

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

MATHEUS PABLO BARRETO DOS SANTOS

**Consumo alimentar e prevalência de constipação intestinal em idosas
participantes do projeto de extensão Envelhecer com Qualidade da cidade de
Vitória de Santo Antão – PE**

Vitória de Santo Antão

2023

MATHEUS PABLO BARRETO DOS SANTOS

**Consumo alimentar e prevalência de constipação intestinal em idosas
participantes do projeto de extensão Envelhecer com Qualidade da cidade de
Vitória de Santo Antão – PE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, sob orientação da Professora Dra. Carmem Lygia Burgos Ambrósio e Coorientação do Professor Flávio Campos de Moraes.

Vitória de Santo Antão

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Santos, Matheus Pablo Barreto dos.

Consumo alimentar e prevalência de constipação intestinal em idosas participantes do projeto de extensão Envelhecer com Qualidade da cidade de Vitória de Santo Antão ? PE / Matheus Pablo Barreto dos Santos. - Vitória de Santo Antão, 2023.

58 p, tab.

Orientador(a): Carmem Lygia Burgos Ambrósio

Cooorientador(a): Flávio Campos de Moraes

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Nutrição - Bacharelado, 2023.

Inclui referências, anexos.

1. Consumo alimentar. 2. Presença. 3. Constipação intestinal. 4. DCNT. 5. Idosa. I. Ambrósio, Carmem Lygia Burgos . (Orientação). II. Moraes, Flávio Campos de . (Coorientação). III. Título.

570 CDD (22.ed.)

MATHEUS PABLO BARRETO DOS SANTOS

**Consumo alimentar e prevalência de constipação intestinal em idosas
participantes do projeto de extensão Envelhecer com Qualidade da cidade de
Vitória de Santo Antão – PE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Colegiado do Curso de
Graduação em Nutrição do Centro
Acadêmico de Vitória da Universidade
Federal de Pernambuco em cumprimento
a requisito parcial para obtenção do grau
de Bacharel em Nutrição

Aprovado em 09/05/2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Keila Fernandes Dourado
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Viviane de Oliveira Nogueira Souza
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Raquel Araújo de Santana
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho a todos que estiveram sempre comigo e me apoiaram
nesta jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a toda a minha família que sempre me apoiou e acreditou em mim.

Aos meus pais, José Everaldo e Renata Reges, que apesar de todas as dificuldades sempre cuidaram de mim e me educaram.

Ao meu avô, Manuel, e sua falecida esposa, Lucia, por toda ajuda.

À minha namorada, Beatriz Dias, que sempre esteve comigo em todos os momentos, bons e ruins. À sua família: Francisco Ramos, Melyssa Dias, Dona Dulce, e Cêça, que sempre me deram todo o suporte necessário.

Aos meus irmãos, Felipe Johnny, e Johnny Aristizabel.

À minha orientadora Carmem Lygia, por toda a paciência, atenção, e disponibilidade na hora de me orientar na realização deste trabalho.

Ao meu coorientador Flávio Campos, por ter permitido que eu fizesse parte do projeto de extensão Envelhecer com Qualidade, no qual acabei desenvolvendo meu TCC, e por ter aceitado me coorientar neste trabalho, me dando todo o apoio necessário.

À professora Marina, por ter me auxiliado na análise estatística deste trabalho.

A todas as pessoas que fizeram parte desta jornada, muito obrigado por tudo!

“Demore o tempo que for para decidir o que você quer da vida, e depois que decidir, não recue ante nenhum pretexto, porque o mundo tentará te dissuadir”

(Nietzsche, Friedrich; 1844-1900)

