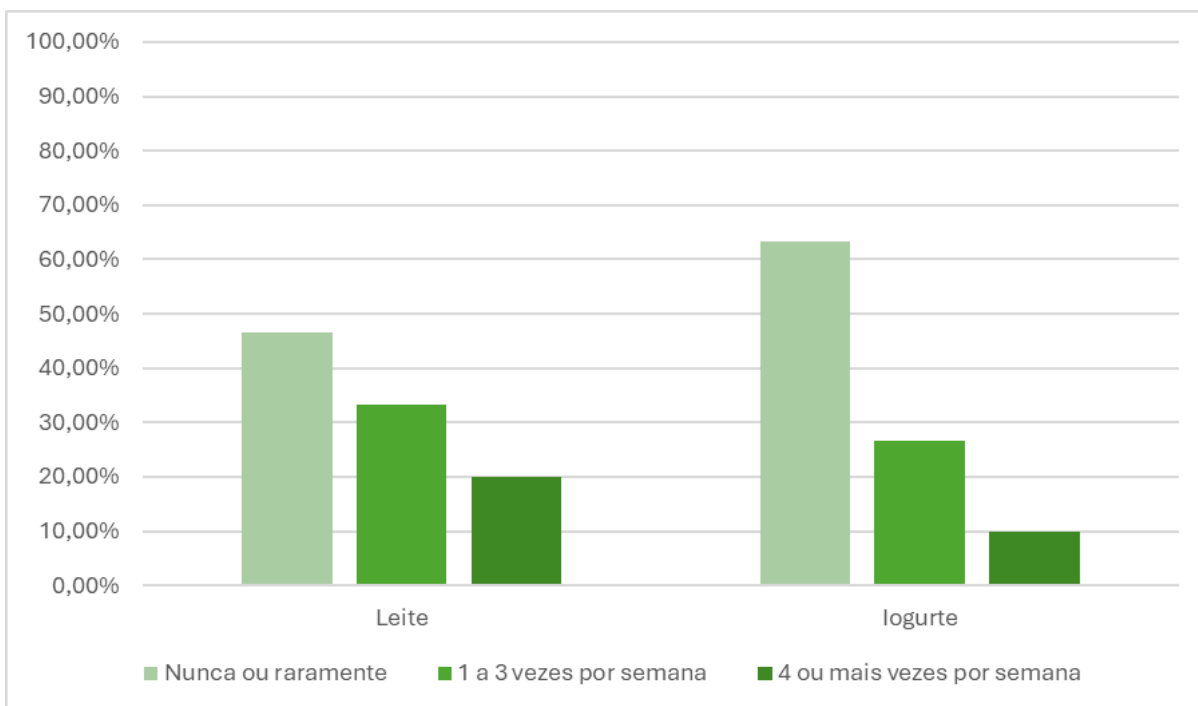
Fonte: Próprio autor, 2024.

Os dados de consumo de carne vermelha, frango, ovo e peixe indicam que a maioria das pessoas consome esses alimentos entre uma a três vezes por semana. A carne vermelha é consumida mais frequentemente pelos indivíduos com menor escolaridade (PNS, 2019).

A ingestão excessiva de carnes vermelhas e processadas está relacionada ao desenvolvimento de doenças crônicas, como câncer, doenças cardiovasculares e diabetes mellitus tipo 2. O consumo predominante é de carnes brancas não processadas, especialmente de aves, devido ao avanço tecnológico que reduz custos. As carnes vermelhas são consideradas potencialmente cancerígenas e associadas a ganho de peso, obesidade e marcadores inflamatórios. Esses efeitos estão ligados a mecanismos como estresse oxidativo e resistência à insulina, que podem induzir comorbidades metabólicas (BLANK et al., 2023).

O gráfico 18 demonstra que o iogurte raramente ou nunca é consumido por 63,34% (n=19) dos idosos.

Gráfico 18 -Distribuição percentual do consumo alimentar grupo leite e iogurte, de acordo com a frequência (Nunca ou raramente, 1 a 3 vezes por semana, 4 ou mais vezes por semana)



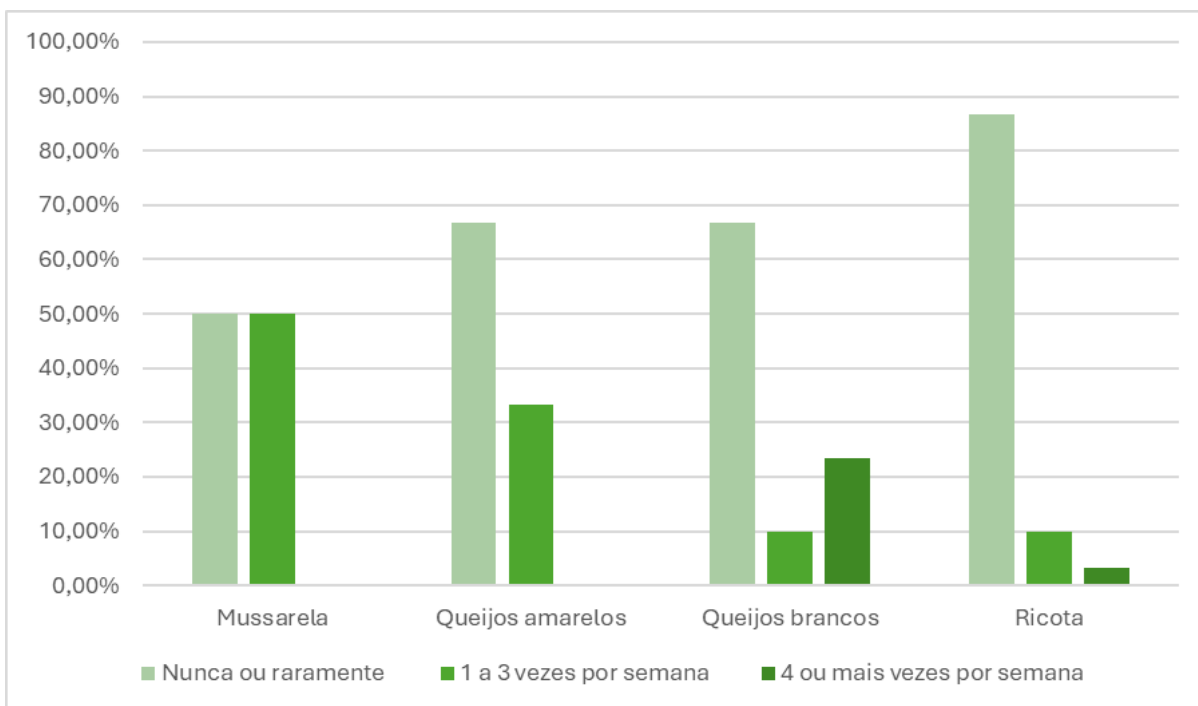
Fonte: Próprio autor, 2024.

É possível notar baixa frequência de consumo do grupo do leite e iogurte, importante fonte de cálcio e proteínas. Talvez esse dado esteja relacionado tanto ao custo destes alimentos, como também ao hábito de consumo que vêm diminuindo, como também muitos idosos podem apresentar intolerância à lactose nesta fase da vida.

Um estudo paralelo, constatou que o consumo de leite e derivados é diário para 75,1% das pessoas, sendo considerado um alimento completo e essencial ao longo da vida, devido à sua excelente fonte de proteína e cálcio (SILVA *et al.*, 2016). Esses alimentos são indispensáveis na dieta humana por seu alto valor nutricional, com a ingestão adequada de cálcio sendo crucial para a saúde. Para os idosos, o consumo de leite está associado à redução do risco de fragilidade e à melhoria da massa muscular esquelética, especialmente em um contexto de aumento da expectativa de vida global (PACHECO *et al.*, 2022).

A metade dos idosos participantes consumiam queijo mussarela como o tipo de queijo mais consumido 50% (n=15), como mostra o Gráfico 19.

