

Estado nutricional de idosas e variáveis associadas com o recebimento de benefício social

Nutritional status of elderly and variables associated with receiving social benefit

Marcela Magro¹, Mayla Gabriely Giacomel Rodrigues¹, Jaqueline Hack¹, Michele Dal Santos¹, Patrícia Chiconatto², Angelica Rocha de Freitas Melhem³, Adriana Masiero Kühl⁴, Renata Léia Demario Vieira⁵

RESUMO

Objetivo: O objetivo desse estudo foi avaliar o estado nutricional e a relação da condição socioeconômica, demográfica, hábito alimentar e prevalência de doenças entre idosas beneficiárias e não beneficiárias da previdência social, na cidade de Guarapuava, Paraná, Brasil.

Materiais e Métodos: Estudo transversal realizado com idosas, participantes de 5 grupos paroquiais de Guarapuava. Foi feita a avaliação antropométrica por meio de peso, estatura, pregas cutâneas e circunferências corporais. Foram obtidos dados socioeconômicos, demográficos, frequência alimentar e presença de doenças. As idosas avaliadas foram divididas em beneficiárias (grupo BPS) e não beneficiárias (grupo NBPS).

Resultados: Foram avaliadas 56 idosas, com idade média de 69,6±6,7 anos. Beneficiárias representaram 80,4% e não beneficiárias 19,6% da amostra. No diagnóstico nutricional pelo IMC, no grupo geral prevaleceu obesidade com 50%, seguido de eutrofia 28,6%. No grupo BPS, obesidade representou 44,4% e eutrofia 33,3%. Já no grupo NBPS, a obesidade foi de 72,7%. A renda apresentou correlação negativa e estatisticamente significativa com as pregas cutâneas tricipital ($p=0,008$) e subescapular ($p=0,003$). A prevalência de doenças foi maior no grupo NBPS. O hábito alimentar evidenciou prevalência de alimentos fontes de gorduras, açúcares e fibras.

Conclusão: Foi alta a prevalência de excesso de peso nas idosas, principalmente entre as não beneficiárias da previdência social. A renda oriunda do benefício pode contribuir para um melhor estado nutricional pois está relacionada a outras condições que levam a idosa a ter um melhor cuidado com a saúde.

Palavras-chave: idoso; avaliação nutricional; consumo alimentar; pensões; aposentadoria.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to evaluate the nutritional status and the relation of the socioeconomic condition, demography, dietary habits and prevalence of diseases between elderly with and without social security benefits, in the city of Guarapuava, Paraná, Brazil.

Materials and Methods: A cross-sectional study was conducted with elderly women, which are members from five parochial groups in Guarapuava. An anthropometric evaluation was conducted by measuring the weight, height, skin folds and body circumferences. We collected data about socioeconomics, demography, alimentary frequency and the presence of diseases. The elderly women evaluated were divided in beneficiaries (BPS group) and non-beneficiaries (NBPS group).

Results: 56 elderly women were evaluated, with a mean age of 69.6±6.7 years. Beneficiary group represents 80.4%, and non-beneficiary group are 19.6% of the sample. Regarding the nutritional diagnosis through the BMI, in the general group, obesity has prevailed with 50%, followed by eutrophy with 28.6%. On the BPS group, obesity represents 44.4% and eutrophy 33.3%. Meanwhile, on the NBPS group, obesity has 72.7%. The income has showed a negative significant correlation with the triceps skin folds ($p=0.008$) and the subscapular skin folds ($p=0.003$). The prevalence of diseases was higher on the NBPS group. The alimentary habits had pointed to a preference for fat source food, sugars and fibers.

Conclusions: Overweight has showed high levels in elderly women, especially in the non-beneficiary group. The income from social security may contribute to a better nutritional status, since it's related to other conditions that lead the elderly to a better health care.

Keywords: aged; nutritional assessment; food consumption; pensions; retirement.

¹Acadêmica do curso de Nutrição da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO).

²Nutricionista. Especialista em Nutrição Funcional pelo Centro VP de Consultoria/UNICSUL. Docente da UNICENTRO.

³Nutricionista. Mestre em Gastroenterologia pela UNIFESP. Docente da UNICENTRO.