RESUMO

O Brasil está passando por um acelerado processo de envelhecimento populacional, havendo um aumento na prevalência das doenças associadas a idade, como as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e constipação intestinal. Dessa forma, o presente trabalho teve como objetivo avaliar o consumo de alimentos ricos em fibras, ingestão de água, e a presença de constipação intestinal em idosas. A amostra foi constituída por 15 idosas praticantes de dança. Para a coleta de dados, foram utilizados questionários socioeconômicos e sociodemográficos, e questionário clínico. Os dados referentes ao consumo alimentar foram obtidos através de um questionário de frequência alimentar. A classificação de constipação intestinal foi feita com base nos critérios de Roma III. Para obtenção do estado nutricional, foram coletados o peso e a altura das idosas, no qual foi adotado a proposta de Lipschitz (1994) para a classificação. As análises estatísticas foram feitas através do programa SPSS versão 29. A média de idade foi de $69,27 \pm 6,42$ anos. A maior parte das idosas tinham entre 60 a 69 anos (53,33%). A maioria era viúva (60%) e se enquadrava nas classes sociais B1 e B2 (60%). A DCNT mais prevalente foi a hipertensão (80%), e 46,7% estavam com constipação intestinal. Os sintomas mais frequentes relatados pelas constipadas foram “esforço ao evacuar”, “fezes grumosas ou duras”, sensação de evacuação incompleta”, e “sensação de obstrução anorretal”. Referente a ingestão de água, 46,6% atingiram a recomendação para a idade. Observou-se uma boa frequência diária no consumo de grupos alimentares ricos em fibras (cereais integrais, leguminosas, frutas e hortaliças). Sobre a antropometria, as médias de peso, estatura, e IMC foram de $71,72 \pm 10,74$ kg, $1,54 \pm 0,07$ m, e $30,02 \pm 4,25$ kg/m², respectivamente. A maioria das idosas estavam com excesso de peso (73,3%) e 26,7% estavam eutróficas. Conclui-se que embora as idosas apresentarem um bom consumo de alimentos ricos em fibras e uma boa ingestão de água, ainda assim houve uma elevada presença de constipação intestinal. Entretanto, não houve associação significativa entre consumo de grupos alimentares ricos em fibras e constipação intestinal, nem com ingestão de água e constipação. Além disso, a maioria das idosas com constipação ou DCNT também estavam com excesso de peso, porém não houve associação significativa entre estado nutricional e presença de constipação ou DCNT.

Palavras-chave: Consumo alimentar. Presença. Constipação intestinal. DCNT. Idosa.

ABSTRACT

Brazil is passing through a process called population aging in a fast way, having an increase of diseases that are related to age, like the Noncommunicable Diseases (NCDs), and intestinal constipation. In this way, this study aimed to analyze the food consumption of fiber-rich food groups, water intake, and the presence of intestinal constipation in elderly women. The sample was composed by 15 elderly women who practice dance. For the data collection were used socioeconomics, sociodemographics and clinical questionnaires. The food consumption data was obtained through a food frequency questionnaire. It was used the Rome III criteria to classify intestinal constipation. The weight and height were collected in order to have the nutritional status of the population, where the Lipschitz (1994) classification was used. The statistical analysis was obtained through the SPSS software version 29. The average age was $69,27 \pm 6,42$ years. Most of the elderly women were between 60 and 69 years old (53,33%). The majority was widow (60%) and were in the B1 and B2 social class (60%). The most prevalent NCD was hypertension (80%), and 46,7% had intestinal constipation. The most frequent symptoms related by the constipated elderly women were "straining to defecate", "lumpy or hard stools", "sensation of incomplete evacuation", and "sensation of anorectal obstruction". Regarding the water intake, 46,6% reached the water intake recommendation for age. It was noted a good frequency of fiber-rich food groups (whole-grains, pulses, fruits, and vegetables) intake. About the anthropometry results, the weight, height, and BMI were $71,72 \pm 10,74$ kg, $1,54 \pm 0,07$ m, and $30,02 \pm 4,25$ kg/m², respectively. Most of the elderly women were overweight (73,3%), and 26,7% were eutrophic. It was concluded that although the elderly women had a good food consumption of fiber-rich food groups and a good water intake, was noticed a high presence of constipation. However, there was no significant association between fiber-rich food groups intake and intestinal constipation, and neither between water intake and constipation. Besides, most of the elderly people with constipation or NCDs were also overweight, although there was no significant association between nutritional status and presence of constipation or NCDs.

