

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

Andréia Focchesatto

**Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças
crônicas na população idosa rural da Linha Senador Ramiro, Nova
Bassano, RS**

Porto Alegre, 2009

ANDRÉIA FOCCHESATTO

**Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças
crônicas na população idosa rural da Linha Senador Ramiro, Nova
Bassano, RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Nutrição do Curso
de Nutrição da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, como requisito parcial à
obtenção do título de Nutricionista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ingrid Dalira Schweigert

Porto Alegre, 2009

ANDRÉIA FOCCHESATTO

Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas na população idosa rural da Linha Senador Ramiro, Nova Bassano, RS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Nutrição do Curso de Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Nutricionista.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Eliane Pinheiro de Moraes

(Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

Prof^a Ms Ilaine Schuch

(Graduação em Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me proporcionado a oportunidade de estudar na UFRGS, por ter me dado uma família digna, por todas as pessoas que fazem parte da minha vida e pela entrada do meu Abel na UFRGS.

Em especial aos meus pais, Jacir e Lourdes, primeiramente, por terem me dado a vida e uma educação maravilhosa e por todo o esforço físico, trabalhando dia-a-dia sob o sol escaldante e pelo apoio financeiro em possibilitar minha estadia e meus gastos básicos em Porto Alegre para eu poder realizar meu sonho.

Ao meu irmão querido Daniel, que trabalhou muito junto com meus pais para garantir o meu estudo e a minha “irmãzinha” Patrícia, que por ser ainda uma criança entendeu a minha ausência por tantos meses.

Ao meu tio Sextílio, um homem de um coração grandioso, que me estendeu a mão e me ajudou a começar essa caminhada rumo à universidade pública.

Ao meu maravilhoso namorado Abel, amor da minha vida, um companheiro e amigo de todas as horas, uma pessoa fantástica que me ajudou a enfrentar a distância da minha família, que tornou a minha vida melhor e os meus dias mais felizes e entendeu a minha falta de atenção e carinho, em algumas vezes, por causa dos estudos. O amo profundamente.

A minha querida professora orientadora Ingrid, excelente mestre e grande amiga na elaboração deste trabalho, sempre me ajudando e me ensinando muito.

Aos meus amigos e colegas da faculdade, em especial, minhas grandes amiga Daia, Fabi, Nani e Mila, pelos muitos momentos bons que passamos juntas.

Ao Curso de Nutrição e à UFRGS pelo ensino de qualidade.

Às pessoas que moram comigo, Daia e Adriano.

Aos meus sogros, Edílio e Valcária e a minha cunhada Fernanda, por todo o apoio e carinho dedicado à realização do meu sonho.

Ao Mateus, meu cunhado querido, e ao Marcelo, que moram com o Abel e me proporcionaram tantos momentos bons e tornaram a minha vida mais divertida.

Aos idosos do estudo que me receberam de forma amável em suas casas e possibilitaram a realização deste trabalho.

“Escolhe um trabalho de que gostes e não terás que trabalhar nem um dia na tua vida.”

Confúcio

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Brasil passa por intenso crescimento da sua população idosa, transformando-se em um país essencialmente urbano, com sua zona rural cada vez mais envelhecida. A transição nutricional é vista também no campo, ocorrendo aumento do excesso de peso e acarretando maior prevalência de doenças crônicas, grandes causadoras de mortalidade. Nova Bassano localiza-se na encosta superior do Nordeste do RS, sendo que a Linha Senador Ramiro, pertencente à área rural, possui 70 moradores idosos. **OBJETIVO:** Investigar a presença de fatores de risco e proteção para doenças crônicas na população idosa rural da Linha Senador Ramiro do município de Nova Bassano, RS. **METODOLOGIA:** Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os 70 idosos foram entrevistados em seus domicílios, por meio do questionário Vigitel Brasil 2007 (Ministério da Saúde), composto por variáveis socioeconômicas, demográficas, clínicas, dietéticas e comportamentais, ao qual foram incorporados aspectos dietéticos característicos da população rural. Foram considerados fatores de risco o hábito de fumar, o excesso de peso, o consumo de alimentos fonte de gordura saturada, o sedentarismo e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Fatores de proteção foram considerados a prática de atividade física no lazer, o consumo de frutas e hortaliças e prevenção de câncer. Após a entrevista, foram aferidos o peso, a estatura e a circunferência da cintura (CC). O estado nutricional foi classificado utilizando-se o Índice de Massa Corporal (IMC) para idosos segundo Lipschitz (1994) e a circunferência da cintura segundo a International Diabetes Federation (2008) e o National Cholesterol Education Program (2001). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS. Os dados foram processados e analisados utilizando-se o *software* SPSS 15.0. Testes utilizados foram: qui-quadrado (χ^2) e t-Student. Foi usado o nível de significância de 5%. **RESULTADOS:** foram entrevistados 70 idosos, sendo 65,7% mulheres. A viuvez foi mais prevalente no sexo feminino (39,1%). A idade média dos idosos foi de $70,45 \pm 7,86$ anos (DP) e 70% dos idosos participa de algum grupo de convivência. Realização de exames preventivos: mamografia (78,3%) e

citopatológico do colo do útero (47,8%), 57,1% dos idosos consideram a sua saúde regular. O consumo de vegetais e frutas diário foi 85,7% e 68,6%, respectivamente. Já o consumo diário de vinho foi de 54,3% e 72,3% afirmaram não ser sedentários. O consumo diário de banha de porco foi de 75,7%, queijo colonial 75,7% e pão caseiro 87,1%. O tabagismo foi apenas de 7,1%. A prevalência de excesso de peso foi de 55,9%, 76,5% apresentaram CC com risco aumentado para doenças cardiovasculares e metabólicas, a hipertensão arterial foi a doença crônica mais prevalente (64,3%), sendo maior entre as mulheres (78,3%). **CONCLUSÃO:** os fatores de risco encontrados foram o elevado consumo de gordura saturada, excesso de peso e elevada CC. Já os de proteção foram consumo regular de frutas e verduras por grande parte da população, baixo sedentarismo, consumo moderado e regular de vinho, baixo tabagismo e a realização de exames preventivos pelo sexo feminino.

Palavras-chave: Doença crônica. Saúde dos idosos. Fatores de risco. Fatores de proteção. População rural. Consumo alimentar.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Localização do município de Nova Bassano, RS. Região Nordeste do Estado, Serra Gaúcha.....	13
Figura 2 - Vista aérea da concentração urbana da cidade de Nova Bassano, RS.....	14
Figura 3 - Vista parcial da Linha Senador Ramiro, Nova Bassano, RS.....	19

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das variáveis demográficas segundo o sexo dos idosos da Linha Senador Ramiro, Nova Bassano, RS, 2009.....	40
Tabela 2 - Distribuição da frequência das variáveis clínicas segundo o sexo dos idosos da Linha Senador Ramiro, Nova Bassano, RS, 2009.....	44
Tabela 3 - Distribuição da frequência das variáveis dietéticas do questionário Vigitel segundo o sexo dos idosos da Linha Senador Ramiro, Nova Bassano, RS, 2009.....	48
Tabela 4 - Distribuição da frequência das variáveis dietéticas específicas segundo o sexo dos idosos da Linha Senador Ramiro, Nova Bassano, RS, 2009.....	50
Tabela 5 - Variáveis antropométricas segundo o sexo dos idosos da Linha Senador Ramiro, Nova Bassano, RS, 2009.....	54
Tabela 6 - Distribuição da frequência das variáveis antropométricas segundo o sexo dos idosos da Linha Senador Ramiro, Nova Bassano, RS, 2009.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CC – Circunferência da Cintura

DAC – Doença Arterial Coronariana

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV – Doenças Cardiovasculares

DM – Diabetes Mellitus

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HDL - High Density Lipoprotein - Lipoproteína de alta densidade

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IMC – Índice de Massa Corporal

Kg - Quilogramas

LDL - Low Density Lipoprotein - Lipoproteína de baixa densidade

VIGITEL – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE NOVA BASSANO.....	12
1.1.1 Origem do município	12
1.1.2 Localização	12
1.1.3 População	14
1.1.4 Serviços de saúde	15
1.1.5 Aspectos sociais e econômicos	15
1.1.6 As práticas agrícolas	16
1.1.7 Prestação de serviços	17
1.1.8 Zona Rural: Linha Senador Ramiro	18
1.2 AS TRANSFORMAÇÕES DO MEIO RURAL.....	20
1.3 O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO	21
1.3.1 O envelhecimento da população rural	25
1.4 FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS.....	27
2 OBJETIVOS	32
2.2 OBJETIVO GERAL.....	32
2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
3 METODOLOGIA	32
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E AMOSTRA	32
3.2 VARIÁVEIS	33
3.2.1 Variáveis sociodemográficas	33
3.2.2 Variáveis clínicas	33
3.2.3 Variáveis antropométricas	33
3.2.4 Variáveis dietéticas	34
3.2.5 Variáveis comportamentais	34
3.3 COLETA DOS DADOS	34
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	36
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS	37
4.2 AUTO- AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE, TABAGISMO E ATIVIDADE FÍSICA .	40

4.3 CONSUMO ALIMENTAR E DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	45
4.3.1 Outras variáveis alimentares	49
4.4 VARIÁVEIS ANTROPOMÉTRICAS.....	53
5 CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS	58
ANEXO 1	68
ANEXO 2	69
ANEXO 3	82
ANEXO 4 – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	
ANEXO 5 – Carta de Aprovação da Secretária da Saúde de Nova Bassano/RS..	

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano, integrante do ciclo biológico da vida, é um processo que envolve fatores hereditários, a própria idade, o estilo de vida, a ocupação, a alimentação, a ação do meio ambiente, a saúde física e mental e o contexto social no qual o indivíduo está inserido (AVLUND et al, 2004).

O processo de rápido e intenso crescimento global da população idosa (OMS, 2004) impacta profundamente sobre a saúde pública e a economia globais (CHAIMOVITZ, 1997; PARAHYBA, 2005), porém de forma heterogênea entre as regiões (PARAHYBA, 2005).

A interação entre fatores socioeconômicos, ambientais, saúde física e mental influencia, por sua vez, na qualidade de vida dos idosos e, conseqüentemente, na sua morbidade e mortalidade (RAUTIO, 2001).

O envelhecer associa-se a uma maior prevalência de doenças crônicas e a um maior número de incapacidades. Por essa razão, o envelhecimento caracteriza-se por ser uma fase da vida na qual a utilização de serviços de saúde tende a aumentar (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

Nos últimos anos, houve uma transformação nos hábitos alimentares do homem do campo, devido, principalmente, ao processo de urbanização do rural, levando ao aumento do consumo de produtos industrializados, ricos em açúcares e gorduras (BALEM; SILVEIRA, 2002). A transição nutricional está sendo vista também no campo, levando a um aumento da prevalência do excesso de peso, o que acarreta uma série de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como o diabetes mellitus (DM), a hipertensão arterial (HAS), as doenças cardiovasculares (DCV), dentre outras morbidades, grandes causadoras de mortalidade (MONTEIRO et al, 2005). De acordo com o Centro Nacional de Epidemiologia - CENEPI (2001), apenas as doenças cardiovasculares e as neoplasias são responsáveis por quase metade das mortes por causa conhecida.

Além do excesso de peso, estudos associam fortemente várias das principais DCNT com um conjunto relativamente pequeno de fatores de risco, em que se destacam o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, a HAS, a hipercolesterolemia, o baixo consumo de frutas e hortaliças e a inatividade física (MONTEIRO et al., 2005)

No Brasil, especialmente na região Sul, existem poucos estudos de base populacional analisando fatores de risco ou proteção para doenças crônicas em idosos da zona rural. Considerando essa carência de estudos, e, ainda, que os fatores de risco são passíveis de prevenção, mas não vem sendo monitorados de forma adequada no país, segundo Monteiro et al (2005), a realização do presente estudo, que teve como foco principal investigar esses fatores na população idosa rural do município de Nova Bassano, Rio Grande do Sul (RS), mais especificamente da Linha Senador Ramiro, poderá contribuir para o desenvolvimento de políticas de atenção à saúde dessa população e servir para subsidiar futuros estudos envolvendo a saúde do idoso rural. Sendo assim, justifica-se plenamente a realização de um estudo que aprofunde a existência desses problemas no campo.

A motivação para a elaboração deste trabalho e a escolha desta comunidade, em especial, devem-se também à trajetória de vida da pesquisadora, filha de agricultores, que viveu até os 17 anos no meio rural (na Linha estudada) do referido município. A escolha da população idosa para o desenvolvimento do estudo se deve ao fato de ser a população que vem crescendo mais intensamente, de ser aquela que necessita de muitos cuidados e por existirem poucos trabalhos com esse enfoque.

Tentando responder às indagações e motivações que deram origem a este trabalho, que se estrutura na caracterização do município de Nova Bassano, onde está inserida a comunidade rural estudada, há a abordagem relativa às transformações no meio rural e o processo de envelhecimento dessa população, culminando na descrição de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas. Na sequência, apresenta objetivos e metodologia empregados, para então proceder à análise dos resultados, a discussão e a conclusão.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE NOVA BASSANO

1.1.1 Origem do município

O município de Nova Bassano denominou-se primeiramente Bassano Del Grappa, em homenagem aos imigrantes italianos, primeiros desbravadores, que eram trinta famílias, oriundas de Bassano, no Norte da Itália, da Província de Vicenza. O povoado surgiu em 1891, com a colonização italiana no Rio Grande do Sul. Até aquela data, a região era habitada pelos Índios Coroados que, aos poucos, foram sendo afastados do local. As famílias acamparam em um barracão construído por ordens do governador e permaneceram ali por um ano. Cada família recebeu 302.500 m² de terras. Na época, a povoação pertencia ao município de Lagoa Vermelha (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA BASSANO, 2000).

Posteriormente, em 1898, Alfredo Chaves, atual Veranópolis, se emancipou de Lagoa Vermelha, levando consigo o território de Nova Bassano. Em 1924, Capoeira, atual Nova Prata, emancipou-se de Veranópolis. Nova Bassano ficou sendo, então, o segundo Distrito do novo município. Com o desenvolvimento do Distrito e o desejo de independência da população, foi realizado um plebiscito para realizar a emancipação e, em 23 de maio de 1964, o município passou a existir pela lei. No dia 10 de janeiro de 1965 foi realizada a primeira eleição, sendo escolhido o primeiro prefeito (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA BASSANO, 2000).

1.1.2 Localização

Nova Bassano localiza-se na encosta superior do Nordeste do Rio Grande do Sul, a 193 quilômetros da capital gaúcha, com altitude de 700 metros acima do nível do mar. Possui uma área geográfica de 225 quilômetros quadrados (km²) e faz limite com os municípios de Nova Araçá ao Norte, Nova Prata e Vista Alegre do Prata ao Sul, Nova Prata a Leste e Serafina Corrêa e Guaporé a Oeste. O município pertence à bacia hidrográfica do Guaíba (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA BASSANO,

2000). Aproximadamente 208 km² correspondem à área rural do município (Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural - EMATER, 2009).

As figura 1 e 2 mostram a localização do município de Nova Bassano e a vista aérea da sua concentração urbana, respectivamente.



Figura 1 - Localização do município de Nova Bassano, RS. Região Nordeste do Estado, Serra Gaúcha.

Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Nova_Bassano



Figura 2 - Vista aérea da concentração urbana da cidade de Nova Bassano, RS.

Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Nova_Bassano

1.1.3 População

Segundo Contagem da População do IBGE (2007), o município apresenta uma população de 8683 habitantes. Nova Bassano possui 2727 domicílios recenseados, sendo 2521 ocupados, 201 não-ocupados e seis coletivos. Os dados mais atuais sobre o número de homens e mulheres e dos habitantes da zona urbana e rural são de 2004 (IBGE, 2004), sendo 8749 habitantes, dos quais 49% são mulheres e 51% homens. A população urbana representa 54,53% da população total e a rural representa 45,47%. Há 1212 pessoas com mais de 60 anos no município, destes 598 moram na zona urbana e 614 residem na zona rural (IBGE, 2004).

A Linha Senador Ramiro é constituída de três comunidades, Santo Antônio, Botafogo e Caravágio, apresentando 70 moradores idosos, 24 homens e 46 mulheres (DIRETA, elaboração pelo autor).

1.1.4 Serviços de Saúde

O município possui duas unidades básicas de saúde, uma central e a outra no interior. Há somente um hospital na cidade, o Hospital Nossa Senhora de Lourdes, que presta serviços ambulatoriais, internações que não demandem especialização, análises clínicas, cirurgias simples e radiodiagnóstico, sendo os casos mais graves encaminhados para outros municípios, como Nova Prata, Paraí, Passo Fundo, Caxias do Sul ou Bento Gonçalves. Atualmente, o hospital conta com o apoio do Sistema Único de Saúde (SUS). Até o fim do ano de 2008, o hospital funcionava em sistema privado. Existe também um projeto em andamento para a criação de duas Equipes de Saúde da Família (ESFs) no município, que irão atender a população urbana e algumas famílias rurais localizadas próximas à cidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA BASSANO, 2006-2009).

No município, há elevada prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças, adultos e idosos. O DM e a HAS apresentam também elevada prevalência, havendo, ainda, uma quantidade expressiva de mulheres que fazem uso de medicações psicotrópicas e ansiolíticas. A maioria dos óbitos (37%) ocorridos em 2005 foi decorrente de doenças do aparelho circulatório, seguida das neoplasias e causas externas, como acidentes de trânsito e suicídios (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA BASSANO, 2008).