⁴Nutricionista. Mestre em Nutrição e Dietética pela UFSC. Docente da UNICENTRO.

⁵Nutricionista. Mestre em Nutrição pela UFSC. Docente da UNICENTRO.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que vem ocorrendo nos países desenvolvidos e, de forma mais intensa e acelerada, nos países em desenvolvimento, como acontece no Brasil¹. Especificamente na cidade de Guarapuava, o número de indivíduos com 60 anos ou mais passou de 10.645, no ano de 2000, para 15.908 idosos no ano de 2010². Esse aumento da população de idosos está relacionado, principalmente, à redução das taxas de fecundidade e ao aumento da expectativa de vida³.

O processo de envelhecimento humano é caracterizado por alterações metabólicas, fisiológicas, psicológicas e bioquímicas que interferem diretamente sobre o estado nutricional do indivíduo⁴. Além dessas condições, fatores econômicos, sociais, demográficos, ambientais e distúrbios alimentares também influenciam no estado de saúde do idoso⁵. Com relação aos fatores econômicos, a baixa renda assume um papel relevante pela grande prevalência entre os idosos brasileiros^{6,7}.

Nesse contexto, existe a Previdência Social Brasileira, um sistema de proteção social, por meio do qual há transferência de renda, com o objetivo de substituir a renda do trabalhador contribuinte quando o mesmo deixa de trabalhar, seja por doença, invalidez, idade avançada, desemprego involuntário ou, mesmo, pela maternidade e a reclusão⁸. Esse sistema mostra-se fundamental, contudo ainda insuficiente visto que, muitas vezes, a única fonte de renda dos idosos são as pensões e aposentadorias⁹.

A presença de distúrbios nutricionais é comumente verificada entre os idosos^{7,10,11}. Sabe-se que alterações do estado nutricional como o baixo-peso aumentam o risco de infecções e mortalidade, já, por outro lado, o sobrepeso aumenta o risco de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes. Portanto, a manutenção de um estado nutricional adequado é de extrema importância para a saúde do idoso. Dessa forma, o conhecimento do perfil antropométrico dos idosos torna-se essencial, visto que pode contribuir para o planejamento de programas e ações preventivas em saúde^{12,13}.

No Brasil, poucos estudos têm buscado a influência da condição econômica no surgimento das alterações nutricionais em idosos nos últimos anos^{5,7,11,12}.

Considerando, portanto, que o recebimento de benefícios previdenciários é característico da maior parcela dos idosos brasileiros, há a necessidade de se identificar a relação dessa condição tão comum com o estado nutricional desse grupo populacional.

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi avaliar o estado nutricional e a relação da condição socioeconômica, demográfica, hábito alimentar e prevalência de doenças entre idosas beneficiárias e não beneficiárias da previdência social, na cidade de Guarapuava, Paraná, Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Nesse estudo, de caráter transversal, foram selecionadas as paróquias da área central do município de Guarapuava que realizavam grupos de idosos. Visitou-se os 5 grupos de idosos existentes, no período de março a abril de 2012, e convidados os frequentadores, independentemente de serem beneficiários ou não da previdência social, a participarem do estudo. Ao todo, 59 idosos aceitaram participar da pesquisa, entretanto, por haver apenas três indivíduos do sexo masculino, optou-se pela exclusão desses.

A amostra final teve a participação de idosas, que recebiam pelo menos um tipo de benefício previdenciário (aposentadoria, pensão ou benefício assistencial) e de idosas não beneficiárias da previdência social. Os indivíduos que concordaram voluntariamente em participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, protocolo número 276/2011.

Para identificar a situação socioeconômica, demográfica e de saúde das idosas, foi elaborado um formulário semi estruturado, próprio, não validado, composto de questões abertas e fechadas, o qual era aplicado por meio de entrevista durante as reuniões dos grupos. As variáveis analisadas nesse formulário foram: idade, gênero, grau de escolaridade, renda, recebimento de benefícios previdenciários, tipo de benefício recebido, número de moradores na residência e presença de doenças referidas.