Keywords: Food intake. Presence. Intestinal constipation. NCDs. Elderly.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo geral	13
2.2 Objetivos específicos	13
3 JUSTIFICATIVA	14
4 REVISÃO DA LITERATURA	15
4.1 Envelhecimento populacional	15
4.2 Doenças crônicas não transmissíveis	16
4.2.1 Hipertensão arterial	16
4.2.2 Diabetes mellitus	17
4.2.3 Dislipidemias	18
4.2.4 Câncer	18
4.3 Constipação intestinal	19
4.4 Consumo alimentar dos idosos e ingestão de água	21
4.5 Métodos de avaliação do estado nutricional para idosos	23
4.6 Dança e envelhecimento	24
5 MATERIAL E MÉTODOS	26
5.1 Tipo de estudo	26
5.2 Amostra	26
5.3 Materiais	26
5.4 Métodos	27
5.4.1 Avaliação do perfil socioeconômico	27
5.4.1.1 Questionário de Classificação Econômica (ABEP)	27
5.4.2 Identificação e Questionário clínico	27
5.4.3 Classificação de constipação intestinal	27
5.4.3.1 Questionário baseado nos critérios de Roma III	27
5.4.4 Avaliação do consumo alimentar e ingestão de água	28
5.4.4.1 Questionário de Frequência Alimentar (QFA)	28
5.4.4.2 Questionário de ingestão de água	28
5.4.5 Avaliação do estado nutricional	28
5.5 Análise estatística	29
5.6 Considerações éticas	29
6 RESULTADOS	31
7 DISCUSSÃO	39

8 CONCLUSÕES	45
REFERÊNCIAS	46
ANEXO A – Questionário de classificação econômica (ABEP)	54
ANEXO B – Identificação e questionário clínico	55
ANEXO C – Questionário baseado nos critérios de Roma III	56
ANEXO D – Questionário de frequência alimentar (QFA)	57
ANEXO E – Parecer do comitê de ética em pesquisa (CEP)	58

1 INTRODUÇÃO

O Brasil está passando por um processo de envelhecimento populacional, obtendo um crescimento considerável da população de idosos no país, algo que ocorre devido a diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade em conjunto com o aumento da expectativa de vida (OLIVEIRA, 2019).

Desde os anos 1970 que o país vem vivenciando este processo de forma acelerada. Em 50 anos (de 1970 a 2010) a população de idosos dobrou de tamanho, resultado das mudanças que ocorreram no país nesta época, como maior acesso à saúde, campanhas de vacinação, e outras ações que resultaram em um aumento da esperança de vida das pessoas (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Recentemente, quando comparado o ano de 1970 com 2022 é possível observar que a população idosa triplicou de tamanho, indo de 5,2% para 15% (IBGE, 2022; VASCONCELOS; GOMES, 2012). De acordo com o IBGE, a projeção para o ano de 2060 é que 32% da população seja constituída por idosos (IBGE, 2018).

O processo de envelhecimento populacional acarreta em uma mudança no perfil epidemiológico da população, haja vista que há uma redução nas causas de morte comuns na infância e um aumento nas doenças que são mais comuns na velhice, como as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (OLIVEIRA, 2015).

As DCNT são um conjunto de doenças que possuem causas multifatoriais (fatores ambientais e genéticos), e são desenvolvidas ao longo da vida, como a diabetes tipo 2, hipertensão, e dislipidemias (BRASIL, 2008). Pelo fato delas irem se desenvolvendo aos poucos, este tipo de doença acaba sendo mais frequente em pessoas com idade maior ou igual a 60 anos (WHO, 2003).

O sedentarismo e a má alimentação estão associados ao desenvolvimento de DCNT, fatores que acabam diminuindo a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2011). De acordo com Santos, Andrade e Bueno (2009), o estilo de vida é determinante para um envelhecimento saudável ou patológico. No estudo de Orlando e colaboradores (2010), foi observado um elevado consumo de alimentos ricos em sódio, açúcares simples, e gorduras saturadas por parte dos idosos.

Além disso, também é observado um baixo consumo de frutas, verduras e legumes pelos idosos (SILVEIRA et al., 2015). Estes alimentos são considerados como protetores contra as DCNT (AZEVEDO et al., 2014), além também de serem

ricos em fibras alimentares, que atuam favorecendo o trânsito intestinal quando associado à uma boa ingestão hídrica, algo que atua na prevenção ou tratamento da constipação intestinal (LACERDA; PACHECO, 2006).