1.1.5 Aspectos sociais e econômicos

Nova Bassano ainda é dependente, em muitos aspectos, dos municípios pólos regionais, como Caxias do Sul, Bento Gonçalves e Passo Fundo, que centralizam setores como saúde, educação, comércio e prestação de serviços. Apresentando belas paisagens coloniais da Região Serrana do Estado, destaca-se no turismo rural e ecológico. A população bassanense cultiva o costume de seus antepassados, nas tradições e na religião. Em suas festas coloniais apresenta farta gastronomia típica italiana ((PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA BASSANO, 2006-2009).

O município destaca-se na metalurgia, maior geradora do desenvolvimento socioeconômico do município, destacando-se a empresa Medabil, cuja sede central localiza-se em Nova Bassano. As indústrias metalúrgicas geram inúmeros empregos, que além de absorverem a mão-de-obra local, atraem trabalhadores de outros municípios e estados, os quais investem seus ganhos no local, acelerando o crescimento social e econômico. Há 63 indústrias de transformação em vários segmentos na cidade, como no setor metalúrgico, agrícola, madeireiro, alimentício, basáltico e calçadista. A avicultura, pioneira no ramo, é outro pilar de sustentação econômica do município. O município conta com grande desenvolvimento e tecnologia na agricultura e pecuária. Destaca-se, também, no comércio em geral (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA BASSANO, 2006-2009).

1.1.6 As práticas agrícolas

A agricultura de Nova Bassano é conhecida tradicionalmente pela cultura do tomate. O município já foi considerado a capital do tomate, situação que se alterou atualmente devido aos baixos preços recebidos e ao alto custo dos cultivos na compra de sementes, agrotóxicos, adubação e irrigação, fazendo os agricultores reduzirem as plantações. Dentre as inúmeras culturas, destacam-se a soja, o milho, o trigo, a uva, os hortigranjeiros (tomate, repolho, pimentão, couve-flor, brócolis). Na pecuária, o gado de leite e de corte, os suínos, as aves e os ovos, recebem maior destaque. Há também, em menor extensão, a criação de ovinos e caprinos (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA BASSANO, 2006-2009).

De acordo com o Censo Agropecuário 2006 do IBGE, há 790 estabelecimentos agropecuários, 489 com lavouras permanentes (destacando-se a uva, a laranja, a noz, a tangerina e a erva-mate), 711 com lavouras temporárias (aveia, milho, soja, tomate e trigo, com destaque para o milho, com 7500 hectares plantados em 2007), 646 com pastagens naturais, 631 com bovinos, 1 com bubalinos, 11 com caprinos, 47 com ovinos, 399 com suínos, 559 com aves, 551 com gado de leite, 4 com produção de lã e 436 com produção de ovos de galinha.

Segundo a EMATER (2009) de Nova Bassano, o rebanho bovino é, na sua maioria, constituído de gado leiteiro. A pecuária leiteira apresentou numerosa

expansão nos últimos anos, incentivada pelas indústrias locais como a COOPIBI (Cooperativa Mista Ibiraiaras) e a Cooperativa Santa Clara, que contribuem para a manutenção das pequenas propriedades rurais, realizando a compra do leite produzido. A suinocultura e a avicultura aumentaram muito nos últimos anos devido ao sistema integrado de produção das empresas locais com complexos agroindustriais localizados em Caxias do Sul e Passo Fundo.

1.1.7 Prestação de Serviços

No município, há quatro agências bancárias. Todas possuem linhas de crédito para custeio e investimento na agricultura, comércio e indústria (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA BASSANO, 2006-2009).

Há uma creche, que presta atendimento gratuito para crianças de 1 a 6 anos de idade e uma APAE (Associação de Pais e Amigos de Excepcionais), que presta assistência para pessoas tanto da localidade quanto de municípios vizinhos. Existem oito escolas estaduais, uma localiza-se na cidade e disponibiliza Ensino Médio completo, atendendo 789 alunos. As outras sete localizam-se no meio rural, entretanto, somente duas estão em funcionamento, disponibilizando Ensino Fundamental incompleto e atendendo 34 alunos (SECRETARIA DA EDUCAÇÃO DO RS, 2008). Das escolas municipais, uma localiza-se na cidade e 16 escolas no meio rural, sendo que, dentre estas, somente 8 estão em funcionamento. As escolas municipais atendem 750 alunos: 80 alunos na área rural e 670 na área urbana. As escolas estaduais e municipais localizadas no meio rural estão sendo fechadas devido à pouca demanda de estudantes e pelo fato de muitos pais estarem matriculando seus filhos nas escolas urbanas. No ano de 2000, o número de alunos matriculados em escolas rurais era de 512, já em 2008 eram apenas 114 (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA BASSANO, 2006-2009).

O Ensino Superior universitário é encontrado nas cidades vizinhas. Os estudantes se dirigem diariamente às universidades, como a Universidade de Passo Fundo (UPF) e a Universidade de Caxias do Sul (UCS), as quais possuem campus também nas cidades de Casca e Nova Prata, respectivamente. Atualmente, há na cidade uma faculdade de ensino à distância, sendo um campus da UCS. O

município possui também uma rádio local comunitária (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA BASSANO, 2006-2009).

1.1.8 Zona rural: Linha Senador Ramiro

A colonização da linha Senador Ramiro ocorreu inicialmente pelas famílias Bertuzzi, Marzzaro, Garbin, Borrin, Vazzoller, Pozza, Bonatto, Anzolin, Segalin, Tessari, Sasso, Pellizzari, Bongiovani, Todeschini, Lovison, Nicolli, Pieta e Tedesco, todas de origem italiana. A colonização iniciou-se por volta de 1891, quando os colonizadores começaram a desbravar a mata virgem, construir suas casas e cultivar as primeiras culturas e ter as primeiras criações (RADIN, 1995).

Os pioneiros, como eram da religião católica, construíram pequenos capitéis para orar e um salão para jogar baralho. As construções eram totalmente de madeira, inclusive o telhado, feito com pequenas tábuas denominadas “scandole”. Em 1917, surgiu a primeira comunidade, chamada de Santo Antônio, devido à devoção dos fiéis pelo padroeiro. Em torno de 1953, surgiu a comunidade de Nossa Senhora do Caravágio, cuja imagem atraiu peregrinos para o local e, em 1961, a comunidade de Botafogo, desmembrada da comunidade de Santo Antônio (RADIN, 1995).

A Linha Senador Ramiro é formada por 94 famílias, distribuídas em três comunidades rurais: Santo Antônio, com 31 famílias; Botafogo, com 38 famílias e Nossa Senhora do Caravágio, com 25 famílias (DIRETA, elaboração pelo autor). A figura 3 mostra uma vista parcial da Linha Senador Ramiro.



Figura 3 - Vista parcial da Linha Senador Ramiro, Nova Bassano, RS.

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Linha Senador Ramiro, Nova Bassano, RS, 2009.

A agricultura, nesta localidade, é diversificada e predominantemente de caráter familiar, destacando-se a produção de aves, suínos, leite e hortigranjeiros. O tamanho médio das propriedades é de 15 hectares, sendo o terreno extremamente ondulado. Todas as residências possuem energia elétrica, telefone e água encanada de poço artesiano (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA BASSANO, 2006-2009).

Na Linha Senador Ramiro, existem duas escolas municipais de primeiro grau incompleto (nas comunidades Santo Antônio e Botafogo) e uma escola estadual de primeiro grau incompleto (na comunidade Nossa Senhora do Caravágio), entretanto somente a escola na comunidade Botafogo está em funcionamento. Nas três comunidades, há um salão comunitário com ginásio de esportes, salão para festas, cancha de bocha, campo de futebol e igreja. A estrada que liga as comunidades até a cidade é uma via vicinal com estrada de chão batido. Atualmente, está sendo

implantado o calçamento na zona rural do município, inclusive na Linha Senador Ramiro (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA BASSANO, 2006-2009).

As práticas e costumes de origem italiana são bem visíveis nas três comunidades. As mais expressivas são de ordem linguística e gastronômica. O dialeto italiano ainda é uma língua muito usada pela população das comunidades, principalmente, pelas pessoas mais idosas. Contudo, jovens, adultos e crianças também falam, ou, ao menos, entendem o dialeto. Para as pessoas mais velhas, o uso da língua portuguesa limita-se a diálogos com pessoas desconhecidas e, às vezes, com as crianças. As comidas típicas, como polenta, salame, queijo, pão caseiro e vinho, fazem parte do cardápio diário das famílias (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA BASSANO, 2006-2009).

1.2 AS TRANSFORMAÇÕES DO MEIO RURAL

Nos anos 50, aproximadamente 66% da população brasileira residia na zona rural (PATARRA, 2000). Com mais de 80% das pessoas radicadas nas cidades, o Brasil transformou-se, atualmente, em um país essencialmente urbano (IBGE, 2000). Uma das principais diferenças notadas entre o urbano e rural é a ocupação. A base da economia rural é a agricultura e as ocupações de colheita (SCHWARTZ, 1998, AMBROSINI; WITT, 2000, apud SCHWARTZ, 2002). O meio rural deixou de ser sinônimo de apenas agrícola e passou a ser o local de algumas atividades que eram tipicamente urbanas, como as atividades de preservação do meio ambiente, o lazer, o turismo rural, além de um conjunto de atividades agropecuárias intensivas (olericultura, floricultura, fruticultura de mesa, piscicultura, criação de pequenos animais – rã, *escargot*, aves exóticas) (BALSADI, 2001).

O processo de modernização da agricultura brasileira fez com que o agricultor se integrasse de forma subordinada às grandes cadeias agro-alimentares e buscasse a política de implantação da monocultura. Este abandono da produção para subsistência gera a erosão cultural alimentar, que é a perda gradativa de uma alimentação variada, rica em nutrientes, com a adoção de práticas e hábitos alimentares urbanos. Assim, os trabalhadores rurais acabam dependendo apenas do

lucro obtido na safra para a compra da maior parte dos seus alimentos (BALEM; SILVEIRA, 2002).

O processo de urbanização do rural, que consiste em um maior acesso aos meios de comunicação e transporte ao homem do campo, além da construção de moradias de alto padrão, tira o agricultor do seu isolamento histórico e o torna cada vez mais familiarizado com o modo de vida urbano. O contato mais intenso e frequente é o comércio, a indústria e o setor bancário. Isso faz com que aconteça a assimilação de hábitos urbanos pelos agricultores, como o acesso a uma variedade de produtos antes de uso exclusivamente urbanos, inclusive alimentares, acontecendo, assim, uma mudança considerável nas dietas dos agricultores. O alimento que, antigamente, era produzido na propriedade para o consumo próprio, através de sistemas de cultivo de plantas de lavoura, verduras e hortaliças e através da criação de animais, passa a ser comprado nos mercados da zona urbana. Além disso, há a substituição de produtos caseiros por alimentos comprados *in natura* ou industrializados na cidade (BALEM; SILVEIRA, 2002), considerando como alimento *in natura*, todo alimento de origem vegetal ou animal, para cujo consumo imediato se exija, apenas, a remoção de parte não comestível e os tratamentos indicados para a sua perfeita higienização e conservação (BRASIL, 2004).

Em decorrência da proximidade de algumas localidades rurais com a zona urbana, os agricultores perdem mão-de-obra disponível, pois a maioria dos jovens tem empregos no centro urbano e, com muita frequência, os agricultores têm empregos temporários ou de meio turno, para complementar a renda familiar. Portanto, sobra pouco tempo para a dedicação à agricultura de subsistência (BALEM; SILVEIRA, 2002).

1.3 O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2004) descreve como idoso qualquer pessoa com idade igual ou maior a 60 anos de idade nos países em desenvolvimento, embora nem sempre a idade cronológica seja um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento. Nos países desenvolvidos é considerado idoso o indivíduo maior que 65 anos.

Segundo a OMS (2004) a proporção da população maior de 60 anos cresce mais rapidamente do que qualquer outro grupo etário. Entre 1970 e 2025, é esperado um crescimento de 694 milhões. Em 2025, haverá 1.200 bilhão de idosos no mundo. Para 2050, a expectativa é de dois bilhões, com 80% vivendo em países em desenvolvimento. Nos Estados Unidos (EUA), nas duas últimas décadas, a população acima de 85 anos aumentou em 40%.

Enquanto a população brasileira crescerá 3,22 vezes até o ano 2025, o número de pessoas acima de 65 anos aumentará 8,9 vezes e o número com mais de 80 anos, 15,6 vezes. Assim, a proporção de idosos, que em 1980 era menor que 6%, irá chegar a 14% em menos de 50 anos. No ano de 2025, o Brasil deverá ocupar o sexto lugar na esfera mundial, com uma estimativa de 31,8 milhões de idosos (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELLAS, 2000). Dentre a população envelhecida, os idosos mais velhos (80 anos ou mais) são a parcela que mais cresce (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008).

Esse fenômeno teve início da década de 60, quando a população brasileira, assim como as demais populações do mundo, entrou em um acentuado processo de envelhecimento, resultante da associação de três eventos: a pirâmide populacional, a diminuição dos índices de mortalidade e o aumento da expectativa de vida (MISSIO; PORTELA, 2003; AMADO; ARRUDA; FERREIRA, 2005).

O aumento da expectativa de vida, uma das principais explicações para esse rápido e intenso crescimento da população de idosos, está diretamente ligado à melhoria nos parâmetros de saúde, melhores condições sanitárias e maior acesso aos serviços de saúde (AMADO; ARRUDA; FERREIRA, 2005). Apesar de ser um fenômeno relativamente recente, o envelhecimento da população brasileira é irreversível diante da redução acentuada da fecundidade e da mortalidade da população registrada nas últimas décadas (MARQUES et al., 2005).

Embora o envelhecer seja natural e fisiológico, a maneira como cada pessoa envelhece está relacionada à sua formação cultural e aos hábitos cultivados durante a vida, o que pode ou não proporcionar um envelhecer saudável (MISSIO; PORTELA, 2003).

O processo de transição demográfica iniciado por volta dos anos de 1940, marca o que as mudanças nos níveis de fecundidade, natalidade e mortalidade provocaram sobre o ritmo de crescimento populacional. Concomitante à transição demográfica ocorreu a transição epidemiológica que incorpora as mudanças

seculares dos padrões de saúde e doença relacionando-os aos fatores sociais, econômicos e demográficos (VERMELHO; MONTEIRO, 2003).

Essas transições levaram ao aumento da longevidade, acompanhadas por modificações no nutricional da população. Atualmente, predominam as enfermidades crônicas não-transmissíveis, próprias das faixas etárias mais avançadas, e se observa uma redução da desnutrição, ao mesmo tempo em que há um aumento significativo da obesidade, definindo uma das características mais marcantes da transição nutricional no país (MARQUES et al, 2005).

Os idosos constituem um grupo de risco dentro das prioridades de saúde pública, pois são mais suscetíveis a doenças, acidentes, violência e sistema familiar vulnerável. As principais doenças que atingem os idosos compreendem as úlceras de decúbito, osteoporose e Doença de Alzheimer. A incidência de HAS, angina pectoris, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE), neoplasias malignas, artrite e problemas dentários são mais frequentes em idosos acima de 65 anos de idade (REDANTE et al, 2005). De acordo com Lebrão e Laurenti (2005), além das doenças, as quedas constituem uma importante causa de complicações pós-cirúrgicas e de morte nos idosos, sendo que elas têm como principal consequência as fraturas, em particular do fêmur.

A incidência de doenças crônicas é elevada nos indivíduos com mais de 60 anos e há um grande risco de desenvolvê-las e de torná-las mais graves. A influência do estado nutricional na etiologia e agravamento das mesmas é amplamente reconhecida. Com o envelhecimento, a gordura corporal total aumenta e é redistribuída, diminuindo nos membros e acumulando na região abdominal e visceral. Já o tecido muscular diminui, em virtude da redução da atividade física e da taxa metabólica basal (SAMPAIO, 2004). A desnutrição pode levar a inúmeras complicações, como infecção, deficiência de cicatrização de feridas, falência respiratória, insuficiência cardíaca, dentre outras. Já o sobrepeso e a obesidade podem acarretar doença isquêmica do coração, HAS, AVE, diabetes mellitus (DM), colelitíase, neoplasia maligna de mama pós-menopausa e de endométrio, dentre muitas outras (WHO, 1995; WHO, 1998; OMS, 2000).

O perfil nutricional dos idosos brasileiros, descrito já a partir dos dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (1999), mostrou uma prevalência geral de pré-obesidade (Índice de Massa Corporal – IMC \geq 25kg/m²) de 30,4%, em homens, e 50,2%, em mulheres. A prevalência de obesidade (IMC \geq 30kg/m²)

correspondeu a 5,7 % e 18,2% em homens e mulheres, respectivamente (TAVARES; ANJOS, 1999 apud MARQUES et al, 2005).

Análises preliminares dos idosos longevos de Veranópolis apontaram a obesidade como um dos fatores de risco cardiovascular mais prevalente. Taxas elevadas de sobrepeso e obesidade em todas as faixas etárias, atingindo os dois sexos, são observadas no mundo inteiro. Uma das causas desse fenômeno está relacionada ao aumento significativo na ingestão de gordura e açúcar e à diminuição do consumo de fibras e carboidratos complexos nestas últimas décadas (MICHELON; MORIGUCHI, 1996 apud BASSLER; LEI, 2008).

Um estudo realizado no Rio Grande do Sul identificou como principais fatores de risco cardiovasculares na população urbana feminina o perímetro abdominal elevado, HAS e hipercolesterolemia, enquanto no masculino foram HAS, perímetro abdominal elevado e obesidade, concluindo alta prevalência de sobrepeso e obesidade nos idosos da área urbana do município de Ijuí, acompanhada de fatores de riscos cardiovasculares (DALLEPIANE et al., 2006).

