

Consumo alimentar de pessoas idosas: diferenças entre homens e mulheres

Food consumption among older adults: differences between men and women

Lidiane Barbosa Santiago^a , Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco^a , Monize Cocetti^b , Daniela de Assumpção^a 

^aPrograma de Pós-Graduação em Gerontologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil.

^bCentro de Ciências da Vida, Faculdade de Nutrição, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas (SP), Brasil.

Dados para correspondência

Daniela de Assumpção – Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – Cidade Universitária Zeferino Vaz – CEP: 13083-887 – Campinas (SP), Brasil. E-mail: danideassumpcao@gmail.com

Recebido em: 4 Setembro, 2024

Decisão editorial em: 10 Setembro, 2024; 11 Novembro, 2024; 12 Novembro, 2024; 28 Novembro, 2024

Aceito em: 7 Dezembro, 2024

Editor Associado Responsável: Karina Pfrimer

Como citar este artigo: Santiago LB, Francisco PMSB, Cocetti M, Assumpção D. Consumo alimentar de pessoas idosas: diferenças entre homens e mulheres. *Geriatr Gerontol Aging*. 2025;19:e0000243. https://doi.org/10.53886/gga.e0000243_PT

Copyright: © 2025 Santiago et al. Este artigo de acesso aberto é distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.



Resumo

Objetivo: Descrever as práticas alimentares de homens e mulheres idosos residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (DF).

Metodologia: Estudo transversal realizado com dados do *Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico* (Vigitel, 2018) (n = 15 338 idosos, idade ≥ 65 anos). A alimentação foi avaliada por meio do consumo de alimentos saudáveis (hortaliças, frutas, suco natural e alimentos *in natura*/minimamente processados) e de alimentos não saudáveis (refrigerante/suco artificial, tipo de refrigerante e alimentos ultraprocessados), considerando a frequência semanal, diária e/ou no dia anterior ao da entrevista. As prevalências de consumo alimentar foram estimadas segundo o sexo (feminino vs masculino) e as associações determinadas pelo teste de Wald, utilizando regressão logística ajustada.

Resultados: Na população estudada, 60,70% eram mulheres. Comparadas aos homens, as mulheres tiveram mais chance de consumir hortaliças cruas, hortaliças cozidas, frutas e suco natural e menos chance de consumir refrigerantes durante a semana. Quanto ao consumo diário, as mulheres apresentaram mais chance de consumir frutas e menos chance de consumir hortaliças cruas, suco e refrigerantes. No dia anterior, as mulheres relataram ter consumido alimentos *in natura*/minimamente processados com mais frequência, exceto feijão e cereais. Quanto aos ultraprocessados, informaram consumir mais bebidas lácteas e pães e menos refrigerantes, biscoito doce e embutidos.

Conclusões: Há diferenças no consumo alimentar de idosos segundo o sexo, mostrando a necessidade de estratégias de educação alimentar e nutricional visando à promoção da alimentação adequada e saudável, especialmente pelos homens.

Palavras-chave: idosos; dieta; consumo alimentar; sistema de vigilância por inquérito telefônico.

Abstract

Objective: To describe the eating habits of older men and women who live in Brazilian state capitals and the Federal District.

Methods: This cross-sectional study was based on data from the *Surveillance System for Risk and Protective Factors for Chronic Diseases by Telephone Survey* (Vigitel, 2018) (n = 15 338 older adults, age ≥ 65 years). Diet was assessed as consumption of healthy foods (vegetables, fruits, natural juice, and natural/minimally processed foods) and unhealthy foods (soft drinks/artificial juice, soft drinks, and ultra-processed foods) weekly, daily, and/or the day before the interview. Food consumption prevalence was estimated according to sex, and associations were determined using the Wald test and adjusted logistic regression.

Results: The sample was 60.70% women. Women were more likely than men to consume raw vegetables, cooked vegetables, fruits, and juice and they were less likely to consume soft drinks during any given week. Regarding daily consumption, women were more likely than men to consume fruit and less likely to consume raw vegetables, juice, or soft drinks. On the day prior to the interview, more women reported having consumed natural or minimally processed foods more than men, except for beans and cereals. Regarding ultra-processed foods, the participants reported consuming more dairy drinks and bread than soft drinks, cookies, and processed meats.

Conclusions: Food consumption among older adults differs according to sex, indicating that nutritional education strategies aimed at promoting adequate and healthy eating are needed, especially among men.