Gráfico 19 - Distribuição percentual do consumo alimentar grupo queijos, de acordo com a frequência (Nunca ou raramente, 1 a 3 vezes por semana, 4 ou mais vezes por semana)

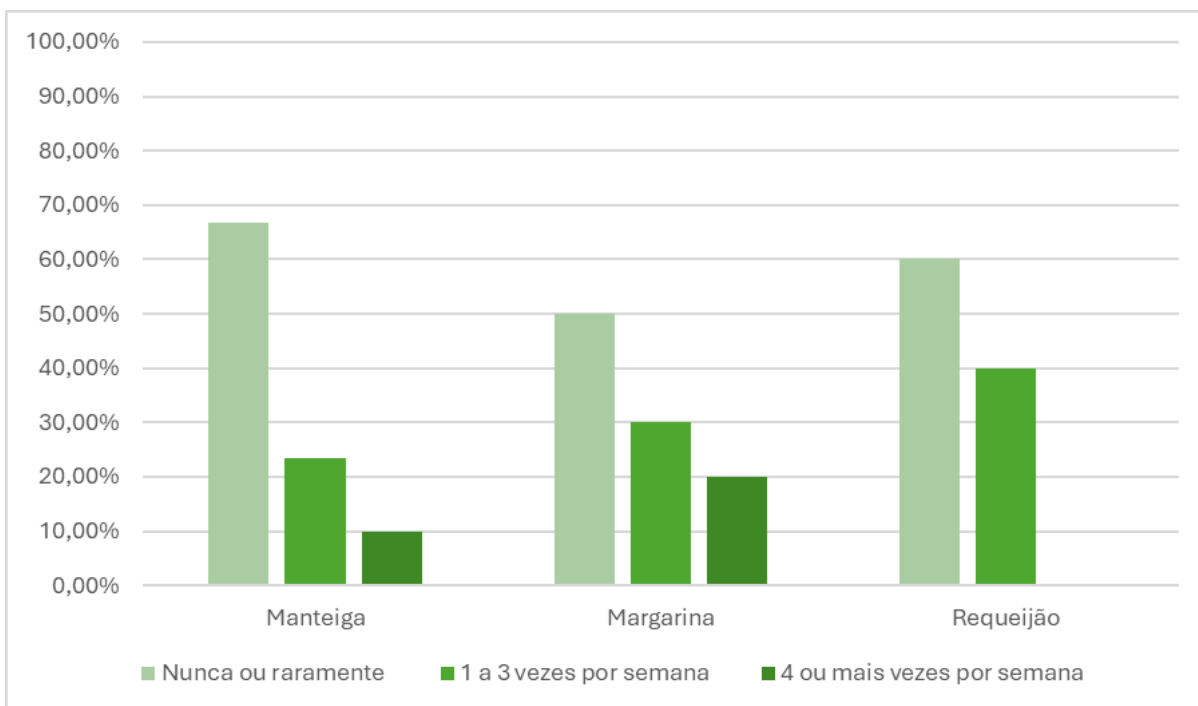


Fonte: Próprio autor, 2024.

O queijo branco desempenha um papel importante na alimentação, fornecendo proteínas, cálcio e vitamina D, que são essenciais para a saúde óssea, principalmente em idosos (Mauricio; Febrone; Gagliardo, 2014). No Brasil, o consumo de queijo é bastante significativo, ficando em segundo lugar entre os produtos lácteos consumidos, atrás apenas do leite (Siqueira; Schettino, 2021). Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares mostram que a preferência por queijos varia entre as regiões, com destaque para o queijo mozzarella, minas e prato, mas sem uma predominância clara de um único tipo em todo o território nacional. O consumo é mais alto em estados como Rio de Janeiro, Pernambuco e São Paulo, enquanto na região Norte é menor. Além disso, Pernambuco se destaca no consumo de queijo minas, superando Minas Gerais, o que indica que fatores regionais e econômicos influenciam as escolhas alimentares no Brasil (Siqueira; Schettino, 2021).

Como é possível notar no gráfico 20, a manteiga apresentou o maior percentual de consumo ausente, 66,67% (n=20).

Gráfico 20 - Distribuição percentual do consumo alimentar grupo gorduras, de acordo com a frequência (Nunca ou raramente, 1 a 3 vezes por semana, 4 ou mais vezes por semana)

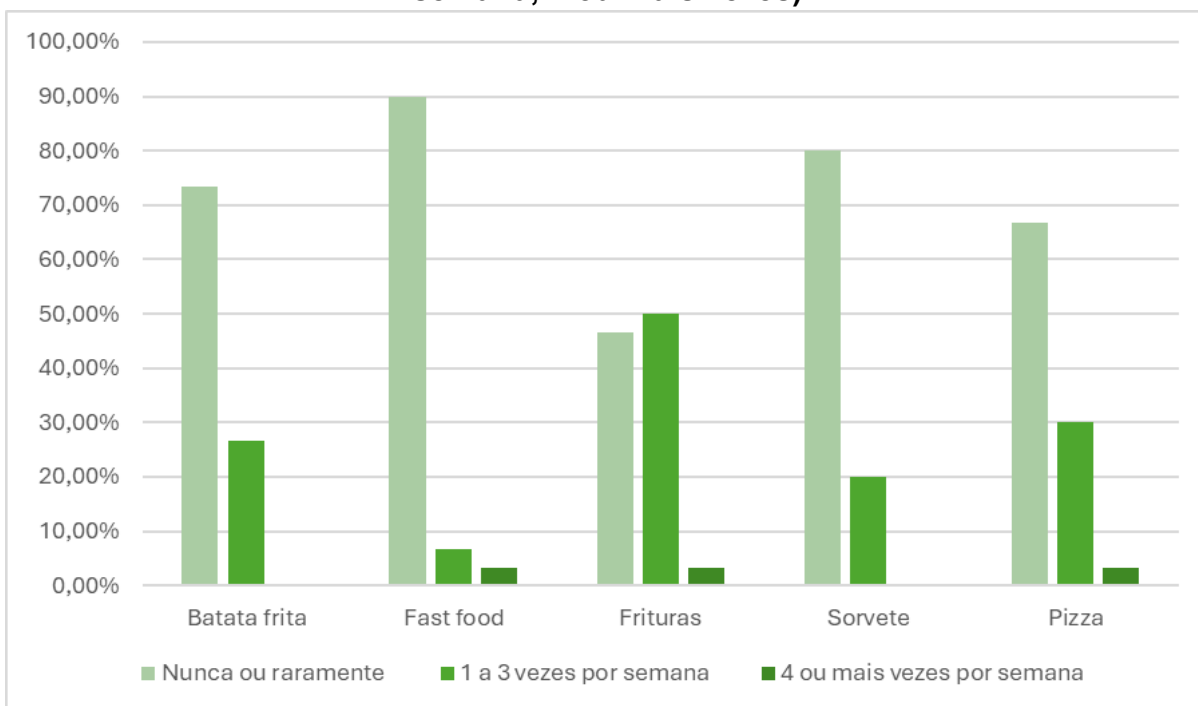


Fonte: Próprio autor, 2024

É possível notar que a margarina e a manteiga apresentaram maior frequência de consumo, principalmente a margarina que pode estar associada a menor custo. Pela frequência de cada tipo de gordura, pode haver revezamento entre os alimentos citados. Estes alimentos são fontes de gorduras saturadas e colesterol (manteiga e requeijão) e de gordura trans (margarina) que estão associadas a doenças cardiovasculares e outras condições de saúde, como obesidade e diabetes (Previdelli *et al.*, 2017).

Dentre os alimentos gordurosos, as frituras 50% (n=15) e a pizza 30% (n=9) apresentaram maior frequência de consumo, conforme o gráfico 21.