A constipação intestinal é mais frequente em mulheres e em idosos (GALVÃO-ALVES, 2013; GOMES, 2016). Com relação às mulheres, questões hormonais podem ter papel importante no desenvolvimento da constipação, visto que a progesterona e o estrogênio interferem na motilidade gastrointestinal (DANTAS, 2019). A constipação pode estar associada tanto a fatores externos (hábitos de vida, alimentação, uso de medicamentos), como também a fatores intrínsecos ao envelhecimento (GOMES, 2016).

É importante que o envelhecer ocorra de forma fisiológica, e para tanto, o indivíduo deve adotar hábitos de vida saudáveis, como a realização de exercícios físicos e o consumo adequado de alimentos *in natura* e minimamente processados, visto que estes são ricos em nutrientes que auxiliam no bom funcionamento do organismo (NEVES JÚNIOR et al., 2019; BRASIL, 2014).

Diante do exposto, o presente estudo se propõe a avaliar o consumo alimentar de idosas, e relacionar este consumo com a prevalência de constipação intestinal. Os resultados obtidos poderão contribuir para o surgimento de novas estratégias de Educação Alimentar e Nutricional voltadas para este público.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o consumo de alimentos ricos em fibras, ingestão de água, e a presença de constipação intestinal em idosas.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil socioeconômico das idosas;
- Verificar a presença de constipação intestinal e DCNT na população estudada;
- Analisar o consumo de água das idosas;
- Avaliar o estado nutricional das participantes;
- Associar o estado nutricional com a presença de constipação, e DCNT;
- Associar o consumo alimentar com a presença de constipação intestinal.

3 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista o acelerado crescimento da população de idosos no país associado a alta prevalência de constipação intestinal em idosos, se faz necessário analisar se o consumo alimentar e a ingestão de água têm influência ou não na presença desta doença. Dessa forma, os resultados deste estudo podem levar a melhores estratégias de intervenção nutricional e políticas públicas voltadas para a população idosa.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Envelhecimento populacional

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como pessoas idosas os indivíduos que têm idade maior ou igual a 60 anos (WHO, 2002). Segundo Dardengo e Mafra (2018), a velhice pode ser compreendida como um fenômeno universal que abrange uma variedade de aspectos indivisíveis e faz parte do desenvolvimento humano, sendo as características individuais e a influência do meio decisivas no processo de envelhecimento.

Envelhecer é fisiológico e diversas questões influenciam neste processo, como alterações biológicas, fatores socioculturais e ambientais. Dessa forma, variáveis mutáveis como o estilo de vida, alimentação, exercício físico, e sedentarismo, são determinantes para um envelhecimento saudável ou patológico (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009).

A queda nas taxas de mortalidade, natalidade e fecundidade juntamente com o aumento da expectativa de vida resultaram em um processo chamado de envelhecimento populacional, que vem acontecendo no Brasil desde 1970. A população de idosos no país foi de 5,2% em 1970 para 10,8% em 2010 (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Em 2022, aproximadamente 15% da população brasileira era composta por idosos, sendo a maior parte do sexo feminino. Em Pernambuco, aproximadamente 14% da população tinha idade maior ou igual a 60 anos. Desse modo, é possível observar que a população está envelhecendo de forma acelerada, quando comparada com anos anteriores (IBGE, 2022).

Segundo projeções do IBGE, é estimado que em 2060 a população brasileira seja composta por aproximadamente 32% de idosos, algo em torno de 73 milhões de pessoas (IBGE, 2018). De acordo com Oliveira (2015), o aumento da população de idosos concomitantemente à diminuição da população de crianças está associado com a transição epidemiológica, havendo uma mudança no perfil de mortalidade, no qual há uma diminuição nas causas de morte por doenças parasitárias e infecciosas, e um aumento nas doenças típicas da velhice, como as doenças crônicas.

Diante disso, Oliveira (2019) observa que o envelhecimento acelerado que vem acontecendo no país é um grande desafio para a sociedade como um todo, tendo em

vista que o Brasil deixa de ser uma nação de jovens para se tornar uma de idosos. Dessa maneira, há mudanças expressivas nas demandas da sociedade, principalmente nas áreas sociais e de saúde.