Keywords: older adults; diet; food consumption; telephone survey surveillance system.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade que demanda atenção especial para a promoção da saúde e do bem-estar.¹ Nesse contexto, a alimentação saudável desempenha papel fundamental, sendo reconhecida como um dos pilares essenciais para a manutenção da saúde,¹ a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), a preservação da funcionalidade física e cognitiva e a melhora da qualidade de vida na velhice.^{1,2}

Os hábitos alimentares da população idosa são influenciados por características individuais, como idade, sexo, hábitos de vida e estado de saúde, e fatores relacionados às condições de vida, como escolaridade, renda e acesso aos alimentos e ao apoio social e comunitário, e alterações inerentes ao envelhecimento.^{3,4}

Em relação ao sexo, a literatura aponta diferenças no consumo alimentar de homens e mulheres. Estudos que buscaram identificar padrões alimentares mostraram que as mulheres apresentam maior prevalência do padrão saudável, caracterizado pelo maior consumo de hortaliças, frutas, suco de frutas, leite e alimentos integrais.^{5,6} Quanto à qualidade da dieta, estudo desenvolvido com idosos de Viçosa, MG, com base nos tercís dos escores do Índice de Qualidade da Dieta Revisado, verificou que as mulheres tinham mais chance de ter uma dieta de qualidade intermediária e alta, com maior consumo de alimentos saudáveis.⁷

As disparidades nos hábitos alimentares podem ser explicadas pelo modo como homens e mulheres se relacionam com aspectos de saúde e doença. Historicamente, os indivíduos reproduzem condutas de gênero aprendidas desde a infância, o que implica no fato de os homens serem vistos como fortes, viris e invulneráveis, distanciando-se de ações de autocuidado e prevenção de DCNTs, enquanto as mulheres recebem estímulos para cuidar da própria saúde e dos familiares, são mais atentas à manifestação de doenças e procuram com mais frequência os serviços de atenção básica.⁸

As diferenças de autocuidado estão relacionadas, em parte, com a maior mortalidade de homens idosos, que se acentua com o aumento da idade em razão das exposições ao longo da vida e da manutenção de hábitos não saudáveis na velhice.⁹ Mudança nos hábitos alimentares de homens idosos pode ser um fator contributivo para reduzir os diferenciais em relação à morbimortalidade por sexo.

Nesse sentido, este estudo por objetivo descrever as práticas alimentares de homens e mulheres idosos residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (DF) e explorar de modo mais abrangente o perfil alimentar de idosos de ambos os sexos, visando à promoção de hábitos alimentares saudáveis e adequados para esse segmento.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal que analisou microdados do *Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico* (Vigitel). No Brasil, o Vigitel é usado desde 2006 para acompanhar os principais determinantes das DCNTs. O inquérito telefônico ocorre nas capitais brasileiras e no DF, e a população de referência é constituída por adultos com 18 anos ou mais que residem em domicílios com uma linha de telefone fixo ao menos.

Os procedimentos de amostragem do Vigitel são elaborados em duas etapas: primeiramente, sorteiam-se as linhas telefônicas, no mínimo 5 mil, em cada uma das 27 capitais das unidades da federação brasileira, partindo do cadastro eletrônico de linhas residenciais fixas das quatro maiores empresas do país. O sorteio é sistemático e estratificado por código de endereçamento postal (CEP). As linhas sorteadas são novamente sorteadas e organizadas em réplicas de 200 linhas, mantendo a proporção de linhas por CEP. Em seguida, é feito o reconhecimento das linhas elegíveis para o sistema Vigitel *pari passu* às entrevistas. Na segunda etapa, sorteia-se um dos adultos da residência contatada.¹⁰

Em todas as 27 capitais brasileiras, foram selecionadas amostras de tamanho mínimo de 2 mil entrevistas, considerando o coeficiente de confiança de 95% e o erro máximo de três pontos percentuais. O peso de pós-estratificação, atribuído a cada indivíduo entrevistado, foi usado para ajustar as estimativas produzidas por meio da amostra Vigitel de forma a representar a população total de adultos de cada capital em 2018. O peso pós-estratificação levou em conta as variáveis sexo, faixa etária e nível de escolaridade e foi calculado pelo método Rake. A descrição completa dos detalhes metodológicos foi publicada pelo Ministério da Saúde.¹⁰

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas telefônicas e pela aplicação de um questionário construído para viabilizar a leitura das perguntas e o registro imediato das respostas em meio eletrônico.¹⁰ O questionário contém aproximadamente 90 questões organizadas em módulos temáticos.¹⁰

Para este estudo, foram utilizados os dados dos participantes com 65 anos ou mais, que abordam características sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade), e o perfil de consumo alimentar associado ao desenvolvimento de DCNTs. Neste estudo, as variáveis de desfecho foram:

- Consumo semanal de hortaliças cruas e cozidas, frutas, suco natural de frutas e refrigerante/suco artificial, classificado em zero a dois (0-2), três ou quatro (3-4) e cinco (5) dias ou mais, com base nas seguintes questões:

“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? Verdura ou legume COZIDO? Frutas? E tomar suco de frutas natural? Refrigerante ou suco artificial? Cujas respostas eram 1 ou 2, 3 ou 4 e 5 ou 6, Todos os dias, Quase nunca e Nunca”.