Por outro lado, é importante considerar que o problema da desnutrição continua existindo no Brasil, ainda que, diferentemente da obesidade, afetando contingentes populacionais mais limitados. Problemas nutricionais estão associados ao aumento da morbidade e da mortalidade, com impacto negativo na qualidade de vida entre idosos. Na meia idade (50 a 65 anos), o maior problema nutricional é o sobrepeso, estando associado às DCNT. Acima dos 80 anos, magreza e perda de massa magra são os maiores problemas. As doenças associadas com o baixo IMC são tuberculose, enfermidades pulmonares obstrutivas e câncer de pulmão e de estômago (BASSLER; LEI, 2008).

Além disso, o uso elevado de medicamentos, as modificações fisiológicas inerentes à idade, que interferem no apetite, no consumo e na absorção de nutrientes, e as questões sociais e econômicas, que prejudicam a prática de uma alimentação saudável, contribuem para que a manutenção de um estado nutricional adequado na pessoa idosa seja dificultada (BASSLER; LEI, 2008). Associam-se a esses fatores a pobreza, o analfabetismo, a cultura e a solidão (MICHELON; MORIGUCHI, 1996 apud BASSLER; LEI, 2008).

1.3.1 O envelhecimento da população rural

De acordo com a Síntese dos Indicadores Sociais (IBGE, 2008), no Brasil há cerca de 21 milhões idosos (10,5% do total da população), sendo que, 16,5 milhões vivem na área urbana (cerca de 83%) e 3,4 milhões na área rural. Este número supera a população idosa de vários países europeus, como a França, a Inglaterra e a Itália.

A zona rural apresenta risco ascendente de ser habitada predominantemente por idosos. Entre outros fatores, há a constatação de fechamento das escolas do meio rural e a transferência dos alunos para estudar no meio urbano. As crianças são retiradas de seu meio natural de vivências, afastando-se do lugar que os identifica como futuros agricultores ou trabalhadores rurais. Outro aspecto a considerar é a mecanização que substituiu o trabalho braçal, que reduz a necessidade de mão-de-obra, constituindo-se em outro fator para o êxodo rural dos jovens, que vão trabalhar no meio urbano (MISSIO; PORTELA, 2003).

No Rio Grande do Sul, em estudo de Silva (2005), no qual foram incluídos todos os idosos residentes da área rural (86) de Arambaré/RS, foi encontrada maior frequência de idosos do sexo masculino, elevados índices de mortalidade masculina, feminização nas faixas etárias mais avançadas e maioria de pessoas de cor branca, além de desigualdade na distribuição das terras.

No estudo desenvolvido por Moraes; Rodrigues e Gerhardt (2008) na zona rural de Encruzilhada do Sul, região central do RS, em que foram incluídos 137 idosos rurais longevos (80 anos ou mais) cadastrados no Programa de Agentes Comunitários (PACs), as principais morbidades relatadas foram a HAS e o reumatismo, houve predominância de mulheres viúvas e homens casados, com elevada taxa de analfabetismo (58,8%).

De acordo com Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) (2002-2003), a prevalência do excesso de peso tende a aumentar com a idade, de modo mais rápido para os homens e de modo mais lento, porém mais prolongado, para as mulheres. A partir dos 55 anos, para homens, e dos 65 anos, para mulheres, observa-se tendência de declínio na prevalência do excesso de peso. A prevalência do excesso de peso para os homens é maior nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste do que nas regiões Norte e Nordeste e é sempre maior nas áreas urbanas do

que nas áreas rurais. Já para o sexo feminino, a prevalência do excesso de peso difere menos entre regiões e é maior nas áreas rurais do que nas áreas urbanas, exceto na região Nordeste. A frequência do excesso de peso para o sexo masculino aumenta de modo uniforme e intenso com a renda enquanto, entre mulheres, a relação com a renda é menos intensa (POF 2002-2003). O excesso de peso no meio rural é maior na região Sul, tanto no sexo masculino (40,0%) quanto no feminino (49,2%), aproximando-se dos valores dos homens e mulheres urbanos da região Sul (IBGE, 2004).

Relativamente à obesidade, de 5,1% de homens adultos e idosos do meio rural, o valor sobe para 9,7% no meio urbano. Já entre as mulheres, a frequência da obesidade é similar nos meios urbano (13,2%) e rural (12,7%). Na região Sul, enquanto entre os homens ocorre maior frequência da obesidade no meio urbano (10,7%) comparativamente ao rural (7,7%), nas mulheres a situação se inverte, com a frequência de 14,4% de obesas no meio urbano e 18,6% no rural (IBGE, 2004).

Por outro lado, Schweigert et al (2008a) realizaram um estudo envolvendo idosos residentes na área rural do município de Ijuí, RS. A triagem nutricional mostrou que, apesar de mais da metade estar em bom estado nutricional, expressivo número de idosos estavam em risco nutricional. Os resultados desse estudo alertam para a importância de uma atenção focada para a população idosa rural.

Em outro estudo entre usuários da zona rural da Unidade Básica de Saúde, em Ajuricaba, RS, foram identificados fatores de risco como sedentarismo (61%) e excesso de massa corporal em idosos (81,1%). Quanto aos alimentos de risco para DCV, o consumo de alimentos ricos em gorduras totais, saturadas e/ou colesterol, como carne de gado, banha de porco, nata, queijo colonial, biscoitos recheados e margarina mostrou-se expressivo, além do alto consumo de frituras e embutidos. Quanto aos alimentos protetores, destacam-se as frutas, legumes, verduras e leguminosas. O óleo vegetal é muito utilizado (85%), mas é negativamente contrabalançado pelo uso concomitante de banha (47,6%). O consumo de carne de peixes é muito baixo, considerando que a região é de importância na piscicultura regional e produtora de soja. O maior consumo de alimentos de risco parece situar-

se na faixa etária de 60 ou mais anos de idade e nos usuários com IMC maior de 35 kg/m² (SCHWEIGERT et al., 2008b).

No que se refere ao acesso ao sistema de saúde, segundo Travassos e Viacava (2007), a proporção de idosos que consulta o médico e o dentista, a continuidade do cuidado e a cobertura de mamografia são expressivamente mais baixos em idosos rurais comparativamente aos urbanos. Os idosos rurais com 80 anos ou mais enfrentam barreiras de acesso aos serviços de saúde ainda maiores.

Esse é o grupo etário que apresenta piores condições de saúde. Cerca de 50% referem incapacidade para mobilidade física moderada. Relativamente às diferenças entre os sexos, as mulheres idosas rurais avaliam seu estado de saúde mais negativamente do que os homens e utilizam mais os serviços de saúde. O mesmo estudo mostra, ainda, que a continuidade do cuidado também é maior entre idosas rurais comparativamente aos idosos, o que pode demonstrar maior interesse das mulheres no cuidado à saúde.

1.4 FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS

As DCNT representam o perfil atual de saúde das populações. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que as DCNT já são responsáveis por 58,5% de todas as mortes e por 45,9% da carga total global de doenças expressa por anos perdidos de vida saudável. No Brasil, estima-se que apenas as doenças cardiovasculares e as neoplasias respondam por quase metade do total das mortes por causa conhecida (MONTEIRO et al, 2005).

Estudos comprovam a forte e comum associação que várias das principais DCNT (DCV, doenças respiratórias, DM e certos tipos de câncer) mantêm com um conjunto relativamente pequeno de fatores de risco, em que se destacam os principais: tabagismo, consumo excessivo de álcool, excesso de peso, HAS, hipercolesterolemia, baixo consumo de frutas e hortaliças e inatividade física. Segundo a OMS, esses sete fatores de risco fazem parte da lista dos 14 fatores de maior relevância para a carga total global de doenças. Em países como o Brasil, os mesmos sete fatores de risco constam na lista dos nove fatores que mais causam mortes e adoecimento à população (MONTEIRO et al, 2005).

Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas entre os idosos. Assim, a tendência atual é um número crescente de idosos que, apesar de viverem mais, apresentam maiores condições crônicas que estão diretamente relacionadas com maior incapacidade funcional. (ALVES et al, 2007).

Adicionalmente, no Brasil, a predominância de óbitos relacionados às DCNT entre idosos é significativa. Em 1999, as doenças do aparelho circulatório representaram cerca de um terço dos óbitos, e as neoplasias, 12,5% (QUINTELA, 2006).

As DCV representam atualmente uma das principais causas de morbimortalidade no mundo ocidental, sendo uma patologia multifatorial (RENNER et al, 2008). As DCV e cerebrovasculares são as primeiras causas de morbimortalidade entre idosos, aumentando o risco com a idade (XAVIER et al, 2008).

As manifestações clínicas das DCV ocorrem, geralmente, sob a forma de IAM, AVE, angina ou morte súbita. Essas manifestações ocorrem entre os 50 e 60 anos em homens, e entre os 60 e 70 anos em mulheres e aumenta de forma progressiva com a idade. A prevalência da doença arterial coronariana (DAC) é muito elevada nos idosos (RAMOS et al, 2009).

A prevalência de IAM e DAC entre idosos brasileiros é de aproximadamente 29% e de 3% para AVE. A alta incidência das DCV e cerebrovasculares é o resultado da interação de diversos fatores de risco por um longo tempo, como HAS, DM, dislipidemias, tabagismo, sedentarismo, estresse e obesidade (XAVIER et al, 2008).

A HAS é o principal fator de risco para a morbidade e mortalidade precoces causadas por DCV, sendo considerada, inclusive, um dos maiores problemas de saúde no Brasil. Os fatores de risco não-modificáveis, como a idade, o sexo, a hereditariedade e a raça, associados entre si e a outras condições, favorecem o aparecimento da HAS. Apresenta um forte componente familiar e afeta mais intensamente os homens, negros e idosos. Dentre os fatores de risco modificáveis, podem-se citar a obesidade, o estresse, a vida sedentária, o uso de álcool e de tabaco e a alimentação não balanceada, especialmente o consumo excessivo de sal (RENNER et al, 2008).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD (2002), o DM é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos. É caracterizada por hiperglicemia crônica e frequentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial. De acordo com Coeli et al (2002), essa doença pode acarretar complicações macrovasculares (DCV, cerebrovascular e de vasos periféricos) e microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia). Gross et al (2002) enfatiza que o DM tipo 2 corresponde, aproximadamente, a 90% dos casos, sendo os pacientes, na sua maioria, obesos. A idade de início é variável, embora seja mais frequente após os 40 anos de idade, com pico de incidência ao redor dos 60 anos.

O DM está se tornando a epidemia do século, afetando cerca de 246 milhões de pessoas em todo o mundo. A previsão é de que, até 2025, esse número chegue a 380 milhões. A maior parte dessas pessoas desconhece a sua própria condição. No Brasil, de acordo com o VIGITEL 2007 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico), a média de ocorrência de DM na população adulta (acima de 18 anos) é de 5,2%, o que representa 6.399.187 de pessoas. A prevalência aumenta com a idade, fazendo com que essa doença predomine em 18,6% da população com idade superior a 65 anos (BRASIL, 2008).

As dislipidemias são modificações no metabolismo dos lipídios que desencadeiam alterações nas concentrações das lipoproteínas plasmáticas e podem ser classificadas como primárias ou secundárias. As primárias, também chamadas de origem genética, têm como fatores causais as alterações neuroendócrinas e distúrbios metabólicos. As secundárias podem ser causadas pelo hipotireoidismo, DM, obesidade, alcoolismo, tabagismo, dentre outros (CAMBRI et al, 2006).

As dislipidemias isoladas ou unidas à HAS e o hábito de fumar podem favorecer o desenvolvimento de doenças crônicas, como DM e DCV. As alterações lipídicas mais frequentes são: hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, redução das concentrações da lipoproteína de alta densidade (HDL) e aumento das concentrações da lipoproteína de baixa densidade (LDL), as quais podem ocorrer de forma isolada ou combinadas (CAMBRI et al, 2006).

A obesidade e o sobrepeso, elos etiológicos e fatores de risco significativos de várias doenças crônicas como a HAS, o DM, as dislipidemias e as DCV, entre outras (ARROYO et al, 2007), têm tido, nas duas últimas décadas, uma elevação

significativa da prevalência em todo o mundo, transformando-se em epidemia em algumas regiões e sendo considerados um problema de saúde pública (LERARIO; LOTTENBERG, 2006).

A obesidade é de etiologia multifatorial, envolvendo aspectos ambientais e genéticos (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004). A principal causa dessa grave morbidade é o consumo crescente de dietas com alta densidade energética, ricas em gorduras saturadas e açúcares, além de atividade física reduzida (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003). Além das mudanças na dieta, os fenômenos macroeconômicos, como a urbanização e o aumento da disponibilidade de alimentos baratos excessivamente calóricos, podem explicar o aumento exacerbado do excesso de peso na população mundial, levando a uma transição nutricional (ARROYO et al, 2007).

O câncer é uma doença crônica com múltiplas causas, caracterizada pelo crescimento descontrolado das células. O desenvolvimento dessa enfermidade resulta de uma interação entre fatores endógenos e ambientais, sendo a dieta o mais notável (WORLD CANCER RESEARCH FUND, 1997 apud GARÓFOLO et al, 2004). Com cerca de 10 milhões de casos novos e sete milhões de óbitos por ano, o câncer se tornou uma das mais devastadoras doenças em todo o mundo (BRASIL, 2003).

No Brasil, o câncer representa a segunda causa de óbito na população adulta, ficando atrás apenas das DCV (BRASIL, 2007). Quanto à distribuição regional, as maiores taxas de incidência têm sido observadas nas regiões Sul e Sudeste do país (BRASIL, 2008). É a segunda causa de morte no município de Nova Bassano, RS (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA BASSANO, 2008).

Em relação à morbidade, uma estimativa realizada pelo Instituto Nacional do Câncer para 2008 aponta que, nesse ano, ocorrerão 466.730 casos novos de câncer, dos quais 231.860 entre homens e 234.870 entre as mulheres. Os tipos de câncer com maior incidência na população brasileira serão o câncer de pele não melanoma (115 mil casos novos), seguido pelos tumores de mama feminina (49 mil), próstata (49 mil), pulmão (27 mil), cólon e reto (27 mil), estômago (22 mil) e colo do útero (19 mil).

Quanto ao câncer de pele, a radiação ultravioleta do tipo B (UVB) é considerada a principal responsável pelas alterações celulares que predispõem ao

seu aparecimento. Essa é mais intensa entre as 10 e as 16 horas do dia e aumenta muito no verão (BRASIL, 2007).

Por outro lado, evidências mostram que a alimentação tem um papel importante nos estágios de iniciação, promoção e propagação do câncer. A dieta contribui com cerca de 35% nas mortes por câncer, seguida pelo tabaco (30%) e outros, como condições e tipo de trabalho, álcool, poluição e aditivos alimentares, os quais contribuem com menos que 5% (GLANZ, 1997 apud GARÓFOLO, 2004).

Van Duyn e Pivonka (2000) evidenciaram, de forma epidemiológica, que o consumo de frutas e hortaliças tem um efeito protetor contra diversas formas de câncer. Esse estudo foi baseado em uma análise de pesquisas epidemiológicas mundiais, realizadas de forma independente por comitês de especialistas do *World Cancer Research Fund and the American Institute for Cancer Research* e do *Chief Medical Officer's Committee on Medical Aspects of Food and Nutrition Policy*.

A metanálise realizada pela *World Cancer Research Fund*, a qual envolvia 129 estudos, além da análise de outros 13 estudos de caso-controle, mostrou que há uma associação das fibras alimentares com a redução do risco de câncer de cólon e reto.

A obesidade, principalmente abdominal, no período de pós-menopausa, pode potencializar o risco de câncer de mama. Evidências mostram que o câncer de mama e endométrio estão também associados à elevada ingestão energética (GREENWALD; CLIFFORD.; MILNER, 2001 apud GARÓFOLO, 2004). Outro fator importante na proteção contra diversas formas de neoplasias, como de mama feminina, cólon e endométrio, é a atividade física (RISSANEN; FOGELHOLM, 1999).

A associação entre a atividade física e boa saúde é relativamente recente. Parece que provoca efeitos positivos sobre o metabolismo lipídico e glicídico, pressão arterial, composição corporal, densidade óssea, hormônios, antioxidantes, trânsito intestinal e funções psicológicas. O estilo de vida ativo protege o indivíduo de várias doenças, incluindo doença isquêmica do coração, HAS, DM, osteoporose, câncer de cólon e reto, câncer de mama e depressão, possivelmente (PATÉ et al, 1995; UNITED STATES of AMERICA, 1996). Estimativas globais da World Health Organization (WHO) (2002) mostram que 22% dos casos de doença isquêmica do coração e 10% a 16% dos casos de DM e de cânceres de mama, cólon e reto sejam atribuíveis à inatividade física.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a presença de fatores de risco e proteção para doenças crônicas na população idosa rural da Linha Senador Ramiro do município de Nova Bassano, Rio Grande do Sul.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever aspectos clínicos relatados quanto à história de doenças crônicas associadas, auto-avaliação do estado de saúde e realização preventiva de exames laboratoriais;
- Avaliar fatores de risco e de proteção no perfil alimentar dos idosos;
- Analisar a prevalência de sobrepeso e obesidade na população rural;
- Investigar a associação entre doenças crônicas e dados antropométricos;
- Avaliar dados antropométricos auto-referidos e aferidos;
- Analisar a distribuição e associação das variáveis entre os sexos.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E AMOSTRA

O estudo foi do tipo transversal de base populacional. A amostra foi composta por indivíduos de ambos os sexos, de acordo com os seguintes critérios de elegibilidade: ser morador da Linha Senador Ramiro, zona rural de Nova Bassano, Rio Grande do Sul; ter idade igual ou superior a 60 anos e com condições de ser entrevistado. A amostra resultou na totalidade de idosos moradores da Linha Senador Ramiro (70 idosos), detectados utilizando informante chave.