O hábito alimentar foi avaliado por meio de Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA), composto por uma lista única com 40 alimentos de todos os grupos da pirâmide alimentar (grupos dos cereais, pães, raízes e tubérculos e massas, frutas, hortaliças, leguminosas, leite e derivados, carnes e derivados, gorduras e óleos e açúcares e doces). Os alimentos listados foram alguns dos considerados mais representativos do consumo de idosos¹⁴. As entrevistadas responderam uma das seguintes frequências de consumo para cada alimento: mais que 3 vezes ao dia, 2 a 3 vezes ao dia, 1 vez ao dia, 5 a 6 vezes por semana, 2 a 4 vezes por semana, 1 vez por semana, 1 a 3 vezes por mês e nunca. Entretanto, para análise estatística, as frequências foram agrupadas em diária e não diária e optou-se por apresentar nos resultados apenas os alimentos que tiveram maior prevalência de consumo dentre as idosas.

A avaliação antropométrica das idosas incluiu a aferição do peso, estatura, pregas cutâneas tricipital e subescapular, circunferências do braço e da panturrilha e espessura do músculo adutor do polegar. O peso (em kg) foi aferido por meio de balança digital, com capacidade máxima de 150 kg, da marca Cadence®, estando o indivíduo em pé, descalço, com o mínimo de roupa possível e sem objetos nas mãos ou nos bolsos¹⁵. Para aferição da estatura (em cm), foi utilizada fita métrica inextensível acoplada à parede, estando o avaliado em pé, descalço, sem adereços na cabeça, em apneia inspiratória, olhando para o Plano de Frankfurt¹⁵. Com os valores de peso e estatura, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), classificado segundo os valores propostos pela Organização Pan-Americana de Saúde, específicos para idosos. Sendo considerado obesidade valores de IMC igual ou superiores a 30 kg/m²¹⁶.

A circunferência do braço (CB) foi obtida com auxílio de uma fita métrica inelástica, no ponto médio entre o acrômio da escápula e o olécrano da ulna, com o avaliado em pé, com o braço relaxado na lateral do corpo e palma da mão voltada para coxa. Sendo que, para obter o ponto médio, o braço do indivíduo deveria estar flexionado junto ao corpo em um ângulo de 90°¹⁷. A classificação foi feita considerando-se os valores

propostos por Frisancho¹⁸.

A prega cutânea tricipital (PCT) foi localizada também com o auxílio da fita métrica, no ponto médio entre o acrômio e o olécrano com o braço flexionado junto ao corpo, formando um ângulo de 90°¹⁹. Assim, a mensuração foi feita na parte posterior do braço, com os braços relaxados e estendidos ao longo do corpo, por um adipômetro científico da marca Sanny®. Os resultados obtidos foram comparados com o padrão estabelecido por Frisancho¹⁸. A prega cutânea subescapular (PCSE) também foi mensurada com o mesmo instrumento, aferindo-se a prega perpendicularmente à escápula, estando o indivíduo com os braços relaxados e estendidos ao longo do corpo¹⁹. Os valores encontrados foram classificados segundo o mesmo autor¹⁸.

Com a obtenção da CB e da PCT, a circunferência muscular do braço (CMB) foi determinada pela fórmula: $CMB = CB \text{ (cm)} - 0,314 \times PCT \text{ (mm)}$ e classificada segundo os valores propostos por Frisancho¹⁸. A circunferência da panturrilha (CP) foi obtida por meio da fita métrica, na parte mais protuberante da panturrilha, estando o indivíduo sentado, com a perna flexionada em um ângulo de 90°¹⁷. A depleção de massa muscular foi classificada de acordo com a OMS²⁰.

A espessura do músculo adutor do polegar (EMAP) foi avaliada com o paciente sentado, com a mão dominante repousando sobre o joelho, cotovelo em ângulo de aproximadamente 90 graus sobre o membro inferior homolateral. Foi utilizado adipômetro para pinçar o músculo adutor no vértice de um triângulo imaginário formado pela extensão do polegar e indicador, técnica preconizada por Lameu et al.²¹. Os valores resultantes foram comparados com os valores médios obtidos para a população saudável pelo mesmo autor²¹.