Gráfico 21 - Distribuição percentual do consumo alimentar grupo alimentos gordurosos, de acordo com a frequência (Nunca ou raramente, 1 a 3 vezes por semana, 4 ou mais vezes)

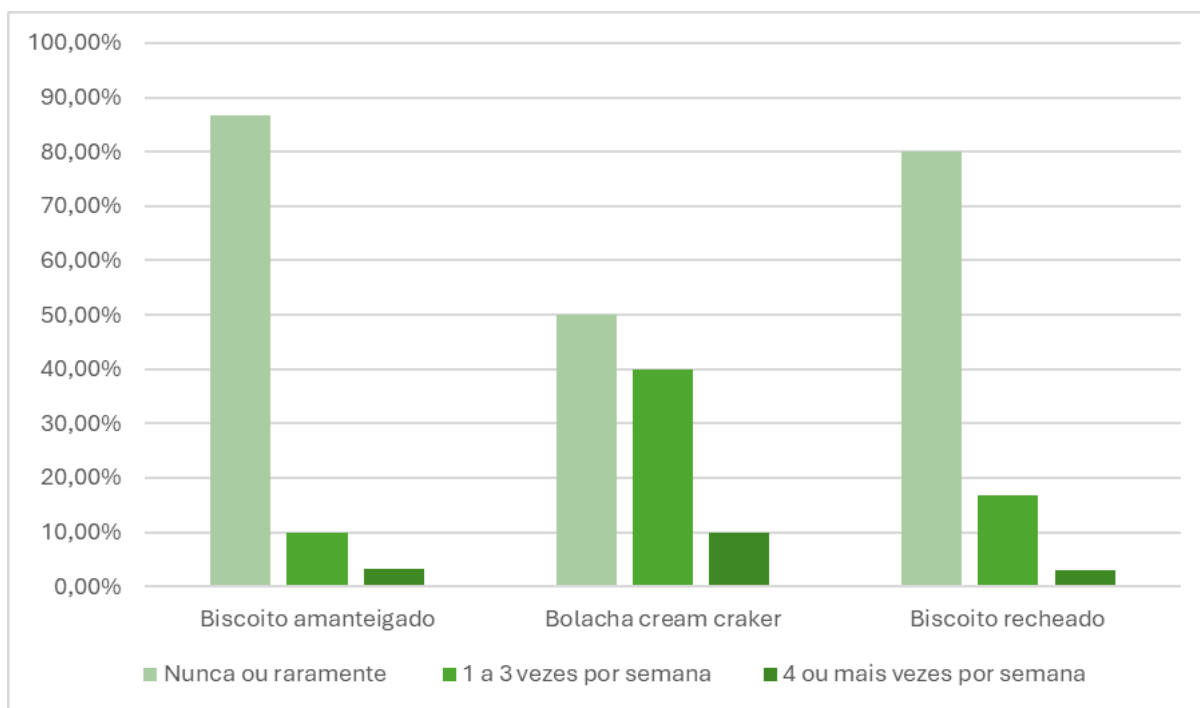


Fonte: Próprio autor, 2024.

Paralelamente a isso, o estudo de Gomes, Soares e Gonçalves (2015) apontou que, apesar das diferenças na qualidade da dieta, os idosos apresentam baixo consumo de alimentos ultraprocessados, como *fast food* e produtos congelados. Esse padrão alimentar pode estar relacionado ao contexto histórico em que os hábitos alimentares dos idosos foram formados, em uma época com menor oferta desses alimentos. Além disso, a conscientização sobre os malefícios à saúde e fatores econômicos e sociais podem influenciar essa preferência por alimentos menos processados. Assim, o consumo reduzido de *fast food* e congelados reflete uma combinação de hábitos enraizados e consciência sobre os riscos desses produtos. (Gomes; Soares; Gonçalves, 2015)

O gráfico 22 demonstra que a maioria dos idosos nunca ou raramente consomem biscoitos amanteigados, 86,7% (n=26).

Gráfico 22 - Distribuição percentual do consumo alimentar grupo biscoitos, de acordo com a frequência (Nunca ou raramente, 1 a 3 vezes por semana, 4 ou mais vezes por semana)

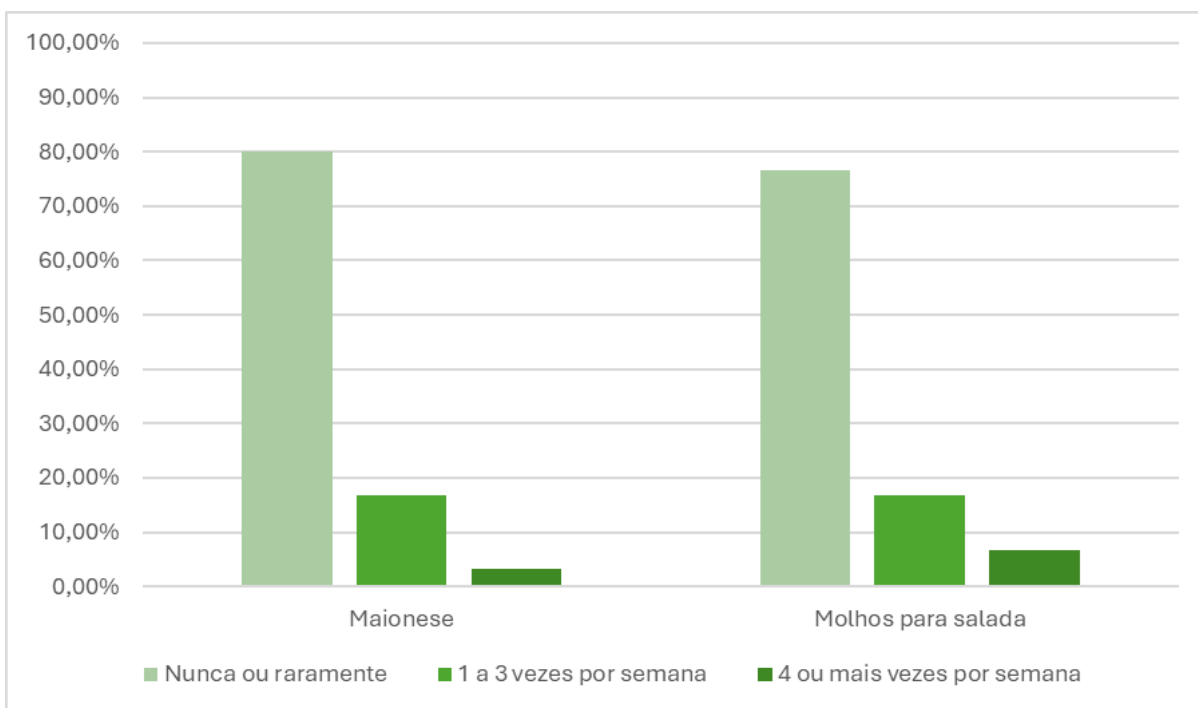


Fonte: Próprio autor, 2024

O estudo de Ribeiro *et al.* (2024) evidenciou que o consumo de biscoitos está diretamente associado ao aumento das chances de desenvolvimento de insuficiência cardíaca (IC). A ingestão excessiva desses alimentos, ricos em açúcares e substâncias como xarope de milho rico em frutose, tem um impacto negativo significativo na saúde cardiovascular, triplicando o risco de IC. Essa relação reflete o efeito cumulativo de dietas com altos índices de AUP, o que reforça a necessidade de moderar o consumo de biscoitos para prevenir doenças cardiometabólicas e suas complicações, especialmente em idosos. (RIBEIRO, *et al.* 2024)

Os dados do gráfico 23, mostram que a maioria dos participantes consome maionese 80%(n=24) e molhos para salada 76,67%(n=23) raramente ou nunca, com apenas uma pequena parte consumindo-os 1 a 3 vezes por semana.