3.2 VARIÁVEIS

Foram avaliadas variáveis sociodemográficas, clínicas, antropométricas e dietéticas.

3.2.1 Variáveis sociodemográficas

Foram descritas as variáveis que se referem ao sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade e etnicidade da população.

3.2.2 Variáveis clínicas

Foi considerada a morbidade referida, prevenção do câncer do colo do útero e mama em mulheres e o de pele em ambos os sexos, hábito intestinal e autoavaliação do estado de saúde.

3.2.3 Variáveis antropométricas

A massa corporal, estatura, o IMC e a circunferência da cintura (CC) foram eleitas como variáveis antropométricas do estudo.

3.2.4 Variáveis dietéticas

Foram avaliadas características do padrão de alimentação por meio de indicadores de consumo de alimentos - VIGITEL 2007 (BRASIL, 2008).

3.2.5 Variáveis comportamentais

Como variáveis comportamentais foram descritos o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas e a atividade física.

3.3 COLETA DOS DADOS

A coleta das variáveis foi realizada de agosto a setembro de 2009, através do questionamento ao idoso em seu núcleo familiar. O questionário que foi utilizado foi o VIGITEL BRASIL 2007 (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico) (BRASIL, 2008).

Desenvolvido para ser utilizado por meio telefônico, o instrumento foi aplicado em 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Por se tratar de um instrumento veiculado, é de livre acesso e utilização, segundo o Ministério da Saúde, que foi consultado a respeito e que manifesta interesse nos resultados deste trabalho, a fim de incorporar à base de dados já existentes relativas às capitais brasileiras.

O questionário VIGITEL 2007 aborda características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos (idade, sexo, estado civil, etnia, nível de escolaridade, número de cômodos no domicílio e número de linhas telefônicas),

características do padrão de alimentação e atividade física associadas à ocorrência de DCNT (por exemplo: frequência do consumo de frutas e hortaliças e de alimentos fonte de gordura saturada e frequência e duração da prática de exercícios físicos e do hábito de assistir televisão), peso e estatura recordados, frequência do consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas, autoavaliação do estado de saúde, prevenção de câncer e morbidades referidas. O instrumento foi construído considerando modelos de questionários simplificados utilizados por sistemas de monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas (REMINGTON; SMITH; WILLIAMSON et al., 1988; WHO, 2001) e a experiência acumulada nos testes de implantação (BRASIL, 2008).

Considerando os objetivos específicos relacionados à alimentação, além das questões do VIGITEL, foram incorporadas ao questionário perguntas adicionais consideradas relevantes pelas características da população rural da região. Foi tomado como base o conhecimento da pesquisadora, de origem da própria comunidade rural a ser estudada, assim como estudos prévios realizados em outras comunidades rurais do Rio Grande do Sul (SCHWEIGERT; DALLEPIANE; BELLÉ et al., 2008a; SCHWEIGERT; LUCCHESI; WIERCINSKI et al., 2008b, BUDÓ, 1996) (Anexo 2). No presente trabalho foram analisadas apenas as variáveis aqui descritas e relevantes, sendo que os demais dados constantes do instrumento serão utilizados em outros estudos.

As medidas antropométricas foram feitas no dia da entrevista, após a realização desta, somente por um avaliador, a pesquisadora (Anexo 3).

- **Estatura:** foi aferida com estadiômetro portátil milimetrado (marca SANNY) fixado à parede em uma superfície plana vertical, com precisão de 0,1cm. O idoso ficou de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos. Os calcanhares, ombros e nádegas deviam estar em contato com a parede. Os ossos internos dos calcanhares deviam se tocar, bem como a parte interna dos ombros e joelhos, os pés unidos, fazendo um ângulo reto com as pernas (BRASIL, 2004).

- **Massa corporal:** foi utilizada uma balança plataforma digital, com divisões em 100g e capacidade máxima de 150kg (marca PLENNA). A balança foi posicionada em local plano e o idoso foi colocado no centro do equipamento, com o mínimo de roupa possível, descalço, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. A medida foi registrada em quilogramas (kg).

- **IMC:** foi calculado pela fórmula do IMC (peso (kg) ÷ estatura (m) ao quadrado). A classificação considerou os critérios de Lipschitz (1994): baixo peso (IMC < 22 kg/m²), peso eutrófico (22 < IMC < 27kg/m²) e excesso de peso (> 27 kg/m²).

- **CC:** foi circundada a fita métrica na altura da cintura natural do indivíduo, que é a parte mais estreita do tronco, sendo colocada com firmeza, sem esticar excessivamente, para evitar a compressão do tecido subcutâneo. A leitura foi feita no centímetro mais próximo, no ponto de cruzamento da fita (inelástica). As circunferências foram aferidas com o indivíduo usando apenas a roupa íntima, em posição ortostática, abdômen relaxado, braços ao lado do corpo e os pés juntos.

Os pontos de corte utilizados foram os da *International Diabetes Federation* – IDF (2008) que consideram medidas de 94 cm para homens e 80 cm para mulheres como risco aumentado para doenças CDV e complicações metabólicas e os pontos de corte do National Cholesterol Education Program - NCEP (2001), considerando 102 cm e 88 cm como risco muito aumentado para doenças CDV e complicações metabólicas para homens e mulheres, respectivamente.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados e apresentados como frequência absoluta e relativa de fatores selecionados como de risco e proteção para doenças crônicas na população, conforme estabelecido pelo estudo original: VIGITEL 2007 (BRASIL, 2008), ou seja: a seleção dos fatores levou em conta sua importância para a determinação da carga total de doença estimada pela OMS para a região das Américas, onde se encontra o Brasil (WHO, 2002). Assim, foram incluídos fatores de risco relacionados ao hábito de fumar, ao excesso de peso, ao consumo de alimentos fonte de gordura saturada, ao sedentarismo e ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Entre os fatores de proteção, foram incluídos a prática de atividade física no lazer, o consumo de frutas e hortaliças e a prevenção de câncer (BRASIL, 2008), além do trabalho na agropecuária.

Os dados foram processados e analisados utilizando-se o *software* SPSS 15.0. Na análise descritiva, as variáveis categóricas foram apresentadas como

frequências e percentuais e as variáveis contínuas como média e desvio padrão. Para fazer as associações entre os sexos foi usado o teste qui-quadrado (χ^2) e o teste de Student (teste t) para a comparação de médias. Foi usado o nível de significância de 5%.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (Protocolo 14731) (Anexo 4) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2). Para os idosos considerados analfabetos, a família, ou na ausência desta, a pesquisadora responsabilizou-se em assinar o termo de consentimento.

O projeto foi submetido igualmente à aprovação da Secretaria Municipal da Saúde de Nova Bassano, RS (Anexo 5).

Os resultados dessa pesquisa serão devolvidos à população através de encarte no jornal, apresentação de palestras nas comunidades e através da estação de rádio do município, conscientizando as pessoas da importância desse estudo para o desenvolvimento de políticas públicas. O Ministério da Saúde também terá acesso a esses dados, visto seu interesse quando foi contatado em vista do uso do instrumento VIGITEL 2007 (BRASIL, 2008).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, os resultados serão apresentados e discutidos simultaneamente.

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS

A amostra deste estudo foi composta por 70 idosos, não havendo perda. Indivíduos acamados e funcionalmente dependentes também fizeram parte da amostra, sendo estes apenas duas pessoas (1 homem e 1 mulher). Analisando a tabela 1, observa-se que na linha Senador Ramiro há 34,3% de idosos do sexo masculino e 65,7% do feminino. Esse resultado era esperado por refletir dados de outros estudos, como o realizado por Moraes; Rodrigues e Gerhardt (2008) na zona rural de Encruzilhada do Sul, onde também foi encontrada uma predominância de idosos do sexo feminino (63,5%).

A viuvez foi mais prevalente entre as mulheres (39,1%). A feminização da velhice, na qual existe uma maior proporção de mulheres do que homens foi descrita também por Salgado (2002). As mulheres vivem, em média, sete anos mais do que os homens. Além disso, há uma proporção maior de viúvas nesta faixa etária do que em qualquer outra, o que pode ser atribuído parcialmente à tradição de mulheres tenderem a se casar com homens mais velhos do que elas. Assim, associada a uma mortalidade masculina mais elevada, cresce a probabilidade de sobrevivência da mulher em relação ao seu cônjuge. Pode-se dizer também que a maioria dos viúvos volta, mais do que as viúvas, a se casar depois de perder a companheira. As mulheres, uma vez viúvas, vivem sós (SALGADO, 2002; MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008).

Observando a tabela 1, percebe-se que grande parte dos entrevistados (47,1%) está entre a idade dos 60-69 anos. A idade média dos idosos foi de $70,45 \pm 7,86$ anos (DP), sendo que a idade média do sexo feminino foi de $71,28 \pm 8,36$ anos (DP) e a do masculino foi de $68,88 \pm 6,69$ anos (DP) ($p = 0,221$). Pode-se salientar que há predominância de mulheres a partir dos 80 anos (19,6%), realçando, assim como Salgado (2002) e Moraes; Rodrigues e Gerhardt (2008), que a longevidade nas faixas etárias mais avançadas se concentra mais em mulheres do que em homens.

Analisando a longevidade relacionada ao sexo, pode-se considerar também, que os trabalhadores da agricultura e da pecuária estão em constante exposição a vários agentes físicos, químicos e biológicos. A mecanização da lavoura, com o uso de máquinas, implementos, além de ferramentas manuais e agrotóxicos, elevou alguns riscos e a gravidade de acidentes e fez surgir riscos que não existiam. Além disso, o prolongamento da jornada de trabalho, devido à necessidade do aumento da produção de alimentos, sua desvalorização quando comercializados e os altos custos de produção, também pode ter aumentado o risco de acidentes,

principalmente em homens (ALMEIDA, 1995 apud FEHLBERG; DOS SANTOS; TOMASI, 2001)

À prevalência de acidentes em agricultores de municípios do RS (16% e 10%) relatada por Faria et al (1992, 1997) apud Fehlberg; Dos Santos e Tomasi (2001), são acrescentados dados relativos à predominância de sua ocorrência em trabalhadores do sexo masculino (62%).

Por sua vez, Maia et al (2006) encontraram em seu estudo que o principal fator de risco para morrer é a idade, pois a probabilidade de adquirir alguma doença crônica aumenta com a idade. A característica feminina de procurar por serviços de saúde, mais do que os homens, facilita o diagnóstico e o tratamento precoce das doenças.

Do total da amostra do presente estudo, 7,1% das pessoas não frequentaram a escola. Dos 70 idosos, 55,7% fizeram o primário incompleto (1 a 4 anos de estudo), sendo que apenas um idoso chegou a cursar 2 anos de ensino superior. Pode-se observar também que as mulheres são aquelas que possuem a maior taxa de analfabetismo (Tabela 1). Devido aos valores culturais e sociais da primeira metade do século passado, em que as mulheres assumiam o papel domiciliar, aliado à dificuldade de acesso ao sistema educacional, a taxa de analfabetismo é maior em mulheres (MEIRELES, 2007).

Todos os idosos entrevistados declararam ancestralidade italiana, assim como 100% da amostra declararam-se de cor branca. Fato bem explicado por serem todos de descendência européia. Ainda segundo dados do IBGE (2004), a região Sul é constituída por 80,8% de pessoas brancas.

Observou-se também que, dentre os poucos idosos que vivem sozinhos, estes são mulheres e viúvas (Tabela 1), ressaltando mais uma vez que as mulheres, uma vez viúvas, permanecem nesse estado até o fim de suas vidas. Lebrão e Laurenti (2005) encontraram no estudo SABE com idosos urbanos, 25,3% das mulheres vivendo sozinhas e apenas 13,8% dos homens se encontravam em igual situação.

Analisando a participação em grupos de convivência, percebeu-se que 70% dos idosos frequenta algum grupo de Terceira Idade, Clube de Mães ou ambos (Tabela 1). Conforme Missio e Portela (2003), em seu trabalho com idosos moradores de comunidades rurais de Campos Borges, RS, muitos idosos encontram nos grupos de convivência uma nova forma de envelhecer, tornando-se ativos e

buscando novas formas de viver essa etapa da vida. Isso demonstra a importância que esse tipo de convivência representa para o idoso.

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

Variáveis	sexo				total (n = 70)	
	masculino (n = 24)		feminino (n = 46)		n	%
	n	%	n	%		
Idade						
60 - 69 anos	13	54,2	20	43,5	33	47,1
70 - 79 anos	9	37,5	17	37	26	37,1
≥ 80 anos	2	8,3	9	19,6	11	15,7
Estado civil *						
Casado / união estável	21	87,5	22	47,8	43	61,4
Viúvo	1	4,2	18	39,1	19	27,1
Solteiro	2	8,3	6	13	8	11,4
Tempo de estudo						
sem escolaridade	1	4,2	4	8,7	5	7,1
1 a 4 anos de estudo	11	45,8	28	60,9	39	55,7
5 a 7 anos de estudo	11	45,8	12	26,1	23	32,8
8 ou mais anos de estudo	1	4,2	2	4,3	3	4,3
Cor da pele						
Branca	24	100	46	100	70	100
Ancestralidade						
Italiana	24	100	46	100	70	100
Reside com						
esposo, filhos e outros	6	25	8	17,4	14	20
esposo e filhos	6	25	6	13	12	17,1
esposo e outros	1	4,2	0	0	1	1,4
filhos e outros	1	4,2	13	28,3	14	20
esposo	8	33,3	8	17,4	16	22,9
outros	2	8,3	7	15,2	9	12,9
sozinho	0	0	4	8,7	4	5,7
Cômodos						
4-6	9	37,5	13	28,3	22	31,4
7-9	7	29,2	23	50	30	42,8
10-12	7	29,2	8	17,4	15	21,4
+ 12	1	2,2	2	4,3	3	4,3
Grupo de convivência						
Terceira Idade	13	54,2	9	19,6	22	31,4
Terceira Idade e Clube de Mães	0	0	24	52,2	24	33,8
Clube de Mães	0	0	3	6,5	3	4,3
Nenhum	11	45,8	10	21,7	21	30

* Diferença estatisticamente significativa entre os sexos (Teste χ^2 ; p= 0,003).

4.2 AUTO-AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE, TABAGISMO E ATIVIDADE FÍSICA

Considerada como indicador válido e relevante do estado de saúde de populações, a auto-avaliação do estado de saúde correlaciona-se com medidas objetivas de morbidade e de uso de serviços, constituindo-se um preditor poderoso da mortalidade, apresentando, no entanto, limitações por ser influenciado por contextos sociais e culturais. Amplamente utilizada em inquéritos de saúde, produz uma classificação global do estado de saúde capaz de captar, além de sinais e sintomas de doenças (diagnosticadas ou não por profissional de saúde), o impacto que essas doenças geram no bem-estar físico, mental e social dos indivíduos (BRASIL, 2008).

Na Tabela 2, observa-se que 57,1% dos idosos consideram a sua saúde regular. Isso foi demonstrado também por Moraes; Rodrigues e Gerhardt (2008) que em seu estudo, dos 134 idosos da amostra, 46,7% consideraram sua saúde regular.

Frequências estimadas de indivíduos que referem diagnóstico médico prévio de fator de risco são possivelmente influenciadas pela cobertura da assistência à saúde existente em cada localidade, podendo subestimar, em maior ou menor grau, a prevalência real do fator de risco na população. De qualquer modo, fornecem informações úteis para avaliar a demanda por cuidados de saúde originada pela presença do fator (BRASIL, 2008).

Analisando a morbidade referida pela população estudada, a HAS foi a mais prevalente (64,3%), sendo significativamente maior entre as mulheres (78,3%) (Tabela 2). Estudos em outras comunidades rurais do RS identificaram aspectos similares. Moraes; Rodrigues e Gerhardt (2008) encontraram uma prevalência de 50% de hipertensão, sendo a doença crônica mais citada pelos idosos. Michelon e Moriguchi (1996), estudando os idosos com 80 anos ou mais de Veranópolis, verificaram uma prevalência mais elevada de HAS em mulheres do que em homens. A situação se reflete também no estudo de Scherer (2008), que verificou que a HAS é mais prevalente nos idosos rurais e urbanos de Marques de Souza, RS.

A dislipidemia, em especial, a hipercolesterolemia, apareceu em segundo lugar na prevalência, com 37,5% para os homens e 45,7% para as mulheres (Tabela 2). Silva (2005), em um estudo com Grupos de Terceira Idade de Agudo, RS, (tanto urbanos como rurais), observou que 42% dos homens idosos e 81% das mulheres apresentavam níveis de colesterol total acima dos limítrofes.

A prevalência de osteoporose aparece em terceiro lugar e é significativamente mais elevada entre as mulheres (34,8%) (Tabela 2). Conforme a WHO (1994), um terço das mulheres brancas acima dos 65 anos são portadoras de osteoporose. Ainda segundo a WHO (1994), estima-se que cerca de 50% das mulheres com mais de 75 anos venham a sofrer alguma fratura osteoporótica.