- Consumo diário de hortaliças cruas, hortaliças cozidas, frutas, suco de frutas e refrigerante/suco artificial. Para hortaliças, o consumo foi categorizado em uma ou duas vezes por dia, e para os demais alimentos, em uma, duas, três vezes ou mais, com base nas questões propostas: “Num dia comum, o(a) Sr.(a) come este tipo de salada, come verdura ou legume cozido: no almoço (1 vez ao dia)? No jantar? No almoço e no jantar (2 vezes ao dia)? Quantas vezes come frutas: 1 vez, 2 vezes, 3 ou mais vezes? Quantos copos toma de suco natural de frutas: 1, 2, 3 ou mais? Quantos copos/ latinhas de refrigerante/suco artificial costuma tomar por dia: 1, 2, 3, 4, 5, 6?” Também foi investigado o tipo de refrigerante/suco artificial que cada entrevistado costuma tomar, com base na pergunta “Que tipo?”, contendo as opções de resposta: “normal, diet/light/zero ou ambos”, conforme apresentado neste estudo.

- Consumo de alimentos no dia anterior. Os alimentos *in natura*/minimamente processados foram agrupados em hortaliças, frutas, leite, leguminosas, tubérculos, abóbora ou quiabo, cereais, ovos e oleaginosas. Os alimentos ultraprocessados (AUPs) foram organizados em refrigerante, outras bebidas adoçadas, bebidas lácteas, margarina, pães (de forma, cachorro-quente e hambúrguer), salgadinhos de pacote ou biscoito salgado, biscoito doce ou bolinho de pacote, doces/sobremesas, embutidos, pratos prontos/semi-prontos e molhos. Para cada item, o consumo foi classificado como “sim” ou “não”. O consumo foi verificado pela pergunta “Agora vou listar alguns alimentos e gostaria que o Sr.(a) me dissesse se comeu algum deles ontem (desde quando acordou até quando foi dormir)”. Dentre as opções, constavam 12 subgrupos de alimentos *in natura*/minimamente processados e 13 subgrupos de AUPs, cada um com resposta “sim” ou “não”.

As análises foram realizadas de acordo com o sexo (masculino ou feminino), considerando o masculino como categoria de referência. Foram estimadas as prevalências de consumo dos alimentos, e as diferenças entre homens e mulheres foram verificadas pelo teste χ^2 de Pearson (Rao-Scott). Regressão logística ajustada por idade e escolaridade foi utilizada para se obterem as razões de chance (*odds ratio*: OR) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC) do consumo alimentar segundo o sexo, enquanto as associações foram determinadas pelo teste de Wald. Adotou-se o nível de

significância de 5% para os testes. Os dados foram analisados por meio do programa *Stata versão 15.1* (Stata Corporation, College Station, USA), considerando os fatores de ponderação definidos no inquérito Vigitel.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi firmado verbalmente, no momento do contato telefônico. O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Ministério da Saúde (CAAE: 65610017.1.0000.0008).

RESULTADOS

Foram analisadas informações de 15 338 idosos de 65 a 106 anos. As mulheres compreenderam 60,70% (IC95% 59,02 – 62,36) da população estudada, cuja idade foi de 73,68 anos (IC95% 73,47 – 73,89) e escolaridade de 6,95 anos (IC95% 6,80 – 7,11) em média.

A Tabela 1 mostra que aproximadamente um terço dos idosos consumiram hortaliças cruas, cozidas e suco natural de frutas regularmente, ao menos cinco vezes na semana, e dois terços consumiram frutas com essa frequência. Quanto ao consumo de refrigerante/suco artificial, quase 14% consumiram mais que duas vezes por semana. Comparadas aos homens, as mulheres apresentaram mais chances de consumir hortaliças cruas, cozidas, suco natural e frutas com frequências mais elevadas. Resultado contrário foi constatado para refrigerante/suco artificial, em que as mulheres tiveram menos chances de consumir com mais frequência na semana em relação aos homens.

As prevalências de consumo de hortaliças cruas e cozidas (duas vezes por dia) e frutas (três ou mais vezes por dia) não chegaram a 30,00% para o conjunto dos idosos. A maioria relatou o consumo de refrigerante normal e quase 36,00% tomavam mais que um copo de refrigerante por dia. Quase 40,00% dos idosos tomavam dois ou mais copos de suco natural. As razões de chances de consumo diário de hortaliças cruas (duas vezes), suco natural (dois copos) e refrigerante (dois copos ou mais) foram menores nas mulheres do que nos homens. A chance de consumir pelo menos duas frutas/dia revelou-se cerca de 30,00% maior no sexo feminino *versus* masculino (Tabela 1).

Os resultados do consumo de alimentos *in natura*/minimamente processados e ultraprocessados no dia anterior estão na Tabela 2. Em relação aos homens, as mulheres apresentaram consumo mais frequente de hortaliças, frutas, leite, tubérculos e oleaginosas e menos frequente de feijões e cereais. Quanto aos AUPs, as mulheres consumiram com mais frequência bebidas lácteas e pães e com menos frequência refrigerante, biscoito/bolacha doce e embutidos.

TABELA 1. Prevalências e razões de chances de consumo semanal e diário de alimentos em idosos (65 anos ou mais), segundo o sexo. Vigitel, 2018.