Investigou-se a possível associação estatística entre as variáveis relacionadas ao estado nutricional, hábito alimentar e presença de doenças com o recebimento ou não de benefício previdenciário. Sendo as idosas avaliadas divididas em dois grupos: beneficiárias da previdência social (BPS) e não beneficiárias da previdência social (NBPS) para melhor apresentação dos resultados. A análise estatística descritiva foi feita por meio de frequências, média e desvio-padrão. Já

TABELA 1 - Características socioeconômicas das idosas avaliadas.

Variáveis	Média±DP (n=56)
Idade (anos)	69,59±6,75
Escolaridade (% - n)	
Analfabetas	3,6 (2)
1 - 4 anos	76,78 (43)
5 - 8 anos	14,28 (8)
9 ou mais anos	5,36 (3)
Renda (SM)*	
Renda do benefício previdenciário**	1,16±0,76
Renda total da idosa	1,23±0,81
Renda total da família	2,33±1,35
Nº de moradores na residência	2,20±1,02

DP=desvio-padrão; *SM=salário-mínimo vigente (R\$ 622,00); **correspondente a 45 beneficiárias.

para a comparação de médias entre os dois grupos do estudo, foi utilizado o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, para as variáveis categorizadas, o Teste Qui-Quadrado e ainda foi realizada correlação não-paramétrica de *Spearman* entre as variáveis antropométricas e renda total das idosas. Todas as análises foram conduzidas com o Programa Estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0, considerando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Foram avaliadas 56 idosas, com idade média de $69,6 \pm 6,7$ anos. Dessas, 76,7% tiveram apenas entre 1 a 4 anos de estudo (tabela 1). Quando se questionado sobre a renda, 80,4% das idosas recebiam algum tipo de benefício previdenciário e 19,6% não recebiam qualquer benefício e também não tinham outra fonte de renda. A renda média oriunda do benefício previdenciário, a renda média total da idosa (com benefício e sem benefício), a renda familiar média, assim como o número médio de moradores na residência estão demonstrados na tabela 1.

Na tabela 2 são apresentadas as variáveis antropométricas avaliadas. O maior peso médio foi encontrado no grupo NBPS. A estatura teve pequena variação entre os grupos, sendo $1,5 \pm 0,1$ m a estatura média de todo o grupo (tabela 2).

O IMC médio do grupo geral foi $29,3 \pm 4,6$ kg/m², sendo

que o maior IMC foi encontrado no grupo NBPS. O diagnóstico nutricional pelo IMC evidenciou a prevalência de obesidade em todos os grupos, conforme pode ser verificado na tabela 2.

A circunferência do braço teve média de $33,4 \pm 4,0$ cm no grupo NBPS, maior que nos outros grupos. A circunferência muscular do braço também foi maior nesse grupo, sendo $25,0 \pm 3,4$ cm, havendo diferenças mínimas entre os grupos. A espessura do músculo adutor do polegar (EMAP) encontrou-se mais elevada no grupo NBPS, confirmada pela significância estatística ($p=0,012$). As pregas cutâneas tricipital e subescapular se apresentaram consideravelmente elevadas no grupo NBPS. Verificou-se diferença estatística tanto para PCT ($p=0,029$) quanto para PCSE ($p=0,012$). Já a circunferência da panturrilha foi similar em todos os grupos (tabela 2).

Por meio da correlação feita entre as variáveis antropométricas e a renda total das idosas, foi possível verificar a influência da mesma no estado nutricional e na composição corporal das avaliadas. Dentre as variáveis antropométricas, a PCT e a PCSE apresentaram correlação negativa e estatisticamente significativa, indicando que quanto menor a renda da idosa maior a sua adiposidade e vice-versa (tabela 3).

Na descrição da frequência alimentar (tabela 4) são apresentados os alimentos que tiveram maior prevalência de consumo diário dentre as entrevistadas, sendo que esses eram, principalmente, fontes de gorduras, açúcares e fibras. Destaca-se o alto consumo de frutas e vegetais tanto pelo grupo geral (85,7% e 50%, respectivamente) quanto pelo grupo BPS (84,4% e 53,3%, respectivamente). Ainda, cereais integrais tiveram um consumo diário de 46,7% pelo grupo BPS. Já as frutas (90,9%) e a margarina (63,6%) tiveram maior consumo pelo grupo NBPS. Embora todas sem associação estatisticamente significativa.