A prevalência de DM apareceu em quarto lugar (20%), sendo mais citada pelas mulheres (23,9%) (Tabela 2). No estudo de Viegas-Pereira; Rodrigues e Machado (2008) com 3662 idosos urbanos, 11,9% se auto-referiram diabéticos, abaixo do encontrado nessa pesquisa. Por outro lado, a maioria da amostra de diabéticos eram mulheres (65,8%), bem acima do presente estudo.

Já o relato de IAM e AVE é baixo (5,7%) (Tabela 2). Giehl et al, (2007) analisando a doença isquêmica do coração, enfatizou que esta apresentou em 2003 uma taxa de mortalidade de 46,48% no Brasil e de 62% na Região Sul, mostrando a gravidade dessa patologia.

Indicadores do hábito de fumar, considerando frequência, intensidade e idade do início do hábito de fumar, são aqui utilizados, assim como na publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), como estimativas referentes à frequência de fumantes e ex-fumantes, considerando-se fumante todo indivíduo que fuma, independentemente da frequência e intensidade do hábito de fumar e ex-fumante todo indivíduo que, tendo fumado no passado, não mais tem esse hábito.

Analisando esses aspectos, 12,8% da população pesquisada já fumaram ou ainda fumam (Tabela 2). Moraes; Rodrigues e Gerhardt (2008) encontraram apenas 11,7% de pessoas fumantes na terceira idade. Outro dado relevante no presente estudo é a minoria de mulheres fumantes ou que já fumaram (6,6%), fato similar ao relatado nos trabalhos Moraes; Rodrigues e Gerhardt (2008) e de Maia et al (2006).

Quanto à prevenção do câncer, são aqui utilizados também os dois indicadores de acesso a serviços de diagnóstico precoce de câncer (mamografia e Papanicolau) que o sistema VIGITEL 2007 disponibiliza e um indicador que avalia a proteção contra a radiação ultravioleta (BRASIL, 2008).

Relativamente à realização de exames preventivos para câncer de colo de útero e de mama, observou-se que 47,8% das mulheres realizam o citopatológico do colo do útero (CP) e 78,3% realizam a mamografia anualmente (Tabela 2). A realização de mamografia teve uma prevalência alta comparada ao estudo de Novaes e Mattos (2009), que observaram que a mamografia foi realizada pelo

menos uma vez na vida por 72,1% das entrevistadas idosas da zona urbana. Ainda no estudo de Novaes e Mattos (2009), o exame de Papanicolau foi realizado por 86% das idosas urbanas, sendo que 76,3% relataram que o tinham realizado nos últimos dois anos. No presente estudo, a taxa de CP foi inferior ao citado por Novaes e Mattos (2009), o que talvez possa ser atribuído ao fato de se tratar de idosas residentes na área rural, tendo menos informação e mais pudor em relação a esse exame.

Já para a proteção contra radiação ultravioleta é considerado eficaz o uso de filtro solar e/ou de chapéu/sombrinha e de roupas adequadas. O indicador de proteção contra a radiação ultravioleta adotado pelo VIGITEL 2007 e pelo presente trabalho leva em conta a proporção de indivíduos que não costumam se expor ao sol por mais de 30 minutos por dia ou o fazem utilizando filtro solar e ou chapéu/sombrinha e roupas adequadas (BRASIL, 2008).

Ao analisar o fator de risco exposição à luz solar, observou-se que 91,3% (n = 42) das mulheres, quando ficam expostas ao sol por mais de 30 minutos, relatam proteger-se de alguma forma, sendo que 37 (88,1%) se protegem com chapéu e apenas 5 (11,9%) utilizam filtro solar e chapéu. À exceção de uma das mulheres que não se protege, as demais não ficam expostas por mais de 30 minutos. Já para os homens, 95,8% (n = 23) se protegem apenas com chapéu e 1 não fica exposto por mais de meia hora. Não houve diferença significativa entre os sexos para esta variável ($p = 0,701$). Em se tratando de uma comunidade rural cuja principal atividade é a agricultura e a pecuária, infere-se uma ampla exposição à ambientes abertos e à luz solar. Esses dados podem demonstrar uma proteção insuficiente, visto que o recurso utilizado cobre o corpo apenas parcialmente (Direta, elaboração pelo autor).

Chorilli et al (2007) estudaram a população rural de Piracicaba, SP (não discriminando as faixas etárias) e observaram que uma alta frequência de homens (79%) que nunca usou filtro solar. Neste mesmo estudo, quanto às mulheres, apesar da maioria saber o que é um protetor solar, 52% nunca o utilizaram.

A atividade física pode envolver quatro domínios, quais sejam, o trabalho, o deslocamento para o trabalho, os afazeres domésticos e o lazer. A utilização desses domínios permite a construção de vários indicadores do padrão de atividade física.

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

	sexo				total (n = 70)		p
	masculino (n = 24)		feminino (n = 46)		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Estado de saúde							
Bom	11	45,8	18	39,1	29	41,4	
Regular	13	54,2	27	58,7	40	57,1	0,687
Ruim	0	0	1	2,2	1	1,4	
Hipertensão Arterial							
Sim	9	37,5	36	78,3	45	64,3	0,002
Não	15	62,5	10	21,7	25	35,7	
Diabetes							
Sim	3	12,5	11	23,9	14	20	0,413
Não	21	87,5	35	76,1	56	80	
IAM, AVE *							
Sim	2	8,3	2	2,2	4	5,7	0,889
Não	22	91,7	44	95,7	66	94,3	
Colesterol ou TG * elevados							
Sim	9	37,5	21	45,7	30	42,9	0,689
Não	15	62,5	25	54,3	40	57,1	
Osteoporose							
Sim	2	8,3	16	34,8	18	25,7	0,034
Não	22	91,7	30	65,2	52	74,3	
Asma							
Sim	1	4,2	5	10,9	6	8,6	0,616
Não	23	95,8	41	89,1	64	91,4	
Tabagismo							
Diário	4	16,7	1	2,2	5	7,1	0,069
Ocasional	1	4,2	1	2,2	2	2,9	
Já fumou	8	33,3	1	2,2	9	12,8	
Nunca	11	45,8	43	93,4	54	77,1	
Atividade física no lazer							
Sim	7	29,2	12	26,1	19	27,1	1,000
Não	17	70,8	34	73,9	51	72,9	
Atividade física							
Sim	20	95,2	27	61,4	47	72,3	0,009
Não	1	4,8	17	38,6	18	27,7	

* IAM: Infarto Agudo do Miocárdio, AVE: Acidente Vascular Encefálico, TG: Triglicerídeos

(Teste χ^2) – p < 0,05 diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

Neste trabalho, diferentemente da publicação do VIGITEL 2007 (BRASIL, 2008), foi considerada como atividade física o relato dos idosos em relação ao trabalho na agropecuária, o deslocamento para o trabalho e os afazeres domésticos,

sendo isso considerado como caminhar bastante. Foi considerada como atividade física no lazer o sair para caminhar ou correr e ir na academia (ginástica, musculação), por pelo menos 30 minutos diários em 5 ou mais dias por semana.

Para a inatividade física foi considerada a informação de que os indivíduos não praticaram qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses, não realizavam esforços físicos intensos no trabalho, não carregavam peso, não se deslocavam para o trabalho a pé ou de bicicleta e não eram responsáveis pela limpeza pesada de suas casas (BRASIL, 2008).

Considerando esses aspectos, toda a amostra tem perto da sua residência espaço físico para realizar atividade física no lazer. Apesar disso, 72,9% da amostra afirma não praticar atividade física no lazer (Tabela 2). Observa-se um baixo sedentarismo na amostra estudada, pois 72,3% da população afirma caminhar bastante, conforme definido acima, nas atividades diárias (Tabela 2). Toda a amostra de idosos assiste televisão, no entanto, a maioria o faz entre 1-2 horas diárias.

Quanto ao hábito intestinal, 78,3% das mulheres e 95,8% dos homens afirmaram ser diário, o que poderia estar relacionado, entre outros fatores, à atividade física relatada.

4.3 CONSUMO ALIMENTAR E DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

Poucas pesquisas brasileiras têm investigado os padrões alimentares de indivíduos idosos, sendo ainda mais escassas aquelas com enfoque no consumo de frutas e hortaliças e no meio rural.

Neste estudo, a exemplo do questionário base (BRASIL, 2008), são focalizados indicadores do consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis. No primeiro caso, avalia-se a frequência de consumo de frutas e hortaliças (legumes e verduras). No segundo caso, avalia-se o hábito de consumir carnes vermelhas gordurosas ou frango com pele, sem a remoção da gordura visível desses alimentos, o hábito de consumir leite integral e o consumo frequente de refrigerantes.

A OMS (2004) recomenda a ingestão diária de pelo menos 400 gramas de frutas e hortaliças, o que seria equivalente, aproximadamente, ao consumo de cinco porções desses alimentos.

O consumo regular de frutas e hortaliças, considerado como a frequência de idosos que as consomem em cinco ou mais dias da semana segundo o VIGITEL BRASIL 2007, foi elevada na amostra, salientando-se que 85,7% afirma consumir salada todos os dias, na maioria das vezes crua e 68,6% afirma consumir frutas todos os dias, não havendo diferença entre os sexos. Considerando, porém, que as questões do instrumento utilizado avaliam apenas a frequência, a variedade e quantidade consumidas não foram detectadas. Da mesma forma, não se conhece o grau de utilização e agroquímicos que poderiam estar comprometendo também a qualidade destes alimentos. Observa-se também que a maioria afirma consumir feijão 1-2 dias por semana (Tabela 3).

Jaime e Monteiro (2005) fizeram um inquérito brasileiro que avaliou amostra probabilística nacional de mais de 5.000 homens e mulheres com idade maior ou igual a 18 anos. Observaram que, dentre os indivíduos com 65 anos ou mais, 47,9% e 51,5% ingerem frutas e vegetais diariamente, respectivamente. Avaliando o gênero dos maiores de 65 anos, apenas 20,6% das mulheres e 14,8% dos homens consumiam cinco ou mais porções de frutas e hortaliças ao dia. Analisando a zona rural, sem discriminar faixa etária, encontraram 21,9% e 30,2% para o consumo diário de frutas e vegetais, respectivamente, valor baixo quando comparado à zona urbana (35,8% e 47,6%).

Já no que se refere ao consumo de carnes com excesso de gordura, a frequência de idosos que refere o hábito de consumir carne vermelha gordurosa ou frango com pele, sem remover a gordura visível desses alimentos, denominada consumo de carnes com excesso de gordura (BRASIL, 2008), foi de 23,2% para a carne vermelha e 36,4% para o frango. A frequência dessa condição foi maior nos homens do que entre as mulheres.

A carne vermelha teve consumo bem variado, concentrando-se nos 5-6 dias por semana (Tabela 3), sendo que, 13,3% das mulheres e 41,7% dos homens que consomem, a ingerem sem se preocupar com a gordura aparente. O restante (71,01%) afirmou retirar a gordura visível da carne antes de consumi-la. O frango é consumido 1-2 dias por semana pela maioria (79,7%), sendo que, 28,2% das mulheres e 56,25% dos homens que afirmou consumir frango, o consomem com a

pele. O consumo de carne com gordura visível está associado ao sexo neste estudo, sendo os homens os maiores consumidores ($p = 0,003$; Teste χ^2). Já para o consumo de pele de frango não houve significância.

Quanto ao consumo de leite, 64,3% da população estudada o ingere todos os dias (Tabela 3). Das 35 mulheres que afirmaram beber leite (76,1%), apenas cinco usam o leite desnatado e o fazem em função do seu perfil lipídico alterado, e o restante utiliza leite com teor integral de gordura não pasteurizado. Dos 15 homens que afirmaram beber leite (62,6%), apenas 1 utiliza o leite desnatado e o restante utiliza leite com teor integral de gordura não pasteurizado. O leite é apenas fervido antes do consumo.

Não se observou consumo regular de refrigerantes (não dietéticos), considerado aqui como consumo em cinco ou mais dias da semana. Metade da população bebe refrigerante só 1-2 dias por semana (nos finais de semana) (Tabela 3).

A frequência de adultos que, nos últimos 30 dias, consumiram em uma única ocasião mais de quatro doses (mulheres) ou mais de cinco doses (homens) de bebidas alcoólicas (uma dose de bebida alcoólica representa uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho), denominado, a exemplo da publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) consumo abusivo de bebidas alcoólicas, foi de apenas 1,4% , podendo-se afirmar, portanto, que a população estudada não consome bebidas alcoólicas de forma abusiva.

Analisando-se a tabela 3, observa-se que, das 25 mulheres que afirmam consumir álcool, 39,1% o faz todos os dias. Já para o sexo masculino, dos 21 que afirmam consumir algum tipo de bebida alcoólica, 83,3% consomem todos os dias, havendo uma diferença significativa entre os sexos ($p = 0,001$). A bebida alcoólica citada pela totalidade da amostra que afirma beber diariamente é um cálice de vinho tinto no almoço e um no jantar. Moraes; Rodrigues e Gerhardt (2008) também encontraram uma associação significativa ($p < 0,001$) entre o hábito de ingestão de álcool e o sexo, mostrando que, dos que não ingerem álcool, 77,1% são mulheres.

Os compostos fenólicos, principalmente os flavonóides, exercem uma potente ação antioxidante, atuando como agentes anti-aterogênicos e estão presentes no vinho, em especial, o tinto. Os flavonóides inibem oxidação do colesterol LDL *in vitro*, evitando o desenvolvimento da DCV aterosclerótica. Além disso, têm a habilidade de inibir a função plaquetária. Essas propriedades foram descobertas a

partir do paradoxo francês. Na França, foi observada baixa taxa de mortalidade por DCV nos habitantes que consumiam uma dieta rica em gordura saturada, mas que consumiam uma grande quantidade de vinho, em especial o tinto (GIEHL et al, 2007). Analisando a extensa revisão de Giehl et al (2007), pode-se ressaltar a importância do consumo de vinho tinto pela população em estudo, o que poderia, dentre outros fatores, contribuir para a baixa taxa de eventos CDV e cerebrovasculares entre esses idosos, conforme observado na Tabela 2, apesar do elevado consumo de gordura saturada (Tabela 3 e Tabela 4).

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

Alimentos/Dias por semana	SEXO				total (n = 70)		p
	homem (n = 24)		mulher (n = 46)		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Feijão							
1 a 2	20	83,3	39	84,8	59	84,3	0,538
3 a 4	2	8,3	2	4,3	4	5,7	
5 a 6	0	0	0	0	0	0	
Todos	0	0	0	0	0	0	
Quase nunca	1	4,2	4	8,7	5	7,1	
Nunca	1	4,2	1	2,2	2	2,9	
Salada							
1 a 2	0	0	0	0	0	0	0,707
3 a 4	1	4,2	2	4,3	3	4,3	
5 a 6	1	4,2	1	2,2	2	2,9	
Todos	21	87,5	39	84,8	60	85,7	
Quase nunca	1	4,2	3	6,5	4	5,7	
Nunca	0	0	1	2,2	1	1,4	
Carne vermelha							
1 a 2	5	20,8	11	23,9	16	22,9	0,520
3 a 4	7	29,2	13	28,3	20	28,6	
5 a 6	9	37,5	18	39,1	27	38,6	
Todos	3	12,6	3	6,5	6	8,6	
Quase nunca	0	0	1	2,2	1	1,4	
Nunca	0	0	0	0	0	0	
CCarne x gordura visível							
Tira o excesso	11	45,8	38	84,4	49	71,01	0,003
Come com a gordura	10	41,7	6	13,3	16	23,2	
Não come carne com gordura	3	12,5	1	2,2	4	5,8	
Frango							
1 a 2	16	69,6	39	84,8	55	79,7	0,112
3 a 4	0	0	0	0	0	0	
5 a 6	0	0	0	0	0	0	
Todos	0	0	0	0	0	0	
Quase nunca	4	17,4	6	13	10	14,5	
Nunca	3	13	1	2,2	4	5,8	
FFrango x pele							

Alimentos/Dias por semana	sexo				total (n = 70)			p
	homem (n = 24)		mulher (n = 46)					
	n	%	n	%	n	%		
Tira a pele	6	37,5	25	64,1	31	56,4	0,142	
Come com a pele	9	56,25	11	28,2	20	36,4		
Não come frango com pele	1	6,25	3	7,7	4	7,3		
Frutas								
1 a 2	3	12,5	3	6,5	6	8,6	0,071	
3 a 4	4	16,7	2	4,3	6	8,6		
5 a 6	4	16,7	5	10,9	9	12,9		
Todos	13	54,2	35	76,1	48	68,6		
Quase nunca	0	0	1	2,2	1	1,4		
Nunca	0	0	0	0	0	0		
Refrigerante								
1 a 2	9	37,5	26	56,5	35	50	0,097	
3 a 4	0	0	1	2,2	1	1,4		
5 a 6	0	0	0	0	0	0		
Todos	1	4,2	3	6,5	4	5,7		
Quase nunca	12	50	12	26,1	24	34,3		
Nunca	2	8,3	4	8,7	6	8,6		
Leite								
1 a 2	1	4,2	1	2,2	2	2,9	0,176	
3 a 4	1	4,2	2	4,3	3	4,3		
5 a 6	0	0	0	0	0	0		
Todos	13	54,2	32	69,6	45	64,3		
Quase nunca	0	0	1	2,2	1	1,4		
Nunca	9	37,5	10	21,7	19	27,1		
Álcool								
1 a 2	1	4,2	3	6,5	4	5,7	0,001	
3 a 4	0	0	2	4,3	2	2,9		
5 a 6	0	0	0	0	0	0		
Todos	20	83,3	18	39,1	38	54,3		
Quase nunca	0	0	2	4,3	2	2,9		
Nunca	3	12,5	21	45,7	24	34,3		

(Teste χ^2) – p < 0,05 diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

4.3.1 Outras variáveis alimentares

Com a finalidade de avaliar características alimentares relacionadas à população rural e não constantes no questionário do VIGITEL 2007 (Brasil, 2008), as variáveis dietéticas adicionais abaixo descritas foram incluídas no estudo, além de analisar o indicativo de urbanização do rural no quesito alimentação, por meio da avaliação do consumo de produtos industrializados.