Consumo alimentar (frequência semanal)	n	Prevalência %			OR _{ajustado} [†] (IC95%)
		Total	Masculino*	Feminino	
Hortaliças cruas (vezes)			p = 0,0081		
0 – 2	4920	35,76	35,53	35,91	1
3 – 4	4016	28,65	31,55	26,84	0,86 (0,71 – 1,04)
≥ 5	5651	35,58	32,91	37,25	1,21 (1,02 – 1,43)
Hortaliças cozidas (vezes)			p < 0,0001		
0 – 2	5584	38,68	47,39	33,22	1
3 – 4	4909	33,58	31,20	35,07	1,66 (1,39 – 1,97)
≥ 5	4094	27,74	21,42	31,70	2,28 (1,90 – 2,74)
Frutas (vezes)			p < 0,0001		
0 – 2	2166	15,58	20,96	12,11	1
3 – 4	2702	18,30	20,93	16,60	1,37 (1,09 – 1,71)
≥ 5	10 470	66,12	58,12	71,30	2,18 (1,79 – 2,67)
Suco natural (vezes)			p = 0,0466		
0 – 2	7535	55,18	55,85	54,74	1
3 – 4	2893	17,48	18,86	16,59	0,90 (0,74 – 1,09)
≥ 5	4910	27,34	25,29	28,67	1,17 (1,00 – 1,37)
Refrigerante/suco artificial (vezes)			p < 0,0001		
0 – 2	13 738	87,26	84,20	89,25	1
3 – 4	727	5,77	7,82	4,44	0,54 (0,39 – 0,74)
≥ 5	873	7,97	7,98	6,31	0,74 (0,58 – 0,96)
Consumo alimentar (frequência diária)	n	Prevalência %			OR _{ajustado} [†] (IC95%)
		Total	Masculino*	Feminino	
Hortaliças cruas (vezes)			p = 0,0053		
1	11 017	78,55	75,63	80,41	1
2	2178	21,45	24,37	19,59	0,77 (0,64 – 0,94)
Hortaliças cozidas (vezes)			p = 0,1153		
1	10 608	72,30	70,57	73,35	1
2	3067	27,70	29,43	26,65	0,88 (0,74 – 1,05)
Frutas (vezes)			p = 0,0012		
1	6799	45,90	50,06	43,27	1
2	5290	35,60	32,79	37,37	1,32 (1,12 – 1,54)
≥ 3	2690	18,50	17,15	19,36	1,34 (1,09 – 1,64)
Suco natural (copos)			p = 0,0779		
1	6669	60,22	57,75	61,81	1
2	2836	27,17	29,57	25,62	0,82 (0,68 – 0,99)
≥ 3	1439	12,62	12,68	12,58	0,95 (0,75 – 1,20)
Tipo de refrigerante/suco artificial			p = 0,3441		
Normal	3024	66,09	66,97	65,38	1
<i>Diet/light</i>	1216	25,72	26,10	25,42	1,02 (0,77 – 1,36)
Ambos	410	8,18	6,93	9,20	1,36 (0,92 – 2,02)
Refrigerante/suco artificial (copos)			p < 0,0001		
1	3062	64,24	56,27	70,76	1
2	1125	26,51	32,02	22,00	0,56 (0,42 – 0,74)
≥ 3	385	9,25	11,71	7,24	0,51 (0,34 – 0,76)

*categoria de referência usada para comparação; †razão de chances (*odds ratio*, OR) ajustada por idade e escolaridade. IC95%: intervalo de confiança de 95%; n: número de indivíduos na amostra não ponderada; p: valor de p do teste χ^2 de Pearson (Rao-Scott); negrito: p < 0,05.

TABELA 2. Prevalências e razões de chances do consumo de alimentos no dia anterior à entrevista em idosos (65 anos ou mais), segundo o sexo. Vigitel, 2018.

Consumo alimentar nas últimas 24 horas	Prevalência %			P	OR _{ajustado} * (IC95%)
	Total	Masculino	Feminino		
Alimentos <i>in natura</i> e/ou minimamente processados					
Hortaliças	75,35	73,88	76,30	0,1067	1,18 (1,01 – 1,38)
Frutas	83,97	81,94	85,28	0,0152	1,29 (1,06 – 1,58)
Leite	69,28	64,40	72,44	< 0,0001	1,42 (1,23 – 1,65)
Feijão	72,32	79,50	67,67	< 0,0001	0,54 (0,46 – 0,63)
Raízes e tubérculos	61,10	58,39	62,85	0,0130	1,22 (1,06 – 1,42)
Cereais	83,10	85,39	81,63	0,0075	0,75 (0,61 – 0,91)
Carnes	84,74	86,16	83,82	0,0970	0,86 (0,69 – 1,07)
Ovos	38,40	40,26	37,19	0,0753	0,89 (0,77 – 1,02)
Oleaginosas	15,31	13,83	16,26	0,0479	1,30 (1,07 – 1,57)
Alimentos ultraprocessados					
Refrigerantes	14,59	17,22	12,90	0,0005	0,70 (0,58 – 0,85)
Bebidas adoçadas	17,48	17,19	17,67	0,7267	1,02 (0,85 – 1,23)
Bebidas lácteas adoçadas	19,86	17,77	21,22	0,0172	1,27 (1,06 – 1,52)
Margarina	37,71	35,65	39,05	0,0610	1,15 (0,98 – 1,33)
Pães	24,66	23,25	25,58	0,1214	1,17 (1,00 – 1,38)
Biscoito salgado	23,77	23,73	23,79	0,9686	0,98 (0,83 – 1,16)
Biscoito doce	16,53	17,95	15,61	0,0529	0,82 (0,69 – 0,97)
Doces	16,23	16,50	16,05	0,7444	1,02 (0,83 – 1,25)
Embutidos	16,94	21,21	14,17	< 0,0001	0,62 (0,51 – 0,74)
Pratos prontos/semiprontos e molhos	10,61	11,79	9,84	0,0712	0,83 (0,67 – 1,03)