Avaliou-se, também, a presença de doenças, sendo que as maiores prevalências foram encontradas no grupo NBPS. Exceto o diabetes mellitus e a depressão prevaleceram no grupo BPS. Quando associadas ao recebimento de benefícios previdenciários, nenhuma doença apresentou associação estatisticamente significativa (tabela 5).

TABELA 2 - Comparação dos dados antropométricos e composição corporal de idosas beneficiárias e não beneficiárias da previdência social.

Variáveis antropométricas	Grupo geral (n=56)	Grupo BPS (n=45)	Grupo NBPS (n=11)	Valor de p
	Média±DP	Média±DP	Média±DP	
Peso (kg)	69,19±11,98	68,37±11,93	72,55±12,17	0,312 ^a
Estatuta (m)	1,53±0,07	1,53±0,07	1,54±0,07	0,836 ^a
IMC (kg/m ²)	29,35±4,57	29,00±4,48	30,77±4,85	0,152 ^a
Diagnóstico nutricional* - % (n)				0,339 ^b
<i>Baixo peso</i>	8,9 (5)	8,9 (4)	9,1 (1)	
<i>Eutrofia</i>	28,6 (16)	33,3 (15)	9,1 (1)	
<i>Sobrepeso</i>	12,5 (7)	13,3 (6)	9,1 (1)	
<i>Obesidade</i>	50,0 (28)	44,4 (20)	72,7 (8)	
CB (cm)	31,52±4,20	31,06±4,17	33,41±3,98	0,112 ^a
CMB (cm)	24,44±2,90	24,29±2,80	25,04±3,39	0,571 ^a
PCT (mm)	22,55±6,88	21,56±6,69	26,64±6,39	0,029 ^a
PCSe (mm)	20,99±7,43	19,83±7,39	25,73±5,68	0,012 ^a
EMAP (mm)	11,19±3,41	10,78±3,46	12,91±2,71	0,017 ^a
CP (cm)	37,54±3,94	37,47±4,18	37,82±2,88	0,726 ^a

DP=desvio-padrão; CB=circunferência do braço; CMB=circunferência muscular do braço; PCT=prega cutânea tricipital; PCSe=prega cutânea subescapular; EMAP=espessura do músculo adutor do polegar; CP=circunferência da panturrilha; *De acordo com o IMC (índice de massa corporal); ^aTeste *Mann-Whitney* entre os grupos BPS e NBPS; ^bTeste Qui-quadrado; p=significância estatística <0,05.

DISCUSSÃO

A idade média encontrada (69,6±6,7 anos) é semelhante ao encontrado em outros estudos brasileiros, como o de Borim et al.²² no qual a idade dos participantes foi de 69,9 anos. Contudo, menor que o encontrado em outro estudo²³ no qual a média de idade das mulheres avaliadas foi de 84,2 anos. A baixa escolaridade das avaliadas é semelhante ao que foi observado no estudo de Bassler e Lei²⁴, onde cerca de 60% dos idosos apresentou escolaridade inferior a 4 anos.

A baixa renda das idosas avaliadas retrata a condição socioeconômica encontrada atualmente no Brasil, visto que cerca de 33,5% dos brasileiros têm renda per capita de apenas meio a 1 salário-mínimo e 28,1% recebem entre 1 a 2 salários-mínimo⁶. O fato de que a média de moradores por residência no presente estudo, foi cerca de dois indivíduos e que a renda familiar foi quase o dobro da renda da idosa, sugere que muitas participantes residiam apenas com o cônjuge ou algum filho, pelo qual a renda era complementada. Essa complementação da renda é importante, visto que as aposentadorias e pensões constituem, muitas vezes, o

único rendimento do idoso⁶.

De forma geral, a prevalência de obesidade em todo o grupo avaliado foi alta (50%). Semelhante ao estudo conduzido por Andrade et al.¹¹ com idosos não institucionalizados, no qual também foi elevada a prevalência de sobrepeso e obesidade, sendo 41,8% e 23,4%, respectivamente.