Analisando a tabela 4, observa-se que o consumo de alimentos característicos da região é bem acentuado, enfatizando-se que 78,6% da amostra consome polenta, 75,7% queijo colonial e 87,1% pão caseiro.

O óleo vegetal é consumido diariamente por 94,3% dos idosos. É impactante o uso da banha pela quase totalidade da amostra (75,7%) (Tabela 4). Há que se considerar que a banha é integrante base de todas as preparações, inclusive na preparação do pão caseiro, e o óleo vegetal é utilizado pela maioria apenas para temperar a salada das refeições, sendo o de soja o mais usado. Apenas algumas poucas mulheres mais longevas e mais preocupadas com a saúde usam azeite de oliva (dados não demonstrados).

As frituras são citadas por 45,7% como consumidas 1-2 vezes por semana (Tabela 4), sendo as principais preparações o bife à milanesa, o ovo frito e o omelete (chamado de “fortaia” no dialeto italiano) e consumido por muitos no jantar (dados não demonstrados).

O consumo de produtos industrializados é baixo (Tabela 4). O principal produto citado foi a massa de tomate industrial. A maioria dos idosos produz os próprios alimentos e os prepara, por vezes, para o ano todo. Budó (1996) estudando a colonização italiana em uma comunidade rural de Silveira Martins/RS apresenta diversas semelhanças com este estudo, mostrando que o colono italiano elabora o doce caseiro (chimia), a massa de tomate natural, as compotas, a banha de porco, as carnes suína, bovina e de aves, as conservas, pães, massas, bolachas, salame, queijo. Além da produção para o autoconsumo, o consumo de vinho tinto e de polenta, as verduras em todas as refeições e as frutas da estação.

O consumo de peixe foi baixo, 68,6% afirmam quase nunca comer (Tabela 4), visto que as refeições dos colonos italianos, como citado por Budó (1996), são mais baseadas em carnes vermelhas.

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

Alimento / Dias da semana	sexo				total (n = 70)		p
	masculino (n = 24)		feminino (n = 46)		n	%	
	n	%	n	%			
Salame							
1 a 2	5	20,8	13	28,3	18	25,7	0,008
3 a 4	3	12,5	8	17,4	11	15,7	
5 a 6	2	8,3	0	0	2	2,9	
Todos	11	45,8	9	19,6	20	28,6	
Quase nunca	1	4,2	9	19,6	10	14,3	

Alimento / Dias da semana	sexo						p
	masculino (n = 24)		feminino (n = 46)		total (n = 70)		
	n	%	n	%	n	%	
Nunca	2	8,3	7	15,2	9	12,9	
Polenta							
1 a 2	0	0	3	6,5	3	4,3	0,136
3 a 4	2	8,3	4	8,7	6	8,6	
5 a 6	1	4,2	1	2,2	2	2,9	
Todos	21	87,5	34	73,9	55	78,6	
Quase nunca	0	0	4	8,7	4	5,7	
Nunca	0	0	0	0	0	0	
Queijo							
1 a 2	1	4,2	5	10,9	6	8,6	0,882
3 a 4	2	8,3	4	8,7	6	8,6	
5 a 6	1	4,2	1	2,2	2	2,9	
Todos	18	75	35	76,1	53	75,7	
Quase nunca	0	0	1	2,2	1	1,4	
Nunca	2	8,3	0	0	2	2,9	
Pão							
1 a 2	1	4,2	3	6,5	4	5,7	0,431
3 a 4	1	4,2	3	6,5	4	5,7	
5 a 6	0	0	1	2,2	1	1,4	
Todos	22	91,2	39	84,8	61	87,1	
Quase nunca	0	0	0	0	0	0	
Nunca	0	0	0	0	0	0	
Nata							
1 a 2	1	4,2	4	8,7	5	7,1	0,424
3 a 4	1	4,2	0	0	1	1,4	
5 a 6	0	0	0	0	0	0	
Todos	1	4,2	2	4,3	3	4,3	
Quase nunca	4	16,7	3	6,5	7	10	
Nunca	17	70,8	37	80,4	54	77,1	
Bolacha caseira							
1 a 2	11	45,8	17	37	28	40	0,597
3 a 4	3	12,5	7	15,2	10	14,3	
5 a 6	0	0	3	6,5	3	4,3	
Todos	6	25	8	17,4	14	20	
Quase nunca	4	16,7	6	13	10	14,3	
Nunca	0	0	5	10,9	5	7,1	
Chimia caseira							
1 a 2	2	8,3	8	17,4	10	14,3	0,616
3 a 4	1	4,2	1	2,2	2	2,9	
5 a 6	2	8,3	3	6,5	5	7,1	
Todos	13	54,2	23	50	36	51,4	
Quase nunca	5	20,8	4	8,7	9	12,9	
Nunca	1	4,2	7	15,2	8	11,4	
Banha							
1 a 2	1	4,2	2	4,3	3	4,3	0,348
3 a 4	0	0	2	4,3	2	2,9	
5 a 6	0	0	1	2,2	1	1,4	
Todos	20	83,3	33	71,7	53	75,7	
Quase nunca	1	4,2	4	8,7	5	7,1	
Nunca	2	8,3	4	8,7	6	8,6	
Óleo							

Alimento / Dias da semana	sexo						p
	masculino (n = 24)		feminino (n = 46)		total (n = 70)		
	n	%	n	%	n	%	
1 a 2	0	0	1	2,2	1	1,42	0,140
3 a 4	0	0	1	2,2	1	1,42	
5 a 6	0	0	0	0	0	0	
Todos	24	100	42	91,3	66	94,3	
quase nunca	0	0	1	2,2	1	1,42	
Nunca	0	0	1	2,2	1	1,42	
Doces							
1 a 2	13	54,2	30	65,2	43	61,4	0,603
3 a 4	1	4,2	1	2,2	2	2,9	
5 a 6	1	4,2	0	0	1	1,4	
Todos	1	4,2	0	0	1	1,4	
Quase nunca	6	25	11	23,9	17	24,3	
Nunca	2	8,3	4	8,7	6	8,6	
Guloseimas							
1 a 2	6	25	11	23,9	17	24,3	0,448
3 a 4	1	4,2	0	0	1	1,4	
5 a 6	0	0	0	0	0	0	
Todos	0	0	1	2,2	1	1,4	
Quase nunca	4	16,7	17	37	21	30	
Nunca	13	54,2	17	37	30	42,9	
Produtos industrializados							
1 a 2	7	29,2	15	32,6	22	31,4	0,628
3 a 4	3	12,5	1	2,2	4	5,7	
5 a 6	0	0	3	6,5	3	4,3	
Todos	2	8,3	1	2,2	3	4,3	
Quase nunca	0	0	3	6,5	3	4,3	
Nunca	12	50	23	50	35	50	
Frituras							
1 a 2	10	41,7	22	47,8	32	45,7	0,316
3 a 4	6	25	6	13	12	17,1	
5 a 6	1	4,2	0	0	1	1,4	
Todos	3	12,5	7	15,2	10	14,3	
Quase nunca	4	16,7	9	19,6	13	18,6	
Nunca	0	0	2	4,3	2	2,9	
Ovos							
1 a 2	11	45,8	18	39,1	29	41,4	0,026
3 a 4	6	25	5	10,9	11	15,7	
5 a 6	1	4,2	0	0	1	1,4	
Todos	1	4,2	2	4,3	3	4,3	
Quase nunca	4	16,7	16	34,8	20	28,6	
Nunca	1	4,2	5	10,9	6	8,6	
Peixe							
1 a 2	6	25	11	23,9	17	24,3	0,710
3 a 4	0	0	0	0	0	0	
5 a 6	0	0	0	0	0	0	
Todos	0	0	0	0	0	0	
Quase nunca	17	70,8	31	67,4	48	68,6	
Nunca	1	4,2	4	8,7	5	7,1	

(Teste χ^2) – p < 0,05 diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

A nata foi muito pouco citada, o que deriva possivelmente do fato de que a ancestralidade italiana não tem em sua tradição o consumo desse alimento. Os

doces foram citados pela maioria como consumidos em 1-2 dias por semana, sendo o sagu e o pudim as principais sobremesas citadas (61,4%). As guloseimas foram citadas como quase nunca consumidas por grande parte da amostra.

Esses resultados mostram que os habitantes idosos da Linha Senador Ramiro de Nova Bassano/RS e, provavelmente, das outras áreas rurais do município, possuem ainda uma alimentação pouco influenciada pelos produtos industrializados. Isso pode ser um indicativo de que a urbanização do rural parece não ter chegado a essa população, em se tratando de questões alimentares, sendo preservados os costumes da colonização italiana. Esses dados podem ser atribuídos aos idosos, pois as outras faixas etárias, não estudadas no presente estudo, podem ser mais suscetíveis à influência da mídia. Balem e Silveira (2002), ao contrário desse estudo, demonstraram que a urbanização do rural chegou em algumas localidades rurais do RS.

O grande consumo de salame e queijo caseiro (Tabela 4), ricos em sal e gordura saturada, pode explicar, dentre outros inúmeros fatores, a elevada prevalência de HAS na população (Tabela 2).

A média de consumo diário de água foi $4,74 \pm 2,82$ copos (DP), ou seja, em torno de 800 mL e de chimarrão foi de $3,53 \pm 5,44$ cuias (DP). Esse fato, associado ao consumo de fibras (advindo das frutas, verduras e feijão - Tabela 3) e, ainda, o baixo sedentarismo (Tabela 2), poderiam explicar o relato de bom funcionamento intestinal dos idosos, explicitado no item 4.2.

Não foi observada diferença significativa no consumo alimentar entre os sexos, mostrando que as mulheres e os homens têm uma alimentação parecida em sua frequência e qualidade (Tabelas 3 e 4).

4.4 VARIÁVEIS ANTROPOMÉTRICAS

Em estudos epidemiológicos, o diagnóstico da obesidade pode ser feito a partir do IMC (BRASIL, 2008), dentre outros parâmetros.

Analisando a tabela 5, observa-se que a massa corporal (MC) relatada apresenta diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres aos 20 anos de idade, sendo os homens os detentores da maior MC. Já para a MC atual

relatada e aferida não houve diferenças entre os sexos. Analisando o IMC, observa-se que o sexo feminino apresenta esse parâmetro significativamente mais elevado que os homens.

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

	sexo				p
	masculino (n = 24)		feminino (n = 46)		
	M	DP	M	DP	
Massa Corporal aos 20 anos (kg)	66,81	7,78	59,46	8,16	0,002
Massa Corporal Atual Relatada (kg)	67,25	27,68	61,22	28,36	0,398
Massa Corporal Atual Aferida (kg)	75,17	13,11	72,58	14,52	0,476
Estatua aferida (cm)	173,40	5,23	158,78	7,17	0,000
IMC (kg/m ²)	24,91	3,66	28,63	4,72	0,002
CC (cm)	91,78	11,38	91,74	9,09	0,987

Teste t-Student - p < 0,05 diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

Tabela 6 - Distribuição da frequência das variáveis antropométricas segundo o sexo dos idosos da Linha Senador Ramiro, Nova Bassano, RS, 2009

	sexo				total (n = 70)		p
	Masculino (n = 24)		Feminino (n = 46)		N	%	
	N	%	n	%			
CC (cm)							
< 80 (F) e < 94 (M)	12	52,2	4	8,9	16	23,5	0,000
≥ 80 e ≥ 94	11	47,8	41	91,1	52	76,5	
CC (cm)							
< 88 (F) e < 102 (M)	19	82,6	20	44,4	39	57,4	0,003
≥ 88 e ≥ 102	4	17,4	25	55,6	29	42,6	
IMC (kg/m²)							
< 22	7	30,4	4	8,9	11	16,2	0,013
22 > e < 27	8	34,8	11	24,4	19	27,9	
> 27	8	34,8	30	66,7	38	55,9	

CC: Circunferência da Cintura; IMC: Índice de Massa Corporal

(Teste χ^2) – p < 0,05 diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

A média geral da massa corporal relatada por 60 idosos foi 67,25 kg ± 27,68 (DP). Analisando a tabela 5, percebe-se que a grande maioria dos idosos afere a MC regularmente, tendo um bom conhecimento sobre esta e a relatando com veracidade, uma vez que não há diferença entre as mesmas. A média da MC aferida para o sexo feminino foi 72,58 kg ± 14,53 (DP) e a relatada foi 61,22 kg ± 28,37 (DP) (39 mulheres relataram o peso). Já para o sexo masculino a média do peso aferido foi 75,2 kg ± 13,11 (DP) e do peso relatado foi 67,25 kg ± 27,68 (DP)

(21 homens relataram o peso). Em se tratando da estatura, 76,1% das mulheres e 37,5% dos homens não tinham conhecimento sobre esta. O conhecimento dos homens relativos a sua estatura reportavam-se à medida realizada no alistamento militar.

Analisando a tabela 6, verificou-se que mais da metade da amostra está com excesso de peso de acordo com os pontos de corte do IMC para idosos, sendo que a maioria significativa é do sexo feminino. A prevalência de baixo peso (16,2%), por sua vez, é significativamente maior nos idosos do sexo masculino. O IMC médio do sexo feminino foi $28,63 \pm 4,72$ (DP) kg/m^2 e do sexo masculino foi $24,91 \pm 3,66$ (DP) kg/m^2 , sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p = 0,02$; Teste t-Student).

O excesso de peso entre as mulheres pode ser atribuído ao fato delas apresentarem uma alimentação semelhante a dos homens em frequência e qualidade (Tabela 3 e 4). Além disso, apesar de estarem sujeitas como descreve Budó (1996) a uma sobrecarga de trabalho, pois dedicam-se aos afazeres domésticos sem o auxílio do homem, ordenham as vacas, tratam os animais, cuidam da horta e do jardim, além de dividir, muitas vezes, o trabalho na lavoura com o homem, principalmente nas épocas de plantio, o gasto energético das mulheres em relação aos homens é menor, pois as atividades laborais que elas desenvolvem são mais leves, exigindo menos esforço físico. Além disso, sabe-se que a mulher depois da menopausa e, ainda com o envelhecimento, acumula mais gordura corporal que o homem, especialmente no abdômen.

Nessa população houve uma prevalência de 24,4% de mulheres e 12,5% dos homens com IMC entre de 30-34,9 kg/m^2 e 13,3% das mulheres e nenhum homem com IMC entre 35-39,9 kg/m^2 . Não foram encontrados indivíduos com IMC $> 40 \text{ kg/m}^2$.

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

Analisando a CC, esta teve como média para as mulheres $91,74 \pm 9,09$ (DP) cm e para os homens $91,78 \pm 11,38$ (DP) cm, sendo essa diferença não significativa (Teste t-Student).

Considerando os pontos de corte da IDF (2008) e do NCEP (2001) (Tabela 6), observa-se que avaliando o primeiro parâmetro, a maioria dos idosos apresenta

risco aumentado, sendo esse valor significativamente mais elevado entre as mulheres. Analisando o segundo ponto de corte, observa-se que a prevalência de pessoas com CC com risco muito aumentado cai para menos da metade da amostra, sendo esse valor ainda significativamente maior nas mulheres.

Vários estudos mostram predominância de excesso de peso em idosos, utilizando, no entanto, pontos de corte de IMC para adultos. Entre esses, Dos Santos e Sichieri (2005) em seu estudo com idosos da zona urbana do Rio de Janeiro, observaram uma maior proporção de sobrepeso e uma inadequação da distribuição de gordura entre as mulheres, sendo que a CC das idosas foi aproximadamente o dobro dos homens. Da Cruz et al (2004) verificaram uma prevalência de obesidade na amostra de idosos de Veranópolis de 23,3%. Campos et al (2006) em seu estudo nas regiões Nordeste e Sudeste, encontraram 50,4% de eutrofia, ficando para as mulheres, a exemplo do presente estudo, as maiores taxas de obesidade. Segundo o VIGITEL 2007 (BRASIL 2008), no conjunto da população > de 65 anos nas capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, distribuídos por sexo, 11,2% dos homens e 20,5% das mulheres apresentavam obesidade. Enquanto os dados se aproximam do presente estudo no que se refere aos homens, quando são considerados as mulheres com $IMC \geq 30$, o percentual é bem mais expressivo neste estudo (37,7%).

Scherer (2008) estudando a população idosa do município de Marques de Souza, RS e utilizando os pontos de corte de adultos para IMC, encontrou uma prevalência de sobrepeso e obesidade em 57% dos homens e 64% das mulheres e apenas 3% de magreza na população.

5 CONCLUSÃO

Na população estudada, a doença crônica mais relatada foi a hipertensão arterial sistêmica, sendo esta mais prevalente entre as mulheres. As demais doenças crônicas não tiveram prevalência tão relevante. Essa constatação remete aos fatores de risco encontrados.

O excesso de peso, assim como a circunferência da cintura elevada, foram mais expressivos no sexo feminino do que no masculino, o que pode ser explicado, dentre outros fatores, pelo fato de as mulheres serem mais sedentárias que os homens e consumirem quantidades de alimentos semelhantes a estes.