*razão de chances (*odds ratio*, OR) ajustada por idade e escolaridade. p: valor de p do teste χ^2 de Pearson (Rao-Scott); IC95%: intervalo de confiança de 95%; negrito: p < 0,05.

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo revelaram disparidades no consumo alimentar de idosos, segundo o sexo. O consumo de hortaliças, suco natural e frutas foi mais frequente entre as mulheres e o de refrigerante/suco artificial entre os homens. A chance de consumir frutas mais de uma vez por dia foi maior nas mulheres, e a de hortaliças cruas (duas vezes/dia) foi maior nos homens. Para o conjunto dos idosos, observaram-se baixas prevalências de consumo de hortaliças e frutas, e quase 36% tomavam dois ou mais copos de refrigerante por dia. No dia anterior ao da entrevista, as mulheres relataram com mais frequência o consumo de alimentos do grupo *in natura* ou minimamente processados, mas com menos frequência o consumo de feijões e cereais.

No Brasil, estudo revelou que as mulheres e os idosos apresentam prevalências superiores de consumo regular de frutas e hortaliças e inferiores de consumo regular de bebidas adoçadas.¹¹ Outros estudos que se propuseram a identificar padrões alimentares em idosos brasileiros mostraram que as mulheres têm maior adesão ao padrão alimentar saudável,

caracterizado por maior ingestão de verduras e legumes crus e cozidos, frutas, frango, sucos de frutas e leite, enquanto os homens aderem mais ao padrão não saudável/ocidental.^{5,6}

O fato de a mulher ter uma dieta mais saudável do que o homem tem sido atribuído a vários fatores culturais e comportamentais. No município de São Paulo (SP), as mulheres apresentaram maior prevalência de estilo de vida saudável (43,8 vs 26,7%; p = 0,0001), resultante da interação de cinco domínios: consumo alimentar, atividade física, tabagismo, uso abusivo de álcool e dependência de álcool.¹² As mulheres utilizam os serviços de saúde com mais frequência¹³ e, em geral, são mais cuidadosas com a saúde e a alimentação do que os homens. Em estudo com idosos de Pelotas (RS), ser do sexo feminino e ter orientações de profissional da saúde sobre hábitos saudáveis associaram-se com maior adesão ao padrão alimentar saudável.⁶ Pesquisa realizada na Suécia observou que as mulheres, mais do que os homens, evitavam alimentos e aditivos (conservantes/corantes) percebidos como não saudáveis e relatavam informar-se sobre dieta, ter preocupação com a qualidade alimentar e priorizar um estilo de vida saudável.¹⁴

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) mostram que, em geral, os idosos apresentam uma alimentação mais adequada em relação a outros subgrupos etários.¹¹ No entanto, nos últimos anos, têm sido constatadas mudanças na alimentação da população brasileira. De acordo com o Inquérito Nacional de Alimentação (INA), comparando-se duas edições da pesquisa, a primeira aplicada em 2008 e 2009 e a segunda em 2017 e 2018, foram observadas reduções no consumo de arroz, feijão, carne bovina, pães, frutas, laticínios, embutidos e refrigerantes e aumento de sanduíches, independentemente de sexo e idade.¹⁵ De 2013 a 2019, a PNS identificou, na população adulta, diminuição nas prevalências de consumo regular de feijão, peixes e bebidas açucaradas e aumento nas prevalências de consumo regular de frutas e carne vermelha, esta no máximo três vezes por semana.¹¹ Neste estudo, as mulheres apresentaram menores prevalências de consumo de feijões e cereais no dia anterior ao da entrevista. No Brasil, nos anos 2008 e 2009 e 2017 e 2018, o consumo de feijão pela população idosa apresentou queda de 17,2% e o de arroz, de 11,8%.¹⁶ Em relação ao sexo, a diminuição do consumo de feijão foi mais pronunciada nos idosos e a de arroz, nas idosas, mas sem diferenças significativas entre os sexos.¹⁵ O declínio do consumo de feijão tem sido explicado por fatores como maior participação de AUPs na dieta, assim como carnes, ovos,¹⁷ falta de tempo para cozinhar, diminuição do tamanho das famílias, redução da área de plantio para produção de outras *commodities*, como soja, milho e trigo, usadas na formulação de AUPs e fabricação de ração para animais, gerando aumento do preço.¹⁸ Quanto às diferenças no consumo de feijão por sexo, a menor prevalência observada nas mulheres pode decorrer da substituição das refeições por lanches, da maior variedade da dieta e da preocupação com o peso corporal.

O Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) recomenda o consumo diário de feijão ou outras leguminosas, de preferência no almoço e no jantar. Os feijões fornecem importante contribuição para a ingestão de proteínas, vitaminas, carboidratos complexos e fibras alimentares e são complementos nutricionais de preparações culinárias à base de arroz e outros cereais. O consumo de feijões pode ser estimulado pelo emprego de técnicas culinárias simples, como maceração para diminuir o tempo de cocção, cozimento sob pressão, amassamento de parte dos grãos cozidos para espessamento do caldo e congelamento em pequenas porções para facilitar o consumo no dia a dia.¹⁹ Cabe ressaltar a importância da ingestão adequada de proteínas para evitar a perda de massa e força musculares, priorizando as fontes alimentares de origem vegetal para controlar a inflamação crônica de baixo grau.²⁰⁻²²

Foram observadas diferenças no consumo de raízes e tubérculos e oleaginosas no dia anterior ao da entrevista, que se mostrou mais elevado entre as mulheres. Em geral, houve aumento no consumo de tubérculos pelos idosos em dez anos.¹⁶ O consumo regular de tubérculos, que inclui raízes ricas em amido, como mandioca ou aipim, mandioquinha ou batata-baroa, batata-doce, cará e inhame, é importante para a saúde do idoso, uma vez que são fontes de energia, fibras alimentares, vitaminas e minerais, além de serem alimentos versáteis, que podem ser cozidos, fritos, assados, resultando em preparações, como sopas, saladas, purês e massas.¹⁹

Somente 15,31% dos indivíduos estudados relataram ingerir oleaginosas no dia anterior ao da entrevista. O consumo desse grupo alimentar é estimulado pelo GAPB, pois apresenta atividade antioxidante, que auxilia na prevenção de doenças, além de ser fonte de minerais, vitaminas, fibras alimentares e gorduras insaturadas. No entanto, conforme identificado neste estudo, verificou-se baixo consumo de oleaginosas pela população idosa brasileira (1,4%) em 2017 e 2018.¹⁶ Cubas-Basterrechea et al.²³ também encontraram baixa adesão ao consumo (40,2%) de oleaginosas por idosos espanhóis. Essa baixa ingestão pode estar relacionada a diversos fatores, como o preço desses alimentos, a percepção de que promovem ganho de peso corporal, pelo alto teor de gordura, além de problemas de mastigação e disfagia, que dificultam o consumo. No entanto, algumas estratégias podem ser utilizadas para estimular o consumo, como a trituração e a incorporação das oleaginosas em alimentos fáceis de mastigar e engolir, como iogurtes.^{23,24}

No presente estudo, em comparação com os homens, as mulheres consumiram mais bebidas lácteas e pães e menos refrigerante, biscoito/bolacha doce e embutidos. Estes integram o grupo dos AUPs, caracterizados por conter porções reduzidas ou nulas de alimento inteiro em sua composição e ser ricos em açúcares e gorduras e pobres em fibras alimentares e micronutrientes.²⁵ Inquéritos mostram que o aumento do consumo de AUPs tem substituído itens da cultura alimentar, como o arroz e o feijão, e o GAPB enfatiza a importância de evitar os AUPs.^{15,16} Esses alimentos são prejudiciais à saúde, pois estão associados a desfechos, como diabetes, hipertensão e obesidade, entre outros, descritos na literatura.²⁶

Segundo Sandoval-Insausti et al.,²⁷ acompanhando idosos por três anos e meio, observaram que o consumo de AUPs eleva o risco de desenvolver a síndrome da fragilidade. O alto consumo de produtos desse grupo também foi associado à incidência da dislipidemia em idosos espanhóis²⁸ e ao declínio da função renal em idosos acompanhados durante seis anos em uma coorte.²⁹

Nessa fase da vida, ocorrem alterações fisiológicas, psicológicas e sociais que afetam diretamente a escolha alimentar

e a nutrição dos idosos.^{19,30} Considerando essas alterações, assim como as mudanças no padrão alimentar, com o aumento no consumo de AUPs, cabe ao nutricionista ou outro profissional da saúde, na atenção à pessoa idosa, favorecer o planejamento e a prática de uma alimentação saudável.^{19,31} No Brasil, para qualificar os profissionais que atuam na atenção primária à saúde (APS) para orientação alimentar individual, foram desenvolvidos protocolos de uso do GAPB, um deles para a pessoa idosa, e o projeto QualiGuia, que busca implementar ações de qualificação da atenção nutricional e educação permanente em saúde, partindo dos protocolos de uso do GAPB.¹⁹ Cabe ressaltar que é de suma importância que os profissionais de saúde, na orientação alimentar do idoso, também levem em consideração o território em que esse indivíduo está inserido, por exemplo, locais de produção e comercialização de alimentos, assim como costumes e tradições alimentares locais.³²

Este estudo apresentou algumas limitações, como o delineamento transversal, que não permite inferir causalidade; o uso de *screeners* para avaliar o consumo alimentar, que são instrumentos simplificados, os quais não possibilitam detalhar melhor a dieta e estão sujeitos ao viés de memória, fenômeno que pode ocorrer nessa população.