Segundo pesquisas feitas nos últimos anos^{5,25,26}, a baixa condição socioeconômica pode estar vinculada a alterações do estado nutricional, como baixo peso ou excesso de peso. De acordo com os resultados expostos, pode-se afirmar que isso também foi verificado no presente estudo, pois, quando se observa o percentual de idosas com sobrepeso e obesidade, divididos entre os grupos do estudo, é notável a prevalência de excesso de peso no grupo não beneficiário, ou seja, o grupo de menor renda.

Resultado que difere do verificado por Campos et al.⁵ que analisou dados da Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV), realizada pelo IBGE entre 1996/1997, na qual notou-se que as menores faixas de renda domiciliar apresentaram aumento do risco de baixo peso e o aumento da renda domiciliar elevou o risco de

TABELA 3 - Correlação da renda total das idosas com as variáveis antropométricas analisadas.

Variáveis	Valor de r*	Valor de p
Peso	-0,087	0,525
IMC	-0,143	0,293
CB	-0,160	0,238
CMB	0,058	0,673
CP	-0,002	0,988
PCT	-0,351	0,008
PCSe	-0,385	0,003
EMAP	-0,211	0,119

CB=circunferência do braço; CMB=circunferência muscular do braço; PCT=prega cutânea tricipital; PCSe=prega cutânea subescapular; EMAP=espessura do músculo adutor do polegar; CP=circunferência da panturrilha; *Teste de correlação de Spearman; p=significância estatística <0,05.

sobrepeso e obesidade. Porém, o presente estudo está em concordância com pesquisas mais recentes^{26,27} que demonstram a prevalência de excesso de peso nos estratos populacionais de menor renda. Isso evidencia o processo de transição nutricional vivenciado no Brasil, independentemente, até mesmo, do nível de renda²⁸.

As pregas cutâneas apresentaram-se mais elevadas no grupo NBPS e tiveram correlação significativa com a renda total das idosas. Considerando que as pregas cutâneas avaliam a massa adiposa, a qual está relacionada ao excesso de peso, esse resultado reforça o diagnóstico nutricional encontrado pelo IMC nesse grupo. Assim, está indicando que as não beneficiárias possuem maior reserva de gordura corporal, o que pode ser devido a uma alimentação inadequada e/ou ausência de atividade física.

O hábito alimentar revelou alta ingestão de verduras e, principalmente, de frutas pelos grupos avaliados. Ponto positivo visto que esses alimentos são fontes de nutrientes como vitaminas, minerais e fibras, importantes para a manutenção de uma saúde adequada¹⁹. Além desses, destaca-se que o grupo BPS apresentou um bom consumo de cereais integrais, os quais também são ricos em fibras, que contribuem para a prevenção e controle de doenças como o diabetes mellitus. Associando-se ao fato de que esse grupo teve mais diabéticos, o consumo verificado pode ser devido a orientação comumente recebida pelos mesmos, sobre o benefício dos cereais integrais no controle glicêmico. Já o grupo NBPS, apresentou alto consumo de margarina,

representante do grupo das gorduras, esse tipo de alimento na dieta das idosas não beneficiárias pode estar colaborando para os resultados de maior adiposidade nas mesmas.

Ainda com relação ao hábito alimentar, mesmo não havendo relação estatística, notou-se durante as entrevistas, através do contato com as participantes, que o consumo alimentar era pouco variado, principalmente entre as não beneficiárias. O que pode indicar que quando se tem baixa renda há uma menor variedade na alimentação, tendendo-se a consumir maior quantidade de alimentos de baixo custo. Assim como no estudo de Freitas et al.¹⁴, feito com idosos que recebiam até 3 salários-mínimos, no qual constatou-se que poucos alimentos faziam parte da alimentação dos avaliados, ou seja, havia monotonia alimentar, também foi observado elevado consumo de carboidratos refinados em detrimento do consumo de alimentos integrais e baixa ingestão de alimentos fonte de gorduras mono e poliinsaturadas.