A produção própria e, portanto, o acesso facilitado a frutas e hortaliças, propicia consumo elevado destes alimentos, importantes fontes de fatores de proteção, além do consumo regular e moderado de vinho tinto.

Fica o questionamento se o consumo de produtos não industrializados e de produção caseira característicos desta população pode ser considerado fator de proteção ou de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas. A população estudada, especialmente a masculina, tem, em sua maioria, um gasto energético elevado, apesar de não dedicar um tempo para praticar atividade física no lazer. Sabe-se, também, que os produtos industrializados, praticamente não consumidos por esta população, são ricos em substâncias nocivas à saúde.

Portanto, os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas encontrados na população idosa da Linha Senador Ramiro, Nova Bassano/RS, foram o elevado consumo de gordura saturada, o excesso de peso e a elevada CC. Em relação aos fatores de proteção predominam o consumo regular de frutas e verduras por grande parte da população, o consumo moderado e regular de vinho, o baixo sedentarismo e a realização de exames preventivos. A conjunção de todos esses aspectos poderia explicar o aparente paradoxo entre os fatores de risco e os eventos cerebrovasculares e cardiovasculares na população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, L. C.; LEIMANN, B. C. Q.; VASCONCELOS, M. E. L.; CARVALHO, M. S.; VASCONCELOS, A. G. G.; DA FONSECA, T. C. O.; LEBRÃO, M. L. & LAURENTA, R. Influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(8):1924-1930, ago, 2007.
- ALMEIDA, W. F. **Trabalho agrícola e sua relação com saúde/doença**. In: *Patologia do Trabalho* (R.Mendes, org.), pp. 487-516, Rio de Janeiro: Editora Atheneu. 1995.
- AMADO, T. C. F.; ARRUDA de, I. K. G. & FERREIRA, R. A. R. **Aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI**. Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. Brasil. Recife/ 2005.
- AMBROSINI, M. B.; WITT, R. R. As intoxicações por agrotóxicos no meio rural e a atuação do enfermeiro. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.21, n.1, , jan. 2000, p.5-21.
- ARROYO, P.; FERNÁNDEZ, V.; LORÍA, A.; PARDÍO, J.; LAVIADA, H.; VARGAS-ANCONA, L. & WARD, R. Obesidad, morfología corporal y presión arterial en grupos urbanos y rurales de Yucatán. **Salud Publica Mex**, vol.49, no.4, julio-agosto de 2007; p. 274-285.
- AVLUND, K.; LUND, R.; HOLSTEIN, B. E.; DUE, P. Social relations as determinant of onset of disability in aging. **Arch Gerontol Geriatr** 2004; 38: 85-90.
- BALEM, T. A.; SILVEIRA, P. R. **A erosão cultural alimentar: processo de insegurança alimentar na agricultura familiar**. 2002. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.ufsm.br/desenvolvimentorural/textos/artigo%20erosao%20alimentar.pdf>. Arquivo consultado em 30 de abril de 2008.
- BALSADI, O. V. Mudanças no meio rural e desafios para o desenvolvimento sustentável. **Sao Paulo Perspec**, vol. 15, no.1, 2001, p.155-165.

BASSLER, T. C.; LEI, D. L. Diagnóstico e monitoramento da situação nutricional da população idosa em município da região metropolitana de Curitiba (PR). **Rev Nutr**, Campinas, 21(3), maio/jun., 2008, p. 311-321.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Controle do Câncer de Mama: Documento de consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

_____. Ministério da Saúde. 2003.

_____. 2004.

_____. **Glossário do Ministério da Saúde**. Projeto de Terminologia em Saúde. 2004.

_____. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil**. INCA: Rio de Janeiro, 2007.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL BRASIL 2007 – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2007. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília, DF, 2008.

_____. Síntese dos Indicadores Sociais. 2008.

BUDÓ, M. de L. D. O antigo e o novo: o cuidado em saúde no cotidiano de uma cultura italiana. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 1 n. 2, p. 27-34 - jul./dez. 1996.

CAMBRI, L. T.; DE SOUZA, M.; MANNRICH, G.; DA CRUZ, R. O.; GEVAERD, M. Da S. Perfil lipídico, dislipidemias e exercícios físicos. **Rev Brás Cineantropom Desempenho Hum**. 2006;8(3):100-106.

CAMPOS, M. T. F. de S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELAS, A. P. R. de C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Rev Nutr**, set./dez. 2000, vol. 13, no.3, p. 157-165.

CAMPOS, M. A. G.; PEDROSO, E. R. P.; LAMOUNIER, J. A.; COLOSIMO, E. A.; ABRANTES, M. M.. Estado nutricional e fatores associados em idosos. **Rev Assoc Med Bras** 2006; 52(4): 214-21.

Centro Nacional de Epidemiologia [CENEPI]. **Proposta para implantar o monitoramento de doenças não transmissíveis, de seus fatores de riscos e de outros agravos à saúde.** Brasília (DF): Ministério da Saúde/ Fundação Nacional de Saúde; 2001. [Documento Base]

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev Saúde Pública** 1997; 31: 184-200.

CHORILLI, M; OTTO, T.; ALVES, M. I. F.; CAVALLINI, M. E.; LEONARDI, G. R. Avaliação do uso de protetores solares pela população rural de Piracicaba . São Paulo . Brasil, através da aplicação de questionário. **Rev Bras Farm**, 88(4), 2007. 167-172.

COELI, C. M.; FERREIRA, L. G. F. D.; DRBAL, M. de M.; VERAS, R. P.; DE CAMARGO JÚNIOR, K. R.; CASCÃO, A. M. Mortalidade em idosos por diabetes mellitus como causa básica e associada. **Rev Saúde Pública** 2002;36(2):135-40.

DA COSTA, J. S. D.; OLINTO, M. T. A.; ASSUNÇÃO, M. C. F.; GIGANTE, D. P.; MACEDO, S. MENEZES, A. M. B. Prevalência de Diabetes Mellitus em Pelotas, RS: um estudo de base populacional. **Rev Saúde Pública** 2006;40(3):542-5.

DA CRUZ, I. B. M.; ALMEIDA, M. S. C.; SCHWANKE, C. H. A.; MORIGUCHI, E. H. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. **Rev Assoc Med Bras** 2004; 50(2): 172-7.

DALLEPIANE, L. B.; BELLÉ, T. R. L.; SCHWEIGERT, I. D. ; ENDRUWEIT, I. B.; JESUS, T. de ; WENDLAND, R.; TUSSET, J.; UECKER, M. Adiposidade em idosos urbanos do município de Ijuí, RS. **Rev Contexto & Saúde**, v. 11,2006, p. 63-74.
SILVA, E. B. Estudo do Perfil Lipídico de um Grupo de Idosos. NewsLab, edição 72, 2005.

DOS SANTOS, D. M.; SICHIERI, R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. **Rev Saúde Pública** 2005; 39 (2): 163-8.

EMATER - Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural. Nova Bassano. RS. 2009.

FARIA, N. M. X.; LEDUR, I.; RABELO, M. Acidente de trabalho rural: Um estudo em Tenente Portela, RS. **Rev Bras de Saúde Ocup**, 20:45-49. 1992.

FARIA, N. M. X. **Saúde do Trabalhador Rural:Um Estudo na Região Serrana do Rio Grande do Sul**. Dissertação de Mestrado, Pelotas: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. 1997.

FEHLBERG, M. F.; DOS SANTOS, I. S.; TOMASI, E. Acidentes de trabalho na zona rural de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo transversal de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(6), nov-dez, 2001, p. 1375-1381.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Obesidade no Brasil: tendências atuais. **Rev Port Saúde Pública**, vol.24, no.2, julho/dezembro 2006, p 71-82.

GARÓFOLO, A.; AVESANI, C. M.; CAMARGO, K. G.; BARROS, M. E.; SILVA, S. R. J.; TADDEI, J. A. de A. C.; SIGULEM, D. M. Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico. **Rev Nutr**, Campinas, 17(4):491-505, out./dez., 2004.

GIEHL, M. R.; DAL BOSCO, S. M.; LAFLOR, C. M.; WEBER, B. Eficácia dos flavonóides da uva, vinho tinto e suco de uva tinto na prevenção e no tratamento secundário da aterosclerose. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, jul./set. 2007, p. 145-155.

GLANZ, K. Behavioral research contributions and needs in cancer prevention and control: Dietary change. **Prev Med** 1997; 26(5 Pt 2):S43-S55.

GREENWALD, P.; CLIFFORD, C. K.; MILNER, J. A. Diet and cancer prevention. **Eur J Cancer** 2001; 37(8): 948-65.

GROSS, J.; SILVEIRO, S.; CAMARGO, J. et. al. Diabetes melito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. *Arq. Bras. Endocrinologia Metab.*, vol. 16, no. 1; pp. 16-26, Fev. 2002.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2000.

_____. **PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios)**. 2003.

_____. **Censo demográfico.** 2004.

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002-2003.** 2004.

_____. **Censo Agropecuário.** 2006.

_____. **Contagem da População.** 2007.

International Diabetes Federation (IDF). 2008.

JAIME, P. C.; MONTEIRO, C. A. Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21, 2005. Sup:S19-S24

LEBRÃO, M.L. & LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol.**, 2005; 8(2): 127-41.

LERARIO, A. C & LOTTENBERG, S. A. Mecanismos ambientais implicados no ganho de peso e as oportunidades para prevenção da obesidade. **Einstein**. 2006; Supl 1: S7-S13.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary care**, 21(1): 55-67,1994.

MAIA, F. de. O. M.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; SANTOS, J. L. F. Risk factors for mortality among elderly people. **Rev Saúde Pública** 2006;40(6).

MARQUES, A. P. de O.; ARRUDA de, I. K. G.; ESPÍRITO SANTO do, A. C. G.; RAPOSO, M. C. F.; GUERRA, M. D. & SALES, T. F. Prevalência de obesidade e fatores associados em mulheres idosas. **Arq Bras Endocrinol Metab**, vol 49, nº 3 Junho 2005.

MEIRELES, V. C.; MATSUDA, L. M.; COIMBRA, J. A. H.; THAIS AIDAR DE FREITAS MATHIAS, T. A. DE F. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na Região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde e Sociedade** v.16, n.1, p.69-80, jan-abr 2007.

MICHELON, E; MORIGUCHI, E. H. Características da distribuição dos lipídeos plasmáticos e dos fatores de risco coronariano em indivíduos com 80 anos ou mais. **Rev Med PUCRS** 1996; 6:13-23.

MISSIO, M; PORTELLA, M. R. Atenção aos idosos rurais no contexto da família: um desafio para a equipe do programa saúde da família. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, Vol 17, n 2, jul./dez. 2003.

MONTEIRO, C. A.; DE MOURA, E. C.; JAIME, P. C.; LUCCA, A.; FLORINDO, A. A.; FIGUEIREDO, I. C. R.; BERNAL, R & SILVA, N. N. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. **Rev Saúde Pública** 2005; 39 (1): 47-57.

MORAIS, E. P.; RODRIGUES, R. A. P.; GERHARDT, T. E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Abr-Jun; 17(2): 374-83.

NCEP - National Cholesterol Education Program. 2001.

NOVAES, C. DE O.; MATTOS, I. E. Prevalência e fatores associados a não utilização de mamografia em mulheres idosas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:, 2009, S310-S320.

_____. 2000.

_____. **Manejo da desnutrição grave: um manual para profissionais de saúde de nível superior e suas equipes auxiliares.** Genebra, 2000.

_____. **Obesidade: Prevenindo e Controlando a Epidemia Global.** São Paulo : Roca, 2004. 256 p.

_____. 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** Brasília, 2003, p. 29 – 30.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Rev Saúde Pública** 2005; 39: 383-91.

PATARRA, L. P. **Mudanças na dinâmica demográfica**. In: Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil. (C. A. Monteiro, org.), 2ª. Ed., São Paulo: Editora Hucitec. 2000, p. 61-78.

PATE, R. R.; PRATT, M.; BLAIR, S. N.; HASKELL, W. L.; MACERA, C. A.; BOUCHARD, C. Physical activity and public health: a recommendation from the centers for disease control and prevention and the american college of sports medicine. **JAMA** 1995; 273: 402-407.

Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. 1999.

PINHEIRO, A. R. de O.; FREITAS de, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev Nutr**, vol.17, no.4, Campinas out./dez. 2004, p. 523-533.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA BASSANO. 2000.

_____. 2008.

_____. **Plano Municipal de Saúde: 2006-2009**.

QUINTELLA, L. C. M. **Qualidade de Vida e Estado Nutricional de idosos: um estudo descritivo sobre freqüentadores do Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação: Interunidades em Nutrição Humana Aplicada – PRONUT. São Paulo, 2006

RADIN, F. G. **Centenário da primeira missa em Nova Bassano: 25/12/1986 a 25/12/1996**. Editora Pe. BERTHIER. Passo Fundo, RS, 1995.

RAMOS, A. M.; PELLANDA, L. C.; GUS, I; PORTAL, V. L. Marcadores inflamatórios da doença cardiovascular em idosos. **Arq Bras Cardiol** vol.92 no.3 São Paulo Mar. 2009.

RAUTIO, N.; HEIKKINEN, E.; HEIKKINEN, R. L. The association of socio-economic factors with physical and mental capacity in elderly men and women. **Arch Gerontol Geriatr** 2001; 33: 163-78.

REDANTE, D.; BACKES, D.; SCHWARTZ, E.; ZIELKE, K. C. R.; LAGO, S. M. Cuidando o idoso e a família. **Fam Saúde Desenv**, Curitiba, v.7, n.2, maio/ago. 2005, p.158-163.

REMYINGTON P. L.; SMITH M. Y.; WILLIAMSON D. F.; ANDA R. F.; GENTRY E. M.; HOGELIN G. C. Design, characteristics, and usefulness of state-based behavioral risk factor surveillance: 1981-87. **Public Health Rep**; 103, 1988, p. 366-375.

RENNER, S. B. A.; FRANCO, R. R.; BERLEZI, E. M.; BERTHOLO, L. C. Associação da hipertensão arterial com fatores de riscos cardiovasculares em hipertensos de Ijuí, RS. **RBAC**, vol. 40(4), 2008, p. 261-266.

RISSANEN, A.; FOGELHOLM, M. Physical activity in the prevention and treatment of other morbid conditions and impairments associated with obesity: Current evidence and research issues. **Med Sci Sports Exerc** 1999; 31(11 Supl):S635-45.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estud Interdiscip envelhec**, Porto Alegre, v. 4,, 2002, p. 7-19.

SAMPAIO, L. R. Avaliação nutricional e envelhecimento. **Rev Nutr**, Campinas, 17(4), out./dez., 2004, p. 507-514.

SCHERER, F. **Estado nutricional e sua associação com fatores de risco cardiovascular e síndrome metabólica em idosos**. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Mestrado em Geriatria e Gerontologia. 2008.

SCHWARTZ, E. **Família teuto- gaúcha : o cuidado entre possibilidades e limites**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 1998.

SCHWARTZ, E. **O viver, o adoecer e o cuidar das famílias de uma comunidade rural do extremo sul do Brasil: uma perspectiva ecológica**. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis – SC. 2002.

SCHWEIGERT, I. D. ; DALLEPIANE, L. B. ; BELLÉ, T. R. L. ; ENDRUWEIT, I. B. ; ROST, D. ; BEIER, L. L. ; MACHADO, L. **Triagem nutricional de idosos da área rural de Ijuí/RS.** In: XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia; VII Congresso Mundial de Epidemiologia, 2008, Porto Alegre/RS. Anais XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia. Porto Alegre/RS, 2008a.

SCHWEIGERT, I. D. ; LUCCHESI, T. L. ; WIERCINSKI L. ; BUSNELLO, M. B. **Consumo de alimentos de risco e proteção para doenças cardiovasculares entre usuários do Serviço Ambulatorial de Nutrição da Unidade Básica de Saúde de Ajuricaba, RS/Brasil.** In: XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia; VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2008, Porto Alegre/RS/Brasil. Anais XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia, 2008b.

SECRETARIA DA EDUCAÇÃO DO RIO GRANDE DO SUL. 2008.

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. 2002.

SILVA, J. L. A. O idoso do município de Arambaré – RS: um contexto rural de envelhecimento. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2008.

TAVARES E. L.; ANJOS, L. A. Perfil antropométrico da população brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. **Cad Saúde Pública** 1999;15.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(10), out, 2007, p. 2490-2502.

VAN DUYN, M. A.; PIVONKA, E. Overview of the health benefits of fruit and vegetable consumption for the dietetics professional: Selected literature. **J Am Diet Assoc** 2000; 100(12):1511-21.

VIEGAS-PEREIRA, A. P. F.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Fatores associados à prevalência de diabetes auto-referido entre idosos de Minas Gerais. **R Bras Est Pop**, São Paulo, v. 25, n. 2, jul./dez. 2008, p. 365-376.

UNITED STATES of AMÉRICA. Department of Health and Human Services. **Physical activity and health: a report of the Surgeon General.** Atlanta, Georgia: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.

VERMELHO, L. L.; MONTEIRO, M. F. G. Transição demográfica e epidemiológica. In: Medronho, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo. Atheneu. 2003, p. 91-103.

XAVIER, A. J.; DOS REIS, S. S.; PAULO, E. M.; D'ORSI, E. Tempo de adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007. **Ciênc Saúde Coletiva**, 13(5), 2008, p. 1543-1551.

WORLD CANCER RESEARCH FUND. Food, nutrition and prevention of cancer: A global perspective. **Washington: American Institute for Cancer Research**; 1997. p.35-71, 508-40.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis** : report of a WHO study group. World Health Organ Tech Rep Ser 843 : 1-129, 1994.