Por outro lado, como pontos fortes, o estudo foi representativo da população idosa brasileira residente nas capitais e no DF, o que permitiu conhecer o consumo alimentar dessas pessoas de acordo com o sexo. Somou-se a isso o uso de inquéritos telefônicos, que são de baixo custo, rápidos e permitem uma avaliação situacional da população.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que há diferenças no consumo alimentar entre os sexos na população idosa das capitais brasileiras. As mulheres apresentaram hábitos alimentares mais saudáveis, com maior consumo de hortaliças, frutas, leite, tubérculos e oleaginosas, enquanto os homens consumiram mais AUPs (refrigerante, embutidos, biscoito doce), mas também hortaliças cruas e cozidas com maior frequência ao dia (duas vezes).

Os resultados evidenciaram que os idosos, especialmente os homens, precisam melhorar seus hábitos alimentares. Assim são necessárias estratégias de educação nutricional para promover hábitos alimentares saudáveis para idosos, familiares e cuidadores, como oficinas culinárias, rodas de conversa, medidas para estimular as refeições à mesa e em companhia e orientar o acesso a equipamentos de segurança alimentar e nutricional (SAN) (varejões e sacolões que comercializam alimentos a preços populares, bancos de alimentos, hortas comunitárias, cozinhas solidárias e restaurantes populares). Dessa forma é importante o papel do nutricionista para melhorar o padrão alimentar dos indivíduos desse segmento e assim reduzir o risco de se desenvolver e agravar as DCNTs, proporcionando-lhes melhor qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de doutorado concedida a Lidiane Barbosa Santiago.

DECLARAÇÕES

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Financiamento

Este trabalho foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio de bolsa de doutorado.

Contribuições dos autores

Lidiane Barbosa Santiago: análise formal, conceituação, curadoria de dados, escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição, metodologia, visualização. Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco: escrita – revisão e edição, metodologia. Monize Cocetti: escrita – revisão e edição. Daniela de Assumpção: análise formal, conceituação, curadoria de dados, escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição, metodologia, visualização.

Aprovação ética e consentimento informado

O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Ministério da Saúde (CAAE: 65610017.1.0000.0008).

Declaração de disponibilidade de dados

O banco de dados do Vigitel 2018, de acesso e domínio públicos, encontra-se disponível no *site* <https://svs.aids.gov.br/download/Vigitel/>.

Diretrizes de padrões de relatórios

STROBE checklist: cross-sectional studies.