Com relação à presença de doenças na população estudada, em estudo de Leite-Cavalcanti et al.²⁹, a prevalência também foi alta com predomínio da hipertensão arterial, assim como no presente estudo. A hipertensão arterial está entre as doenças crônicas não transmissíveis mais comuns na população idosa e atinge diferentes classes sociais, além de estar frequentemente relacionada à obesidade, aumento do colesterol, triglicerídeos e glicemia¹². Além dessa, se destacaram o diabetes mellitus e a hipercolesterolemia dentre as avaliadas, comorbidades que também são comumente encontradas nos idosos e associadas ao excesso de peso, que podem aumentar a morbimortalidade e contribuir para uma menor qualidade de vida^{5,24}.

Diante do exposto, pode-se afirmar que o nível socioeconômico representa fator determinante da prevalência de sobrepeso e obesidade, pois é condicionante para disponibilidade de alimentos, acesso à informação, além de estar associado a melhores padrões de qualidade de vida, como a prática de atividade física²⁵. Destaca-se como possíveis limitações do estudo o fato de ter sido realizado apenas com mulheres e a falta de paridade entre os grupos, pois o

TABELA 4 - Comparação da frequência alimentar diária com o recebimento e não recebimento de benefício previdenciário.

Alimentos	Grupo geral (n=56)	Grupo BPS (n=45)	Grupo NBPS (n=11)	Valor de p*
	% (n)	% (n)	% (n)	
Queijo	23,2 (13)	20 (9)	36,4 (4)	0,249
Cereais integrais	44,4 (25)	46,7 (21)	36,4 (4)	0,538
Frutas	85,7 (48)	84,4 (38)	90,9 (10)	0,583
Vegetais	50,0 (28)	53,3 (24)	36,4 (4)	0,313
Suco artificial	26,8 (15)	31,1 (14)	9,1 (1)	0,139
Margarina	44,6 (25)	40 (18)	63,6 (7)	0,157
Bolo	5,4 (3)	4,4 (2)	9,1 (1)	0,540
Doces diversos	16,1 (9)	15,6 (7)	18,2 (2)	0,832

*Teste Qui-quadrado; p=significância estatística <0,05.

TABELA 5 - Prevalência de doenças nos grupos avaliados.

Doenças	Grupo geral (n=56)	Grupo BPS (n=45)	Grupo NBPS (n=11)	Valor de p*
	% (n)	% (n)	% (n)	
Diabetes	28,6 (16)	28,9 (13)	27,3 (3)	0,915
Hipertensão	67,9 (38)	66,7 (30)	72,7 (8)	0,700
Hipotireoidismo	8,9 (5)	8,9 (4)	9,1 (1)	0,983
Artrite/artrose	8,9 (5)	6,7 (3)	18,2 (2)	0,230
Hipercolesterolemia	14,3 (8)	13,3 (6)	18,2 (2)	0,680
Depressão	1,8 (1)	2,2 (1)	0 (0)	0,618
Outras	32,1 (18)	31,1 (14)	36,4 (4)	0,738

*Teste Qui-quadrado; p=significância estatística <0,05.

grupo não beneficiário era consideravelmente menor. Essa pode ter colaborado para a ausência de correlação estatística entre mais variáveis relacionadas ao estado nutricional, além da PCT e PCSe.

Os dados analisados permitem concluir que as idosas não beneficiárias da previdência social apresentaram maior inadequação do estado nutricional, reserva de gordura corporal e prevalência de doenças. Assim, a renda oriunda do benefício previdenciário pode influenciar o estado nutricional visto estar ligada, também, a diversos outros fatores que culminam em um maior cuidado com a saúde e melhor qualidade de vida da idosa.

REFERÊNCIAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública. 2009;43(3):548-54.
2. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Boletim Panorama Municipal segundo Censo Demográfico 2010: Guarapuava/PR [online]. 2010. [capturado 2012 nov 18]. Disponível em: http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/simulacao/layout/teste/mi_v_novo.php.
3. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad Saúde Pública. 2003;19(3):725-33.
4. Garcia ANM, Romani SAM, Lira PIC. Indicadores antropométricos na avaliação nutricional de idosos: um estudo comparativo. Rev Nutr. 2007; 20(4):371-8.
5. Campos MAG, Pedrosa ERP, Lamounier JA, Colosimo EA, Abrantes MM. Estado Nutricional e Fatores Associados em Idosos. Rev Assoc Med Bras 2006;52(4): 214-1.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Brasília (DF): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2007.
7. Silveira EA, Kac G, Barbosa LS. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. Cad Saúde Pública. 2009;25(7):1569-77.
8. Brasil. Ministério da Previdência Social. Assessoria de Comunicação Social. Idoso – Cidadão Brasileiro: informações sobre serviços e direitos. Brasília (DF): Ministério da Previdência Social; 2008.
9. Pfriner K, Ferriolli E. Avaliação nutricional do idoso. In: Vitollo MR. Nutrição: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio; 2008.

10. Ribeiro RSV, Rosa MI, Bozzetti MC. Malnutrition and associated variables in an elderly population of Criciúma, SC. *Rev Assoc Med Bras.* 2011;57(1):56-61.
11. Andrade FB, Caldas Júnior AF, Kitoko PM, Batista JEM, Andrade TB. Prevalence of overweight and obesity in elderly people from Vitória-ES, Brazil. *Ciênc Saúde Colet.* 2012; 17(3):749-56.
12. Bueno JM, Martino HSD, Fernandes MFS, Costa LS, Silva RR. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. *Ciênc Saúde Colet.* 2008;13(4): 1237-46.
13. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. As medidas de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos. In: *Atenção à saúde do idoso.* Belo Horizonte: SAS/MG; 2006. p. 26-37.
14. Freitas AMP, Philippi ST, Ribeiro SML. Listas de alimentos relacionadas ao consumo alimentar de um grupo de idosos: análises e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 2011 Mar;14(1):161-77.
15. Brasil. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Vigilância alimentar e nutricional: orientação básica para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
16. Organização Pan-Americana. XXXVI Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. Encuesta Multicéntrica: Salud, bien estar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Washington (DC): OPAS; 2002.
17. Duarte ACG. Avaliação nutricional, aspectos clínicos e laboratoriais. São Paulo: Atheneu; 2007.
18. Frisancho AR. New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. *Am J Clin Nutr.* 1981;34(11):2540-5.
19. Kamimura MA, Baxmann A, Sampaio LR, Cuppari L. Avaliação nutricional. In: Cuppari L. *Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto.* Barueri: Manole; 2005. p. 89-128.
20. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; 1995. Report of the WHO Expert Committee WHO Technical Report Series, 854.
21. Lameu EB, Gerude MF, Corrêa RC, Lima KA. Adductor pollicis muscle: a new anthropometric parameter. *Rev Hosp Clin.* 2004;59(2):57-62.
22. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(4):769-80.
23. Félix LN, Souza EMT. Avaliação nutricional de idosos em uma instituição por diferentes instrumentos. *Rev Nutr.* 2009;22(4):571-80.
24. Bassler TC, Lei DLM. Diagnóstico e monitoramento da situação nutricional da população idosa em município da região metropolitana de Curitiba (PR). *Rev Nutr.* 2008; 21(3):311-21.
25. Barbosa JM, Cabral PC, Lira PIC, Florêncio TMMT. Fatores socioeconômicos associados ao excesso de peso em população de baixa renda do Nordeste brasileiro. *ALAN.* 2009;59(1):22-9.
26. Lima FEL, Rabito EI, Dias MRMG. Estado nutricional de população adulta beneficiária do Programa Bolsa Família no município de Curitiba, PR. *Rev Bras Epidemiol.* 2011; 14(2):198-206.
27. Drewnowsky A. Obesity, diets and social inequality. *Nutr Rev* 2009; 67S:S36-9.
28. Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. The burden of disease from undernutrition and overnutrition in countries undergoing rapid nutrition transition: a view from Brazil. *Am J Public Health.* 2004;94(3):433-4.
29. Leite-Cavalcanti C, Gonçalves MCR, Ascitti LSR, Leite-Cavalcanti A. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. *Rev Salud Pública.* 2009;11(6):865-77.

Endereço para correspondência:

Marcela Magro
Rua Tamoios nº 80
Capanema/PR - CEP 85760-000
Telefone: +55 42 99087842
E-mail: marcelamagro@yahoo.com