Gráfico 23 - Avaliação percentual do consumo alimentar grupo maionese e molhos para salada, de acordo com a frequência (Nunca ou raramente, 1 a 3 vezes por semana, 4 ou mais vezes por semana)

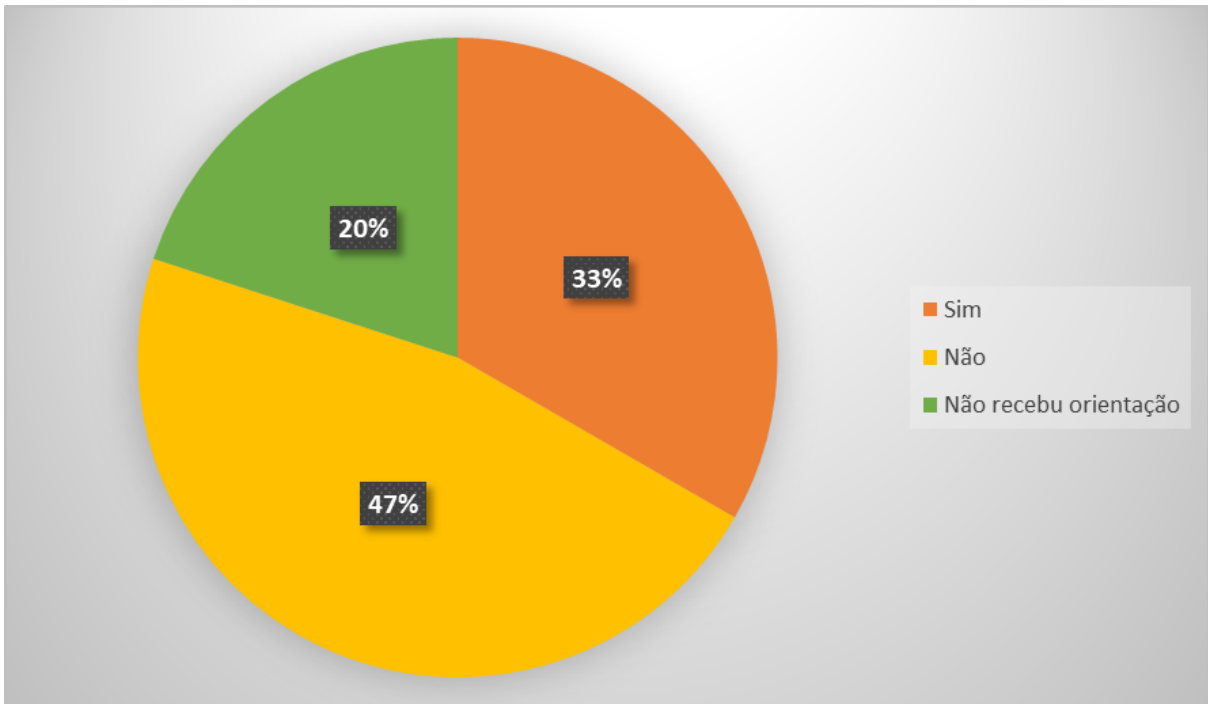


Fonte: Próprio autor, 2024.

A maionese, especialmente as versões industrializadas, contém ácidos graxos trans, que elevam os níveis de LDL-c e triglicerídeos, enquanto reduzem o HDL-c. O consumo excessivo desse condimento pode aumentar a densidade energética da dieta, contribuindo para o ganho de peso e o desenvolvimento da obesidade. Essa condição está associada ao risco elevado de Diabetes mellitus tipo 2, principalmente em casos de obesidade abdominal e resistência à insulina. (DEON et al., 2015). Já os molhos para salada, frequentemente ricos em sódio, podem contribuir para problemas de hipertensão e doenças renais, sendo recomendada a utilização de temperos naturais como alternativas mais saudáveis (Ministério da Saúde, 2022).

De acordo com o seguimento da dieta, a maioria, 47% dos idosos (n=14) não seguem a dieta orientada, como mostra o gráfico 24.

Gráfico 24- Distribuição percentual dos participantes segundo seguimento da dieta



Fonte: Próprio Autor, 2024

A alimentação saudável é fundamental na terceira idade, pois contribui significativamente para a prevenção de doenças, especialmente as cardiovasculares. A adoção de dietas adequadas, orientadas por nutricionistas ou médicos, pode levar a melhorias na saúde dos idosos, como a redução da hipertensão arterial e controle de diabetes. A ingestão de frutas, verduras e grãos integrais, ricos em fibras e antioxidantes, é essencial para o controle e prevenção das doenças cardiovasculares. (Mendes, Ponte, Farias, 2015).

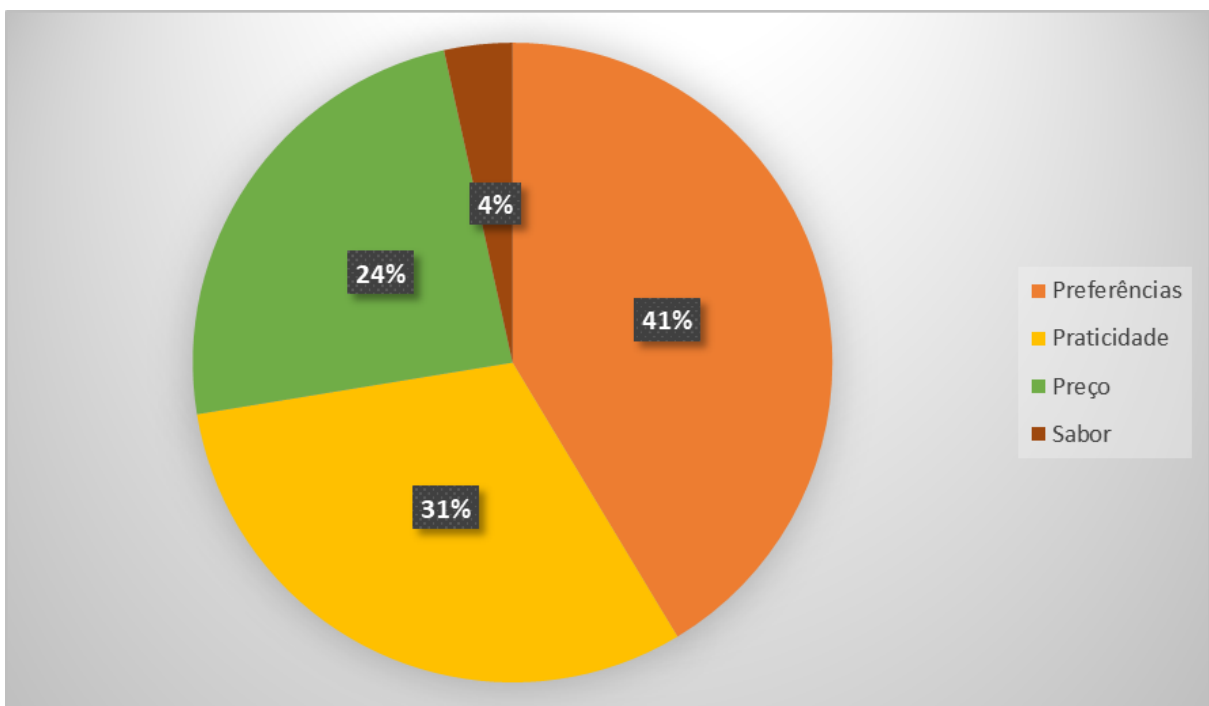
Além disso, a prática regular de atividade física, aliada a uma dieta equilibrada, pode resultar em uma melhor qualidade de vida e menor risco de complicações. O controle do estresse e a adesão ao uso de medicamentos também são aspectos cruciais que devem ser considerados, pois contribuem para a estabilidade da saúde do idoso. A promoção de hábitos saudáveis deve ser um esforço conjunto, envolvendo profissionais de saúde e a família, para garantir que os idosos compreendam e sigam as orientações recebidas. (Mendes, Ponte, Farias, 2015)

Quanto aos fatores para escolha dos alimentos, a maioria, 41% dos idosos (n=12) escolhem seus alimentos de acordo com as suas preferências, como mostra o

gráfico

25.