_____. **Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committee.** Geneva, 1995.

_____. **Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity.** Geneva, 1998.

_____. **Summary: surveillance of risk factors for noncommunicable diseases. The WHO STEP wise approach.** Geneva: WHO, 2001.

_____. World Health Report 2002. **Reducing risks, promoting healthy life.** Geneva: WHO, 2002.

http://pt.wikipedia.org/wiki/Nova_Bassano

ANEXOS

ANEXO 1:

TERMO DE CONSENTIMENTO

Projeto de Pesquisa: “Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas na população idosa rural da Linha Senador Ramiro, Nova Bassano, RS”

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa científica. A pesquisa tem por objetivo avaliar a presença de fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas nos idosos rurais da Linha Senador Ramiro, Nova Bassano, RS; e consiste na realização de um questionário e medidas antropométricas como peso, altura, circunferência do braço, circunferência da cintura e dobras cutâneas. Este procedimento levará aproximadamente 50 minutos.

Os dados antropométricos e os dados do questionário serão coletados nas próprias das casas dos idosos, através de uma visita domiciliar. Os resultados obtidos com este estudo poderão contribuir para o desenvolvimento de políticas de atenção à saúde da população idosa rural.

Alertamos de que não são conhecidos riscos envolvidos neste estudo e que a qualquer tempo você pode retirar o seu consentimento sem que isto implique em qualquer prejuízo para você.

Os resultados obtidos com este estudo serão usados para publicações, e lhe garantimos que estes dados serão utilizados sem a identificação preservando e mantendo o seu anonimato.

Se você concordar em participar deste estudo assine abaixo:

A minha assinatura, neste termo de consentimento informado, dará autorização ao pesquisador envolvido para utilizar os dados obtidos quando se fizer

necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando a minha identificação.

Pesquisadora envolvida: Andréia Focchesatto (acadêmica de nutrição UFRGS)

Tel. contato: (51)93115757.

Pesquisadora responsável: Ingrid Dalira Schweigert (profa. Orientadora UFRGS). Tel. contato: 51 3308 5122.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2009.

ANEXO 2: “Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas na população idosa rural da Linha Senador Ramiro, Nova Bassano, RS”

Pesquisadora: Acadêmica Andréia Focchesatto

Orientadora: Prof^{fa} Dr^a Ingrid Dalira Schweigert

Questionário: n° ____

1. Qual sua idade? _____ anos

2. Sexo: () masculino () feminino

3. Até que grau o(a) sr(a) estudou

- () curso primário ()1 ()2 ()3 ()4
 () admissão
 () curso ginásial ()1 ()2 ()3 ()4
 () 1º grau
 () 2º grau ou colégio ou técnico
 () supletivo de 2º grau
 () supletivo de 1º grau
 () curso superior
 () pós-graduação
 () não sabe
 () nunca estudou

4. O(a) sr(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)?

_____, ____ kg () não sabe () não quis informar

5. Quanto tempo faz que se pesou da última vez?

- () menos de 1 semana
 () entre 1 semana e 1 mês
 () entre 1 mês e 3 meses
 () entre 3 e 6 meses
 () 6 ou mais meses
 () nunca se pesou
 () não lembra

6. O(a) sr(a) sabe sua altura?

__ m ____ cm () não sabe () não quis informar

7. O(a) sr(a) lembra qual seu peso aproximado quando tinha 20 anos de idade?

() sim () não (pule para a q.15)

8. Qual era? _____ kg () não quis informar

Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre sua alimentação.

9. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) come feijão?

- () 1 a 2 dias por semana
 () 3 a 4 dias por semana
 () 5 a 6 dias por semana
 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)

- quase nunca
- nunca

10. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias
- quase nunca (pule para a q 15)
- nunca (pule para q 15)

11. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias
- quase nunca (pule para a q 13)
- nunca (pule para a q 13)

12. Num dia comum, o(a) sr(a) come este tipo de salada:

- no almoço (1 vez no dia)
- no jantar ou
- no almoço e no jantar (2 vezes no dia)

13. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer verdura ou legume cozido junto com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias
- quase nunca (pule para q15)
- nunca (pule para q15)

14. Num dia comum, o(a) sr(a) come verdura ou legume cozido:

- no almoço(1 vez no dia)
- no jantar ou
- no almoço e no jantar (2 vezes no dia)

15. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias
- quase nunca (pule para q17)
- nunca (pule para q17)

16. Quando o(a) sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) sr(a) costuma:

- tirar sempre o excesso de gordura visível
- comer com a gordura
- não come carne vermelha com muita gordura

17. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer frango?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias
- quase nunca (pule para q19)
- nunca (pule para q 19)

18. Quando o(a) sr(a) come frango com pele, o(a) sr(a) costuma:

- tirar sempre a pele
- comer com a pele
- não come pedaços de frango com pele

19. Em quantos dias na semana o(a) sr(a) costuma comer frutas?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias
- quase nunca (pule para q21)
- nunca (pule para q21)

20. Num dia comum, quantas vezes o(a) sr(a) come frutas?

- 1 vez no dia
- 2 vezes no dia
- 3 ou mais vezes no dia

21. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar refrigerante (ou suco artificial tipo tampo)?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias
- quase nunca (pule para q30)
- nunca (pule para q30)

22. Que tipo?

- normal
- diet/light
- ambos

23. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 ou +
- não sabe

24. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja)

- 1 a 2 dias por semana

- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias
- quase nunca (pule para q26)
- nunca (pule para q26)

25. Quando o sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?

- integral Pasteurizado SIM() NÃO()
- desnatado ou semi-desnatado
- os dois tipos
- não sabe

26. O(a) sr(a) costuma comer fora de casa? (almoço, jantar ou lanche, mas não vale comida levada de casa)

- sim não (pule para q31)

27. Quantos dias na última semana, o (a) sr(a) comeu fora de casa?

- 1 2 3 4 5 6 Todos os dias Nenhum

28. Quantos dias na ultima semana, o sr (a) almoçou fora de casa?

- 1 2 3 4 5 6 Todos os dias Nenhum

29. Quantos dias na ultima semana, o sr (a) jantou fora de casa?

- 1 2 3 4 5 6 Todos os dias Nenhum

30. Quantos dias na ultima semana, o sr (a) fez um lanche fora de casa?

- 1 2 3 4 5 6 Todos os dias Nenhum

31. O(a) sr(a) está fazendo atualmente alguma dieta para perder peso?

- sim (pule para q33) não

32. Nos últimos doze meses, o(a) sr(a) fez alguma dieta para perder peso?

- sim não

33. Atualmente, o(a) sr(a) está fazendo uso ou tomando algum produto ou medicamento para perder peso? sim (pule para q35) não

34. Nos últimos doze meses, o(a) sr(a) tomou algum produto ou medicamento para perder peso? sim não

35. O(a) sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?

- sim sim, mas não nos últimos 30 dias não consumo (pule para q 48)
- nunca consumi (pule para q48)

36. Com que frequência o(a) sr(a) costuma ingerir alguma bebida alcoólica?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias

- menos de 1 dia por semana
 menos de 1 dia por mês (pule para q42)

37. Nos últimos 30 dias, o sr chegou a consumir mais do que 5 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (mais de 5 doses de bebida alcoólica seriam mais de 5 latas de cerveja, mais de 5 taças de vinho ou mais de 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para homens)

- sim (pule para q45) não (pule para q42)

38. Nos últimos 30 dias, a sra chegou a consumir mais do que 4 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (mais de 4 doses de bebida alcoólica seriam mais de latas de cerveja, mais de 4 taças de vinho ou mais de 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para mulheres)

- sim ... não (pule para q42)

39. Em quantos dias do mês isto ocorreu?

- em um único dia no mês em 2 dias em 3 dias em 4 dias
 em 5 dias em 6 dias em 7 ou mais dias Não sabe

40. Neste dia (ou em algum destes dias), o(a) sr(a) dirigiu logo depois de beber?

- sim não

41. Nos últimos 30 dias, qual a quantidade máxima de bebida alcoólica que ingeriu em uma única ocasião? _____ doses Não sabe

42. O(a) sr(a) costuma adicionar sal na comida pronta, no seu prato, sem contar a salada?

- não sim, sempre ou quase sempre sim, de vez em quando

Nas próximas questões, vamos perguntar sobre suas atividades físicas do dia-a-dia.

43. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?

- sim não (pule para q54) (não vale fisioterapia)

44. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) praticou?

ANOTAR APENAS O PRIMEIRO CITADO

- caminhada (não vale deslocamento para trabalho)
 caminhada em esteira
 corrida
 corrida em esteira
 musculação
 ginástica aeróbica
 hidroginástica
 ginástica em geral
 natação
 artes marciais e luta

- bicicleta
- futebol
- basquetebol
- voleibol
- tênis
- outros _____

45. O(a) sr(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?

- sim não – (pule para q54)

46. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar esporte ou exercício?

- menos do que 3 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias

47. No dia que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

- menos que 20 minutos
- entre 20 e 29 minutos
- 30 minutos ou mais

48. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) trabalhou?

- sim não – (pule para q59)

49. No seu trabalho, o(a) sr(a) anda bastante a pé?

- sim não não sabe

50. No seu trabalho, o(a) sr(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?

- sim não não sabe

51. O(a) sr(a) costuma ir a pé ou de bicicleta de casa para o trabalho:

- sim não (pule para q53)

52. Quanto tempo o(a) sr(a) gasta para ir e voltar do trabalho?

- menos que 20 minutos
- entre 20 e 29 minutos
- 30 minutos ou mais

53. Quem costuma fazer a faxina da sua casa?

- sim não (pule para q56)

54. O(a) sr(a) costuma ter ajuda para fazer a faxina?

- sim não (pule para q56)

55. A parte mais pesada da faxina fica com:

- o(a) sr(a) ou outra pessoa ambos

56. O(a) sr(a) costuma assistir televisão todos os dias?

- sim (pule para q64) não

57. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma assistir televisão?

- 5 ou mais 3 a 4 1 a 2
 não costuma assistir televisão (pule para q59)

58. Quantas horas por dia o(a) sr(a) costuma assistir televisão?

- menos de 1 hora
 entre 1 e 2 horas
 entre 2 e 3 horas
 entre 3 e 4 horas
 entre 4 e 5 horas
 entre 5 e 6 horas
 mais de 6 horas

Agora estamos chegando ao final do questionário e gostaríamos de saber sobre seu estado de saúde.

59. O(a) sr(a) classificaria seu estado de saúde como:

- excelente,
 bom
 regular
 ruim
 não sabe
 não quis informar

60. Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem pressão alta?

- sim não não lembra

61. E diabetes?

- sim não não lembra

62. E infarto, derrame ou acidente vascular cerebral (AVC)?

- sim não não lembra

63. E colesterol ou triglicérides elevado?

- sim não não lembra

64. E osteoporose (doença/fraqueza dos ossos)?

- sim não não lembra

65. E doenças como asma, bronquite asmática, bronquite crônica ou enfisema?

- sim não (pule para q73) não lembra (pule para q67)

66. E ainda tem? (asma, bronquite asmática, bronquite crônica ou enfisema)

- sim não não sabe

67. A sra já fez alguma vez exame de Papanicolau, exame do colo do útero? (apenas para sexo feminino)

sim não (pule para q69) não sabe (pule para q69)

68. Quanto tempo faz que a sra fez exame de Papanicolau?

menos de 1 ano entre 1 e 2 anos entre 2 e 3 anos
 entre 3 e 5 anos 5 ou mais anos não lembra

69. A sra já fez alguma vez mamografia, raio x das mamas? (apenas para sexo feminino)

sim não (pule para q71) não sabe (pule para q71)

70. Quanto tempo faz que a sra fez mamografia?

menos de 1 ano entre 1 e 2 anos entre 2 e 3 anos entre 3 e 5 anos
 5 ou mais anos não lembra

71. Quando o(a) sr(a) fica exposto ao sol por mais de 30 minutos, costuma usar alguma proteção?

sim não (pule para q73)
 não fica exposto mais de 30 minutos (pule para q73)

72. Que tipo de proteção o(a) sr(a) costuma usar?

filtro solar chapéu, sombrinha ambos

73. O(a) sr(a) fuma?

sim, diariamente
 sim, ocasionalmente
 não (pule para q79)

74. Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por dia?

1-4 5-9 10-14 15-19 20-29 30-39 40 ou +

• Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente?
 _____ anos não lembra

75. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar?

sim (pule para q79) não (pule para q80)

76. O(a) sr(a) já fumou?

sim (pule para q86) não (pule para q80)

77. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente?

_____ anos não lembra

78. Que idade o(a) sr(a) tinha quando parou de fumar?

_____ anos não lembra

Para finalizar, nós precisamos saber:

79. Qual seu estado civil atual?

solteiro

- casado/ juntado
 viúvo
 separado/divorciado

80. A cor de sua pele é:

- branca
 negra
 parda ou morena
 amarela (apenas ascendência oriental)
 vermelha (confirmar ascendência indígena)
 não sabe
 não quis informar

81. O(a) sr(a) tem celular?

- sim não não quis informar

82. Existe perto de sua casa algum lugar para fazer caminhada, realizar exercício ou praticar esporte?

- sim não (pule para q86)

83. Este lugar é: (anotar o mais acessível)

- um clube uma academia uma praça ou uma rua ou um parque
 uma escola outros

84. Este lugar é: público tem que pagar

85. Além deste número de telefone, tem outro número de telefone fixo em sua casa? (não vale extensão)

- sim não (pule a q87)

86. Se sim: Quantos no total? ____ números ou linhas telefônicas

87. Há quanto tempo tem telefone fixo em sua residência?

- menos de 1 ano entre 1 e 2 anos entre 2 e 3 anos entre 3 e 4 anos
 entre 4 e 5 anos mais de 5 anos não lembra

Questões adicionais

1. Quantos cômodos têm na casa, contando quartos, salas e cozinha?

____ cômodos

- não quis informar

2. O Sr(a) participa de algum grupo de convivência

- ..Sim Não

Qual: (ex. igreja, clube.) _____

3. Quantos anos o sr(a) frequentou a escola?

- 1

- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8 ou mais
- não sabe

4. Qual é a sua ancestralidade? (pode marcar mais que uma)

- italiana
- alemã
- polonesa
- japonesa
- brasileira
- holandesa
- indígena
- africana

5. Com quem mora?

- Sozinho Esposa Filho/filha Outros

6. O senhor(a) costuma comer salame, mortadela, linguiça, presunto, torresmo ...?

- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 a 6 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 1 a 2 dias por semana
- quase nunca
- nunca

7.E polenta?

- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 a 6 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 1 a 2 dias por semana
- quase nunca
- nunca

8. E queijo colonial?

- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 a 6 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 1 a 2 dias por semana
- quase nunca
- nunca

9.E pão caseiro?

- todos os dias (inclusive sábado e domingo)

- 5 a 6 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 1 a 2 dias por semana
- quase nunca
- nunca

10. E nata?

- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 a 6 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 1 a 2 dias por semana
- quase nunca
- nunca

11.E bolacha caseira?

- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 a 6 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 1 a 2 dias por semana
- quase nunca
- nunca

12.E chimia ou geléia caseira?

- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 a 6 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 1 a 2 dias por semana
- quase nunca
- nunca

13.Costuma utilizar banha para o preparo dos alimentos?

- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 a 6 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 1 a 2 dias por semana
- quase nunca
- nunca

14.Se mais que 3 dias perguntar quais as preparações que utiliza a banha?

15.Costuma usar óleo para preparar os alimentos?

- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 a 6 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 1 a 2 dias por semana
- quase nunca
- nunca

16.Qual é o tipo de óleo que o (a) senhor (a) mais utiliza?

17. Costuma comer doces?

- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 a 6 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 1 a 2 dias por semana
- quase nunca
- nunca

18. Costuma comer guloseimas (salgadinhos, recheadas...)?

- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 a 6 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 1 a 2 dias por semana
- quase nunca
- nunca

19. Costuma consumir produtos industrializados (enlatados, molhos prontos...)?

- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 a 6 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 1 a 2 dias por semana
- quase nunca
- nunca

20. Costuma consumir produtos diet ou light?

- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 a 6 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 1 a 2 dias por semana
- quase nunca
- nunca

21. Qual é a frequência de consumo de frituras?

- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 a 6 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 1 a 2 dias por semana
- quase nunca
- nunca

22. Costuma ingerir ovos?

- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 a 6 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 1 a 2 dias por semana
- quase nunca
- nunca

23. Costuma comer peixe?

- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 a 6 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 1 a 2 dias por semana
- quase nunca
- nunca

24. Utiliza maionese caseira ou comprada? () caseira () industrializada**25. Qual é a frequência de consumo dessa maionese?**

- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 a 6 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 1 a 2 dias por semana
- quase nunca
- nunca

26. Quantos copos o Sr (a) bebe de líquidos por dia? _____ copos.

Quantos desses são de água? _____

Quantas cuias de chimarrão? _____

Suco natural. _____

Outros. _____

27. Como é o seu hábito intestinal? _____**28. Já consultou com um nutricionista?**

- sim
 - não
- Se sim, porque? _____

29. Algum profissional da saúde já lhe deu orientações sobre alimentação?

- sim. Que profissional? _____
- não

Agradeço pela sua colaboração!

Observações (entrevistador):

ANEXO 3

DADOS ANTROPOMÉTRICOS:

PESO: _____ kg

ESTATURA: _____ cm

IMC: _____ kg/m²

CC: _____ cm