4.2 Doenças crônicas não transmissíveis

As DCNT são aquelas que não são causadas por infecções, têm causas multifatoriais, envolvem diversos fatores de risco, e possuem extensas fases de latência. Além disso, elas possuem um prolongado curso, e podem gerar incapacidades funcionais nos indivíduos (BRASIL, 2008). A maioria das DCNT se manifesta em indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. Dentre elas, as principais são as doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, e alguns tipos de cânceres (WHO, 2003).

As doenças cardiovasculares se referem a um amplo conjunto de distúrbios que atingem os vasos sanguíneos e o coração (NASCIMENTO; GOMES; SARDINHA, 2011). Algumas doenças crônicas são fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes mellitus tipo 2, e as dislipidemias (BARROSO et al., 2021).

4.2.1 Hipertensão arterial

A hipertensão arterial sistêmica é um dos fatores de risco cardiovascular mais prevalentes nos idosos, pois estima-se que mais de 60% dos indivíduos acima de 65 anos são hipertensos (CESARINO et al., 2008).

A hipertensão é uma doença multifatorial que envolve fatores genéticos, epigenéticos, sociais e ambientais, que se dá pela elevação persistente da pressão arterial (PA), sendo a PA sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica maior ou igual a 90 mmHg, aferidas em duas ou mais ocasiões diferentes, sem a utilização de medicamentos anti-hipertensivos (BARROSO et al., 2021).

Orlando e colaboradores (2010) constataram em seu estudo (composto apenas por idosos), sendo a maioria mulheres, que 68% dos entrevistados apresentaram hipertensão. Ademais, verificaram também que um alto percentual da população de

idosos estudada consumiam com frequência alimentos com alto teor de açúcares simples, gorduras saturadas, e sódio.

Além disso, o consumo inadequado de alimentos como hortaliças, frutas, leite e seus derivados pode influenciar na pressão arterial de idosos que têm diabetes e hipertensão. Um estudo feito em idosos observou que quanto maior o consumo destes alimentos, menor os valores de pressão arterial (MARTINS, 2010).

Em uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, que teve uma amostra composta por 60.202 voluntários (de todas as regiões do país), sendo a maioria do sexo feminino (56,9%), e com 18,6% dos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, foi observado que a prevalência da hipertensão arterial aumentou com a idade. Enquanto 44,4% dos idosos com idade entre 60 a 64 anos referiram ter a doença, 52,7% dos idosos entre 65 a 74 anos relataram ser hipertensos. A maior prevalência (55%) foi encontrada nos indivíduos com idade maior ou igual a 75 anos (ANDRADE et al., 2015).

Com o passar dos anos, o percentual de idosos com hipertensão arterial aumentou. Em 2019, 46,9% dos indivíduos com idade de 60 a 64 anos relataram diagnóstico médico de hipertensão, 56,6% dos idosos entre 65 a 74 anos referiram ter a doença, e 62,1% dos idosos com idade maior ou igual a 75 anos relataram ser hipertensos. Diante disso, assim como a pesquisa realizada em 2013, a proporção de diagnósticos da doença aumentou com a idade. Por outro lado, houve um aumento significativo dos percentuais de idosos hipertensos de todas as faixas etárias ao longo dos anos (BRASIL, 2020).

4.2.2 Diabetes mellitus

O diabetes mellitus pode ser compreendido como um distúrbio metabólico que apresenta um aumento da glicemia de forma persistente, tendo como causa uma deficiência durante a produção ou ação do hormônio insulina, ou em ambos os mecanismos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Como classificação, pode ser dividido em dois tipos: tipo 1 e tipo 2. O diabetes tipo 1 decorre da destruição das células β pancreáticas, afetando a produção da insulina. Já o tipo 2, decorre da resistência dos tecidos à ação da insulina, ocasionando o aumento da glicose sanguínea (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

No estudo de Cavalcanti e colaboradores (2009), no qual a maioria dos participantes idosos também eram mulheres (94%), foi observado que 20,5% dos voluntários estavam com diabetes, tendo a maior prevalência de hipertensão arterial (56,4%) e dislipidemias (33,3%).