REFERÊNCIAS

1. Yeung SSY, Kwan M, Woo J. Healthy diet for healthy aging. *Nutrients*. 2021;13(12):4310. <https://doi.org/10.3390/nu13124310>
2. Cena H, Calder PC. Defining a healthy diet: evidence for the role of contemporary dietary patterns in health and disease. *Nutrients*. 2020;12(2):334. <https://doi.org/10.3390/nu12020334>
3. Rusu A, Randriambelonoro M, Perrin C, Valk C, Álvarez B, Schwarze AK. Aspects influencing food intake and approaches towards personalising nutrition in the elderly. *J Popul Ageing*. 2020;13:239-56. <https://doi.org/10.1007/s12062-019-09259-1>
4. Walker-Clarke A, Walasek L, Meyer C. Psychosocial factors influencing the eating behaviours of older adults: a systematic review. *Ageing Res Rev*. 2022;77:101597. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101597>
5. Pereira IFS, Vale D, Bezerra MS, Lima KC, Roncalli AG, Lyra CO. Padrões alimentares de idosos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(3):1091-102. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.01202018>
6. Gomes AP, Bierhals IO, Vieira LS, Soares ALG, Flores TR, Assunção MCF, et al. Padrões alimentares de idosos e seus determinantes: estudo de base populacional no sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(6):1999-2008. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.20932018>
7. Fernandes DPS, Duarte MSL, Pessoa MC, Franceschini SCC, Ribeiro AQ. Evaluation of diet quality of the elderly and associated factors. *Arch Gerontol Geriatr*. 2017;72:174-80. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.05.006>
8. Bernardes AFM, Silva CG, Frutuoso MFP. Alimentação saudável, cuidado e gênero: percepções de homens e mulheres da zona noroeste de Santos-SP. *DEMETERA*. 2016;11(3):559-73. <https://doi.org/10.12957/demetra.2016.22334>
9. Perelman J, Fernandes A, Mateus C. Gender disparities in health and healthcare: results from the Portuguese National Health Interview Survey. *Cad Saude Publica*. 2012;28(12):2339-48. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001400012>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Vigilante Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018*. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-contudo/publicacoes/svs/vigilante/vigilante-brasil-2018.pdf/view>. Acessado em Ago 10, 2024.
11. Santin F, Gabe KT, Levy RB, Jaime PC. Food consumption markers and associated factors in Brazil: distribution and evolution, Brazilian National Health Survey, 2013 and 2019. *Cad Saude Publica*. 2022;38(Suppl 1):e00118821. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00118821>
12. Ferrari TK, Cesar CLG, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M, Fisberg RM. Estilo de vida saudável em São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017;33(1):e00188015. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00188015>
13. Malta DC, Bernal RTI, Gomes CS, Cardoso LSM, Lima MG, Barros MBA. Inequalities in the use of health services by adults and elderly people with and without noncommunicable diseases in Brazil, 2019 National Health Survey. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24(suppl 2):e210003. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210003.supl.2>
14. Bärebring L, Palmqvist M, Winkvist A, Augustin H. Gender differences in perceived food healthiness and food avoidance in a Swedish population-based survey: a cross sectional study. *Nutr J*. 2020;19(1):140. <https://doi.org/10.1186/s12937-020-00659-0>
15. Rodrigues RM, Souza AM, Bezerra IN, Pereira RA, Yokoo EM, Sichieri R. Most consumed foods in Brazil: evolution between 2008-2009 and 2017-2018. *Rev Saude Publica*. 2021;55(Supl 1):4s. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003406>
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
17. Levy RB, Andrade GC, Cruz GL, Rauber F, Louzada MLC, Claro RM, et al. Três décadas da disponibilidade domiciliar de alimentos segundo a NOVA – Brasil, 1987–2018. *Rev Saude Publica*. 2022;56:75. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004570>
18. Granado FS, Maia EG, Mendes LL, Claro RM. Reduction of traditional food consumption in Brazilian diet: trends and forecasting of bean consumption (2007–2030). *Public Health Nutr*. 2020;24(6):1185-92. <https://doi.org/10.1017/S1368980020005066>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Fascículo 2 protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da população idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
20. Stromsnes K, Correias AG, Lehmann J, Gambini J, Olaso-Gonzalez G. Anti-inflammatory properties of diet: role in healthy aging. *Biomedicines*. 2021;9(8):922. <https://doi.org/10.3390/biomedicines9080922>
21. Coelho-Junior HJ, Calvani R, Azzolino D, Picca A, Tosato M, Landi F, et al. Protein intake and sarcopenia in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(14):8718. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148718>
22. Di Giosia P, Stamerra CA, Giorgini P, Jamialahamdi T, Butler AE, Sahebkar A. The role of nutrition in inflammaging. *Ageing Res Rev*. 2022;77:101596. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101596>
23. Cubas-Basterrechea G, Elío I, Sumalla-Cano S, Aparicio-Obregón S, González-Antón CT, Muñoz-Cacho P. The regular consumption of nuts is associated with a lower prevalence of abdominal obesity and metabolic syndrome in older people from the North of Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(3):1256. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031256>
24. Tan SY, Tey SL, Brown R. Can nuts mitigate malnutrition in older adults? A conceptual framework. *Nutrients*. 2018;10(10):1448. <https://doi.org/10.3390/nu10101448>
25. Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, Moubarac JC, Louzada ML, Rauber F, et al. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public Health Nutr*. 2019;22(5):936-41. <https://doi.org/10.1017/S1368980018003762>
26. Lane MM, Gamage E, Du S, Ashtree DN, McGuinness AJ, Gauci S, et al. Ultra-processed food exposure and adverse health outcomes: umbrella review of epidemiological meta-analyses. *BMJ*. 2024;384:e077310. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-077310>
27. Sandoval-Insausti H, Blanco-Rojo R, Graciani A, López-García E, Moreno-Franco B, Laclaustra M, et al. Ultra-processed food consumption and incident frailty: a prospective cohort study of older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2020;75(6):1126-33. <https://doi.org/10.1093/geronol/glz140>
28. Donat-Vargas C, Sandoval-Insausti H, Rey-García J, Moreno-Franco B, Åkesson A, Banegas JR, et al. High consumption of ultra-processed food is associated with incident dyslipidemia: a prospective study of older adults. *J Nutr*. 2021;151(8):2390-8. <https://doi.org/10.1093/jn/nxab118>
29. Rey-García J, Donat-Vargas C, Sandoval-Insausti H, Bayan-Bravo A, Moreno-Franco B, Banegas JR, et al. Ultra-processed food consumption is associated with renal function decline in older adults: a prospective cohort study. *Nutrients*. 2021;13(2):428. <https://doi.org/10.3390/nu13020428>
30. Amarya S, Singh K, Sabharwal M. Changes during aging and their association with malnutrition. *J Clin Gerontol Geriatr*. 2015;6(3):78-84. <https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2015.05.003>
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
32. Bortolini GA, Oliveira TFF, Silva SA, Santin RC, Medeiros OL, Spaniol AM, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e39. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>