Gráfico 25- Distribuição percentual dos participantes segundo Fatores para escolha dos alimentos



Fonte: Próprio Autor, 2024

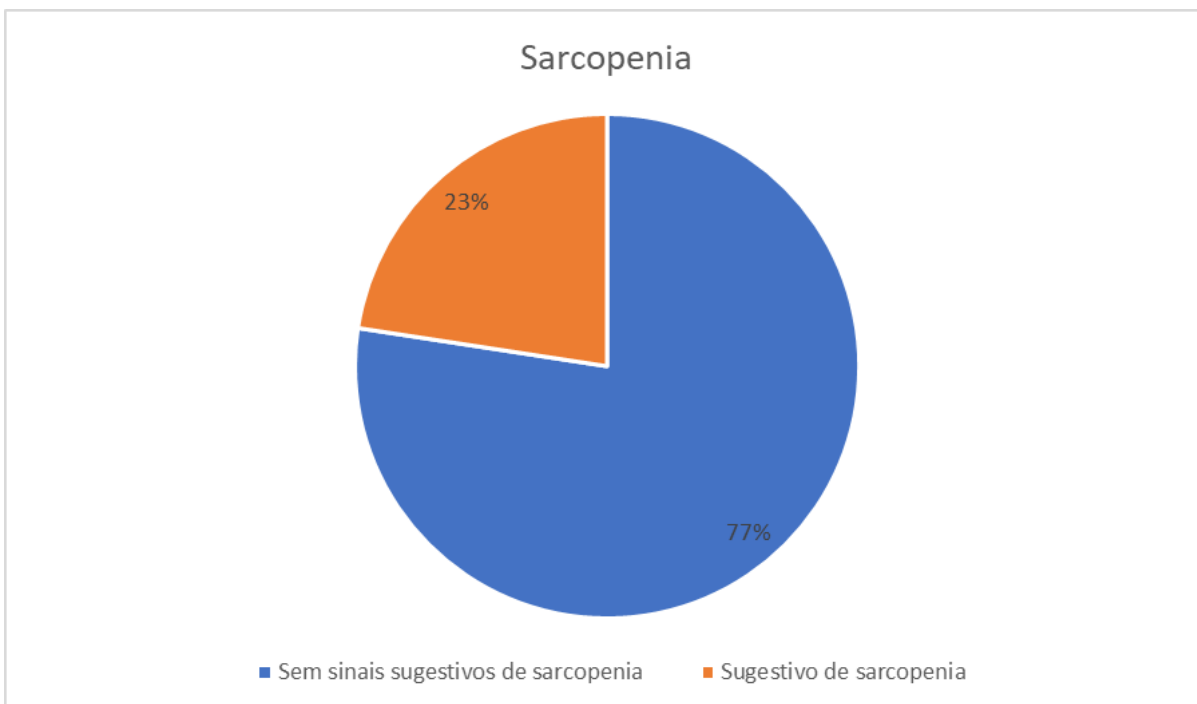
A alimentação dos idosos é influenciada por diversos fatores interligados. A praticidade é um aspecto importante, pois muitos idosos preferem alimentos que sejam fáceis de preparar e consumir, considerando suas limitações físicas ou a falta de disposição para cozinhar. O preço também desempenha um papel significativo, já que muitos vivem com orçamentos restritos, levando-os a optar por opções mais baratas, mesmo que isso comprometa a qualidade nutricional. Além disso, o sabor é um fator relevante, uma vez que o paladar pode mudar com a idade, e os idosos tendem a escolher alimentos que sejam agradáveis ao gosto. Por fim, as preferências pessoais, moldadas por hábitos alimentares ao longo da vida, também influenciam

suas escolhas, fazendo com que optem por alimentos que lhes tragam conforto ou que estejam associados a memórias positivas. Esses elementos, juntos, impactam diretamente a saúde e a qualidade de vida dos idosos. (Melo, Oliveira, Cavalcante, 2015).

A relação entre o perfil socioeconômico e a alimentação dos idosos é bastante significativa, pois a condição econômica influencia diretamente a qualidade e a quantidade da alimentação. Idosos com renda mensal de até dois salários mínimos frequentemente enfrentam dificuldades para atender às suas necessidades básicas, incluindo a alimentação, que se torna uma das principais despesas mensais. Essa baixa renda limita o acesso a alimentos saudáveis e necessários para uma dieta equilibrada, resultando em uma prevalência maior de doenças crônicas. (Saes, *et al.*, 2019). Fatores como a falta de recursos financeiros e o conhecimento sobre nutrição são determinantes significativos na escolha de alimentos, levando os menos favorecidos economicamente a optarem por opções menos saudáveis devido a questões de custo e acessibilidade. (Saes, *et al.*, 2019).

Quanto à sarcopenia, a maioria dos participantes 77,42% (nº 24) resultaram sem sinais sugestivos de sarcopenia, como mostrado no gráfico 26.

Gráfico 26- Distribuição percentual dos participantes segundo as respostas de sarcopenia

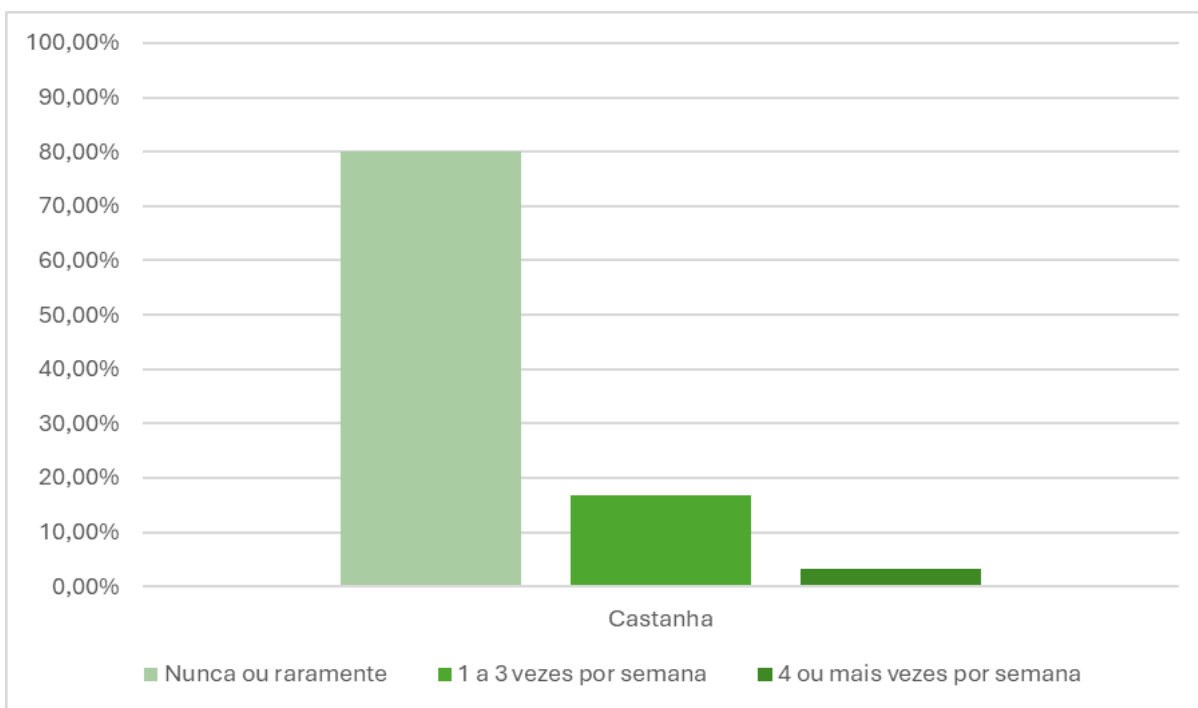


Fonte: Próprio Autor, 2024

A sarcopenia, problema comum no envelhecimento, é diagnosticada pela mensuração da massa e força muscular esquelética, além do desempenho físico. O tratamento envolve treino de força progressivo, exercícios aeróbicos e nutrição adequada (Martinez; Camelier; Camelier, 2014). Fatores que afetam a massa muscular também impactam a composição corporal, resultando em declínio musculoesquelético. Desde 1989, a sarcopenia é identificada pela massa e função muscular, com a força muscular sendo analisada separadamente devido à pouca relação com a perda de massa (DINAPENIA). A condição é prevalente após os 60 anos, associada a baixa capacidade física e outros fatores, como comorbidades e quedas (DIZ *et al.*, 2015).