4.2.3 Dislipidemias

As dislipidemias podem ser entendidas como um distúrbio no metabolismo lipídico, que afeta as taxas de triglicerídeos, colesterol total, e das lipoproteínas de baixa densidade (LDL, do inglês *low density lipoprotein*) e alta densidade (HDL, do inglês *high density lipoprotein*) (SOARES, et al., 2018).

Elas podem ser classificadas como hiperlipidemias (quando há um aumento nas taxas sanguíneas de lipoproteínas), e hipolipidemias, quando estes níveis estão baixos. As dislipidemias podem ter causas tanto genéticas, como também serem decorrentes de um estilo de vida inadequado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

A obesidade está relacionada ao desenvolvimento das dislipidemias. Moretti e colaboradores (2009) constataram em seu estudo, que era composto apenas por idosos, sendo a maioria do sexo feminino (64,35%), que: 65,63% das idosas com obesidade apresentaram alterações de triglicerídeos; 69,39% estavam com o colesterol total alterado; 69,57% com LDL alterado; e a maioria (75%) com HDL alterado. No estudo, foi encontrado que 90,77% das mulheres possuíam alguma dislipidemia, sendo a maioria aquelas que estavam com excesso de peso (MORETTI et al., 2009).

4.2.4 Câncer

O câncer é definido como um conjunto de doenças com causas multifatoriais que abrange mais de 100 diferentes tipos, que se caracterizam pelo crescimento desordenado de células anormais com potencial invasivo (INCA, 2014).

Por ser uma doença crônica, o câncer pode levar anos para se desenvolver (INCA, 2014). Enquanto que o sedentarismo e uma má alimentação são fatores de risco para o desenvolvimento da patologia (ALMEIDA, 2017), a adoção de hábitos de vida saudáveis, como ter uma alimentação adequada e praticar exercícios físicos

atuam como fator protetor contra o desenvolvimento de vários tipos de cânceres (GARÓFOLO et al., 2004).

O câncer é mais frequente nas mulheres (2,9%) do que nos homens (2,1%), apesar da diferença ser pequena. A prevalência da doença vai aumentando de acordo com a idade. Enquanto 4,9% dos indivíduos com idade entre 60 a 64 anos de idade já relataram algum diagnóstico médico da doença, 6,9% da população com idade de 65 a 74 anos já tiveram a doença. A maior prevalência está entre os idosos com idade maior ou igual a 75 anos, correspondendo a 8,9% dos indivíduos (BRASIL, 2020).

Com relação aos tipos de cânceres, nas mulheres os mais frequentes foram o de mama, sendo relatado por 43,5% das mulheres, e o de colo do útero (19%) (BRASIL, 2020).

Um distúrbio comum em pacientes que têm câncer é a constipação intestinal, que pode estar presente devido ao uso de medicamentos opiáceos para redução da dor, quando a doença já está em fase avançada (SANTOS, 2002). Além disso, o próprio tumor pode causar uma obstrução intestinal, bloqueando a passagem das fezes, se a localização dele for no intestino, como é o caso do câncer colorretal (HENRY et al., 2007).

4.3 Constipação intestinal

Segundo Longstreth e colaboradores (2006), a constipação funcional pode ser entendida como um distúrbio intestinal, que é caracterizado pela presença de dificuldade para evacuar, sendo pouco frequente, ou aparentemente incompleta, e que não atende aos critérios da Síndrome do Intestino Irritável (SII).

Para classificação, é frequentemente utilizado os critérios de Roma III (GALVÃO-ALVES, 2013; DINIZ, 2008; KLAUS et al., 2015), que para ser considerado com constipação intestinal (CI), o indivíduo precisa apresentar dois ou mais dos seguintes sintomas, em pelo menos um quarto das evacuações: sensação de evacuação incompleta; fezes fragmentadas ou duras; esforço ao evacuar; menos de três evacuações por semana; manobras manuais para facilitar as evacuações; e sensação de obstrução ou bloqueio anorretal, sendo estes relatados nos últimos três meses, com o início dos sintomas ao menos seis meses antes do diagnóstico (DROSSMAN et al., 2006).