Com base nos dados apresentados no gráfico 27, a maioria dos participantes 80% (n=24) consome castanha-do-pará nunca ou raramente, enquanto apenas 16,67% (n=5) consomem de 1 a 3 vezes por semana e 3,33% (n=1) consomem 4 ou mais vezes.

Gráfico 27 - Avaliação percentual do consumo alimentar de castanhas, de acordo com a frequência (Nunca ou raramente, 1 a 3 vezes por semana, 4 ou mais vezes por semana)



Fonte: Próprio autor, 2024.

Segundo uma pesquisa feita por Cruz; Andrade (2022) A castanha-do-Brasil é rica em ácidos graxos poli-insaturados, proteínas, minerais como ferro, magnésio e selênio, e compostos antioxidantes, como flavonoides e fenólicos, que contribuem para a saúde cardiovascular. Cruz e Andrade (2022) destacam que esses nutrientes ajudam a reduzir o risco de aterosclerose e doenças cardíacas, além de protegerem contra o envelhecimento celular. A arginina presente na castanha favorece a produção de óxido nítrico, que auxilia na vasodilatação e controle da pressão arterial, sendo benéfica no tratamento da hipertensão. (Cruz; Andrade, 2022)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa foi realizada com idosos com doenças cardiovasculares, sendo a maioria dos participantes do sexo feminino.

Em relação ao perfil socioeconômico, predominou a classe B2. No que diz respeito às condições de saúde, a hipertensão arterial foi a doença pré-existente mais frequente, seguida por outras comorbidades relacionadas às doenças cardiovasculares.

Quanto ao perfil nutricional, observou-se uma prevalência de sobrepeso entre os participantes. As refeições mais frequentemente realizadas pelos idosos foram café da manhã, almoço e jantar. Entretanto, o consumo alimentar mostrou baixa frequência de marcadores saudáveis, como frutas e hortaliças, e um consumo significativo de alimentos ultraprocessados, comprometendo a qualidade geral da dieta.

Além disso, identificou-se a importância de abordar o risco de sarcopenia nessa população. A perda de massa e força muscular, comum em idosos, pode ser agravada por uma dieta desequilibrada, pobre em proteínas e nutrientes essenciais. Nesse contexto, recomenda-se a promoção de estratégias que incentivem o consumo adequado de proteínas de alta qualidade e alimentos ricos em vitaminas e minerais que contribuem para a saúde muscular, como os que contêm vitamina D e cálcio.

Outro ponto relevante é a influência da escolha alimentar no padrão dietético dos idosos. Fatores como hábitos culturais, limitações financeiras e questões emocionais afetam diretamente as opções alimentares e, conseqüentemente, o estado nutricional. É fundamental investigar os determinantes dessas escolhas e desenvolver intervenções que considerem os contextos individuais e sociais dos idosos, promovendo a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis e sustentáveis.

Para trabalhos futuros, seria interessante ampliar a amostragem por meio de coletas presenciais em instituições que atendem idosos, como centros de convivência e unidades de saúde, além de investigar mais detalhadamente os fatores que dificultam a adesão às dietas indicadas. Outras possibilidades incluem estudar o impacto de programas de educação nutricional e intervenções para melhorar a adesão às recomendações dietéticas.

Durante o desenvolvimento do estudo, foi possível aplicar conteúdos teóricos e práticos do curso Técnico em Nutrição e Dietética, como Diagnóstico da Alimentação Humana, Planejamento Alimentar e Educação Nutricional em Saúde Pública. Esses conhecimentos foram fundamentais para compreender a complexidade das necessidades alimentares dos idosos e a importância de uma dieta balanceada para a prevenção e controle de doenças cardiovasculares.

Para o Técnico em Nutrição e Dietética, compreender as dificuldades enfrentadas pelos idosos e propor soluções práticas é essencial para promover a saúde e a qualidade de vida dessa população. A pesquisa reforça a necessidade de ações educativas e de intervenções nutricionais que priorizem alimentos in natura e minimamente processados. Dessa forma, os profissionais da área podem desempenhar um papel primordial na construção de estratégias voltadas ao envelhecimento saudável e à prevenção de doenças crônicas.

REFERÊNCIAS

ABEP. Alterações na aplicação do Critério Brasil. **ABEP**. 27 jun. 2024. Disponível em: https://abep.org/wp-content/uploads/2024/09/01_cceb_2024.pdf. Acesso em: 18 out. 2024.

AIRES, Isabel O. *et al.* Consumo alimentar, estilo de vida e sua influência no processo de envelhecimento. **Res.Soc.Dev.** v.8, n.11, p.e098111437, 2019. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/1437/2912>. Acesso em: 04 dez. 2024

BLANK, Júlia, et al. Consumo de carnes por adultos e idosos de uma cidade de colonização alemã do sul do Brasil: estudo de base populacional. 2022. v.1 n. 28, p. 243-255. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – **Universidade Regional de Blumenau**, Blumenau - SC, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FjVD3ZK7PKtbLqMrd7drfXR/>. Acesso em: 11 dez. 2024

BARROSO, Weimar K. S. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2020. **Arq Bras Cardiol.** v.116, n.3, p.516-658, 2021. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2024.

BRASIL.. Lei Número 10.741, de 1o. de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 149, n. 192, 03 de outubro de 2003. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=03/10/2003>. Acesso em: 29 set. 2024.

BRASIL, Manual Operacional Para Uso do Sistema de Vigilância Alimentar e nutricional. **SISVAN**, Brasília- DF, 2017. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/public/file/ManualDoSisvan.pdf>. Acesso em: 18 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**: cadernos de atenção básica número 19 série A. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 10 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018**: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 120 p. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7222745/mod_resource/content/2/relatorio%20publicado%20IBGE_POF_2017_2018.pdf. Acesso em: 29 maio 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. A influência da publicidade nas escolhas alimentares: A exposição intensa à publicidade de alimentos ultraprocessados dificulta a adoção de hábitos saudáveis. **Eu quero me alimentar melhor**, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quer-me-alimentar-melhor/noticias/2023/a-influencia-da-publicidade-nas-escolhas-alimentares>. Acesso em: 05 dez. 2024.

BRASIL, Ministério Da Saúde. Saúde e Vigilância Sanitária. Idosos têm de estar alertas sobre consumo temperos prontos e bebidas açucaradas: Idosos têm de estar alertas: Com o passar dos anos, o ser humano vai diminuindo a capacidade de perceber certos sabores de alimentos. **Eu quero me alimentar melhor**, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quer-me-alimentar-melhor/noticias/2017/idosos-tem-de-estar-alertas-sobre-consumo-temperos-prontos-e-bebidas-acucaradas>. Acesso em: 05 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica do estado nutricional e consumo alimentar nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2021. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2022b.. 75 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2006-2021_estado_nutricional.pdf. Acesso em: 01 nov. 2024.

BRASIL. Secretaria de Comunicação Social. **Censo**: número de idosos no Brasil cresceu 57,5% em 12 anos. Secretaria de Comunicação Social, 27 out. 2023 a. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/10/censo-2022-numero-de-idosos-na-populacao-do-pais-cresceu-57-4-em-12-anos#:~:text=Em%202022%2C%20o%20total%20de,7%2C4%25%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 29 set. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. O papel da alimentação na manutenção do músculo e da força: prevenindo a sarcopenia. Rio de Janeiro: **INCA**, 2023b. 16 p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/prevenindo_a_sarcopenia.pdf. Acesso em: 09 set. 2024

CRUZ, Elissandra; ANDRADE, Jerusa. Benefícios nutricionais da Castanha-do-Brasil no tratamento de aterosclerose em idosos. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.8, n.11, p. 73060-73078, nov., 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/54136>. Acessado em: 25 nov. 2024

DEGANI, Gláucia. *et al.* Idosos vítimas de trauma: doenças preexistentes, medicamentos em uso no domicílio e índices de trauma. **Rev Bras Enferm**, Ribeirão Preto-SP, v.67, n.5, p.759-765, out. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/kKcmvyzC4KmwfxKBQMBVgCB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2024.

DEON, Rúbia, *et al.* Consumo de alimentos dos grupos que compõem a pirâmide alimentar americana por idosos brasileiros: uma revisão. **Ciência e Saúde**. Rio Grande do Sul, v. 8, n. 1, 26-34, mai. 2015. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/faenfi/article/view/18065do>. Acesso em: 05 de dez. 2024.

DIZ, Juliano; QUEIROZ, Bárbara; TAVARES, Leonardo; PEREIRA, Leani. Prevalência de sarcopenia em idosos: resultados de estudos transversais amplos em diferentes países. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 18, 665-678, maio 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/FFm9JS8N45hmRXqBPfLD5bb/>. Acesso em: 25 nov. 2024

FECHINE, Basílio R. A.; TROMPIERI, Nicolino. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos: **InterSciencePlace**, v.1, n.7, p. 106-194, 2012. Disponível em: <https://www.fonovim.com.br/arquivos/534ca4b0b3855f1a4003d09b77ee4138-Modifica----es-fisio--gicas-normais-no-sistema-nervoso-do-idoso.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2024.

FIGUEIREDO, Ana E.; CECCON, Roger; FIGUEIREDO, José H. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. 2021. v.1, n.26, p. 77-88. Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Carelli– **Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**, Rio de Janeiro - RJ, 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26n1/77-88/>. Acesso em: 05 dez. 2024.

FONSECA, Francisco; IZAR, Maria C. Inflammation in Cardiovascular Disease: Current Status and Future Perspectives. 2023 – **Universidade Federal de São Paulo**, São Paulo - SP, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ijcs/a/9GtjwW8dD7dmsxb44zqXY5J/?format=html&lang=en>. Acesso em: 05 dez. 2024

FRANCISCO, Priscila et al. Prevalência de doenças crônicas em octogenários: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Ciênc. saúde coletiva**, Campinas-São Paulo, v.7, n.27, p. 2655-2665, jun. 2022. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2022.v27n7/2655-2665/>. Acesso em: 5 dez. 2024.

GOMES, Ana Paula; SOARES, Ana Luiza; GONÇALVES, Helen. Baixa qualidade da dieta de idosos: estudo de base populacional no sul do Brasil. 2016. v.11, n.21, p. 3417-3428. Programa de Pós-graduação em Epidemiologia– **Universidade Federal de Pelotas**, Pelotas-RS, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hGWgrKcd3WBvn5HpKpp4MDv/>. Acesso em: 25 nov. 2024.

KARPINSKI, Caroline et al. Adequação da frequência e tipos de refeições realizadas por idosos comunitários do sul do Brasil: **Pesquisa Nacional de Saúde**, 2019. v.8, n.26 p 3161-3173 Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, UFPel 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WsjwntHJyKM7YmD BCMHtmsQ/>. Acesso em: 25 nov. 2024

LIMA, Erielma P. de et al. A importância da orientação nutricional para terceira idade. In: **CONBRACIS**, 2, 2017, Campina Grande- PB. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO_EV071_MD4_SA6_ID512_27042017181215.pdf. Acesso em: 29 mai. 2024.

LOUZADA, Maria Laura da C. et al. Impacto do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde de crianças, adolescentes e adultos: revisão de escopo. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.37, n.1, p. e00323020, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/57BygZjXKGrzqFTTSWPh8CC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2024.

MARQUES, Ana Paula de O. et al. Envelhecimento, obesidade e consumo alimentar em idosos. 2019. v.10, n.2, p 231-242. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.231-242, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbqg/a/vzTzjHhCXVvygsCjgzGzJWR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso

MARTINEZ, Bruno; CAMELIER, Fernanda; Camelier, Aquiles. SARCOPENIA EM IDOSOS: um estudo de revisão. **Rev Pesq Fisio**. Bahia, v. 4. n. 1, p. 62-70, abr. 2014. Disponível em:

<https://journals.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/349>. Acesso em: 25 nov. 2024 em: 24 Nov. 2024

MAHMUD, Ibrahim C. *et al.* Tabagismo em idosos: uma revisão integrativa. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (**PUCRS**), Porto Alegre - RS, 2021.

Disponível em:

https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/20324/2/Tabagismo_em_idosos.pdf. Acesso em: 25 nov. 2024

MAURICIO, Layane; FEBRONE, Rafael; GAGLIARDO, Luiz. AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA DE CONSUMO ALIMENTAR DE IDOSOS PARTICIPANTES DO PROJETO INTEGRAR. **Revista Rede De Cuidados Em Saúde**. Duque de Caxias - RJ, v.1, n.8, p. 1-14, fev. 2014. Disponível em:

<https://publicacoes.unigranrio.edu.br/rcs/article/view/2177>. Acesso em: 25 nov. 2024

MELO, Laércio A. de., LIMA, Kenio C. de. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. **Departamento de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal**, Rio Grande do Norte, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/FjY6nhWYmJLbdgYp38Mw3pt/?lang=pt&format=html>.

Acesso em: 25 nov. 2024

MELO, Gisele, A., OLIVEIRA, Sâmella Rayssa, V.,A., CAVALCANTI, Mayra, S.,A. Nutrição e Envelhecimento: Fatores que Interferem o Consumo Alimentar do Idoso e sua Qualidade de Vida. Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, **CIEH**. Paraíba-PB, 2015. Disponível em:

https://editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2015/TRABALHO_EV040_MD4_SA15_ID2941_13082015184630.pdf. Acesso em: 25 nov. 2024.

MENDES, Antônia Jéssica, B.; PONTE, Keila Maria, A.; FARIAS, Maria, S. Cuidados de enfermagem para adesão, por idosos, de hábitos saudáveis de vida, com base na Teoria da Promoção da Saúde. **Revista Kairós Gerontologia**, 18(4), p. 269-287. São Paulo (SP), Brasil, 2015. Disponível em:

<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/29408/20497/78013>.

Acesso em: 24 nov. 2024. Acesso em: 24 nov. 2024.

MONTEIRO, Danielle. Estudo aponta associação entre alimentos ultraprocessados e risco de doenças. **FIOCRUZ**, 10 ago. 2021. Disponível em:

<https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-aponta-associacao-entre-alimentos-ultraprocessados-e-risco-de-doencas>. Acesso em: 10 jun. 2024.

MORAES, Edgar N. de; MORAES, Flávia L. de; LIMA, Simone de P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Rev Med Minas Gerais**. v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010. Disponível em:

<https://www.fonovim.com.br/arquivos/7befab299ac18dd97f383c5977b9cb22->

[Características biológicas e psicológicas do Envelhecimento.pdf](#) . Acesso em: 03 dez. 2024.

MOURA, Maria Martha D.; VERAS Renato P. Acompanhamento do envelhecimento humano em centro de convivência: Universidade Aberta da Terceira Idade, **UFRJ**. 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/M9K9GZ6PmF5BDwvVN6b3VCj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 de nov. 2024.

OLIVEIRA, Ana Paula N. Alcoolismo no idoso. **Faculdade de medicina da universidade de coimbra**, Portugal, 2016. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/33298>. Acesso em: 25 nov. 2024

OLIVEIRA, Vitor P. de *et al.* Prevalência de fibrilação atrial, prescrição de anticoagulação oral e fatores associados em idosos brasileiros. **Geriatr Gerontol Aging**. v.14, n. 4, p. 228-235, 2020. Disponível em:

<https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v14n4a03.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2024.

OLIVEIRA, Glauce Maria M. de *et al.* Estatística cardiovascular - Brasil 2021. **Arq. Bras. Cardiol**. v. 118, n.1, p.115-373, jan. 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/abc/a/xf6bJDQFs7gyH4cWqVtrkDq/#ModalHowcite>. Acesso em: 23 jun. 2024.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Resumo: relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra: **OMS**, 2015. Disponível em:

<https://sbqq.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 15 out. 2024.

ONU- Organização das Nações Unidas. ONU quer mais apoio para população em envelhecimento. China: **ONU**, jan.2023. Disponível em:

<https://news.un.org/pt/story/2023/01/1807992>. Acesso em: 03 nov. 2024.

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. Doenças cardiovasculares, **OPAS** , 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>.

Acesso em: 22 maio 2024.

PACHECO, Flavia, *et al.* Análise do consumo de leite e derivados entre diferentes faixas de idade no Brasil'. 2022. p. 136-139. Workshop de iniciação científica – **Embrapa Gado de Leite PIBIC/CNPq**, Juiz de Fora - MG, 2022. Disponível em: <https://www.alice.cnptia.embrapa.br/alice/bitstream/doc/1148816/1/Analise-do-consumo-de-leite-e-derivados-entre-diferentes-faixas-de-idade-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2024.

POF- Pesquisa de Orçamentos Familiares. Análise do Consumo Alimentar Pessoal no Brasil. IBGE, **POF**, 2017-2018. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7222745/mod_resource/content/2/relatorio%20publicado%20IBGE_POF_2017_2018.pdf. Acesso em: 14 out. 2014.

PONTES, Victor de C. B. Sarcopenia: rastreamento, diagnóstico e manejo clínico. **Journal of Hospital Sciences**. v.2, n.1, p.4-14, 2022. Disponível em: <https://jhsc.emnuvens.com.br/revista/article/view/32>. Acesso em: 01 nov.2024.

PREVIATO, Helena *et al.* Perfil clínico-nutricional e consumo alimentar de idosos do Programa Terceira Idade, Ouro Preto-MG. 2015. p. 357- 387, v. 2. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Nutrição - **Universidade Federal de Ouro Preto**, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/demetra/article/view/15014/13280>. Acesso em: 04 dez. 2024

PREVIDELLI, Agatha *et al.* Balanço de macronutrientes na dieta de idosos brasileiros: análises da Pesquisa Nacional de Alimentação 2008-2009. 2017. v.1, n.20 p 70-80. Programa de Pós-Graduação em Ciências do Envelhecimento da **Universidade São Judas Tadeu** – São Paulo (SP), 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/BFtfS5FHZTSPjwpjNtk7KHJ/#:~:text=A%20ingest%C3%A3o%20de%20alimentos%20de%20teor,a%20popula%C3%A7%C3%A3o%20mais%20idosa%20em%202010>. Acesso em: 25 nov. 2024.

QUEIROZ, Maria. *et al.* Hipertensão arterial no idoso - doença prevalente nesta população: uma revisão integrativa. **Braz. J. of Develop**. Curitiba, v. 6, n. 4, p. 22590-22598. 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/9409>. Acesso em: 20 de nov. 2024.

RIBEIRO, Guilherme *et al.* Associação entre insuficiência cardíaca e consumo de alimentos ultraprocessados em idosos: um estudo transversal. 2024. v. 1 n.27 p 1-10. Programa de Pós-graduação em Ciências da Nutrição – **UFV**, Viçosa - MG, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbpg/a/7DJwgYt3gmXmmqNZ3FDr5Gr/> Acesso em: 25 nov. 2024.

SAES, Mirelle *et al.* Desigualdades socioeconômicas no consumo alimentar da população idosa brasileira: **Pesquisa Nacional de Saúde**, 2019. v.7, n.27 p 2621 – 2628. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, UFRGS - 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mxcmtLYzBjV9qFqgLLTcnYM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 nov. 2024

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Núcleo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Divisão de Vigilância Epidemiológica da Coordenadoria em Vigilância em Saúde. **Boletim DAND pessoa idosa**: pessoa idosa e a vigilância de doenças e agravos não transmissíveis no município de São Paulo. São Paulo: SMS, 2023. 21 p. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Boletim%20Dant%20%20pessoa%20idosa_V7.pdf. Acesso em: 01 nov. 2024.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Saúde de São Paulo lança boletim sobre pessoa idosa e vigilância de doenças e agravos não transmissíveis. **Capital-SMS**, 04 janeiro de 2024. Disponível em: <https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/noticias/360056>. Acesso em: 14 out. 2024.

SBC- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Hipertensão Arterial. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.107, n.3, p.1-83, set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/KVdb6XvFGPJLqHfXKDbNQCg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2024.

SBC- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz Brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. **Arq. Bras. Cardiol**. v. 111, n. 3. set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/XkVKFb4838qXrXSYbmCYM3K/>. Acesso em: 05 dez.. 2024.

SCHUSTER, Jéssica; OLIVEIRA, Aline M. de; DAL BOSCO, Simone M. O papel da nutrição na prevenção e no tratamento de doenças cardiovasculares e metabólicas. **Revista da Sociedade de Cardiologia**. Rio Grande do Sul- RS. n.28, p.1-6, 2015. Disponível em: <https://www.socergs.org.br/arquivos/125/2015-Nutricao-II.pdf>. Acesso em: 11 out. 2024.

SILVA, Tatiana A. de *et al*. Sarcopenia associada ao envelhecimento: aspectos etiológicos e opções terapêuticas. **Rev. Bras. Reumatol**. v. 45, n.6, p. 391-397, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/D5C93ftQjdyL4L6Bx5gw3R/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 out. 2024.

SILVA, Alanna G. *et al*. Tendências temporais de morbidades e fatores de risco e de proteção para doenças crônicas não transmissíveis em pessoas idosas residentes nas capitais brasileiras. **Rev. Bras Epidemiol**. v.26, n1, p.1-11, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2023.v26suppl1/e230009/pt>. Acesso em: 14 out. 2024.

SILVEIRA, Erika . *et al*. Baixo consumo de frutas, verduras e legumes: fatores associados em idosos em capital no Centro-Oeste do Brasil. 2015. v.20, n.12 p 3689 – 3699. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – **USP**, Goiânia – GO - 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3WX7njJ5LKt5kDfgX6MGW9h/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2024.

SILVA, Gilmar Ramos da *et al*. AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E DO RISCO CARDIOVASCULAR DE IDOSAS PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA EM UM CLUBE NA ZONA OESTE DO RIO DE JANEIRO. **Revista Presença**, v. 2,

n. 6, p. 13-28, jan. 2017. Disponível em:
<https://revistapresenca.celsolisboa.edu.br/index.php/numerohum/article/view/86>.
Acesso em: 05 dez. 2024.

SIMÕES, Milena de. O.; DUMITH, Samuel C.; CONÇALVES, Carla V. Recebimento de aconselhamento nutricional por adultos e idosos em um município do Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande – Rio Grande do Sul (RS)**, 2019. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/GzSx33Scdtn9HCkGQVs3DCf/?lang=pt>. Acesso em: 25 nov. 2024

SIQUEIRA, Kennya; SCHETTINO, João Pedro. O consumo de queijos pelos brasileiros. **MilkPoint**, São Bernardo do Campo - SP, v.13, n.8, p.1-3, abr. 2021. Disponível em:
<https://www.infoteca.cnptia.embrapa.br/infoteca/bitstream/doc/1134802/1/Consumo-queijos.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2024

TAVARES, Lima, E. *et al.*, Avaliação nutricional de idosos: desafios da atualidade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2015. v.18(3) p. 643-650. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14249>. Acesso em: 21 de nov. 2024.

VALENTE, Marcelo; MAGALHÃES, Maria Aquinara Z.; ALEXANDRE, Tiago da. **Recomendações para diagnóstico e tratamento da sarcopenia no Brasil**. SBGG-Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2023. 28 p. Disponível em:
https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2023/11/1699883102_Manual_de_Recomendaes_para_Diagnstico_e_Tratamento_da_Sarcopenia_no_Brasil.pdf. Acesso em: 09 out. 2024.