É observado que fatores como sexo, idade, alimentação, sedentarismo, e questões socioeconômicas estão relacionados com a CI (GARCIA et al., 2016).

Diante disso, a constipação é mais comum em mulheres e idosos (GALVÃO-ALVES, 2013; GOMES, 2016); um baixo consumo de alimentos ricos em fibras alimentares e uma baixa ingestão hídrica podem influenciar negativamente no trânsito intestinal (LACERDA; PACHECO, 2006); uma maior prevalência foi encontrada em indivíduos sedentários (FÜHR et al., 2021); e Schmidt (2012) observou uma relação inversamente proporcional entre o aumento da renda familiar e a prevalência de CI. Com relação às mulheres, fatores hormonais podem ter papel importante no desenvolvimento da CI, haja vista que a progesterona e o estrogênio interferem diretamente na motilidade gastrointestinal, o que pode levar ao desenvolvimento da CI (DANTAS, 2019).

Gomes (2016) conclui em seu estudo, que a CI pode estar associada a fatores intrínsecos relacionados ao envelhecimento, ou a fatores externos (alimentação, atividade física, uso de vários medicamentos, e hábitos de vida). Na pesquisa, que foi realizada em idosos, Gomes (2016) observou que 14,23% da população analisada apresentaram CI de acordo com os critérios de Roma III.

O baixo consumo de fibras alimentares, característica da dieta pós-industrialização, contribuiu para o aumento de diversos distúrbios e doenças gastrointestinais (hemorroidas, diverticulite, apendicite, constipação, entre outras) (LACERDA; PACHECO, 2006). Desta forma, como medida profilática, Lacerda e Pacheco (2006) reforçam a importância do indivíduo recuperar hábitos alimentares que foram perdidos com o processo de industrialização, no qual as pessoas passaram a dar preferência a alimentos industrializados, em detrimento dos *in natura*, algo que reduziu o consumo de fibras.

De acordo com o *Institute of Medicine* (2006), as fibras dietéticas são descritas como carboidratos e lignina, que estão presentes em plantas de forma intacta e intrínseca, e que não sofrem digestão e absorção no intestino.

Elas podem ser classificadas como solúveis (gomas, pectinas, mucilagens e polissacarídeos de armazenamento) e insolúveis (lignina, celulosas e hemicelulosas) (ANDERSON et al., 2009; PPATHANASOPOULOS; CAMILLERI, 2010).

As fibras solúveis têm a capacidade de se dissolverem em água, formando uma espécie de gel viscoso. No trato gastrointestinal, elas atuam na redução da velocidade do esvaziamento gástrico e trânsito intestinal (DALL'ALBA; AZEVEDO, 2010),

retardando a absorção da glicose e diminuindo os níveis de glicemia pós prandial (JENKINS et al., 1978). Além disso, dietas ricas neste tipo de fibra estão associadas a uma redução do LDL-colesterol e colesterol total (BROWN et al., 1999).

Pelo fato de não serem digeridas, as fibras solúveis podem servir de substrato para fermentação bacteriana anaeróbia, tendo como resultado a formação de ácidos graxos de cadeia curta (AGCC) como o acetato, butirato e propionato (WONG; JENKINS, 2007), que podem ser utilizadas como fonte de energia pelas células do cólon, auxiliando na multiplicação celular (SAKATA; ENGELHARDT, 1983).

Diante disso, este tipo de fibra é encontrado em alimentos como frutas (maçã, banana, pêra, laranja), hortaliças (cenoura e couve-flor), leguminosas (feijão, grão-de-bico, lentilha, soja), e cereais e farelos (aveia, arroz, trigo, milho) (SANTOS, 2013).

Por outro lado, as fibras insolúveis não formam géis, pois não são solúveis em água (BERNAUD; RODRIGUES, 2013) e são parcialmente fermentadas no intestino grosso (LACERDA; PACHECO, 2006). Elas têm a capacidade de aumentar o bolo fecal, favorecer o amolecimento das fezes, e possuem efeito laxativo (PAPATHANASOPOULOS; CAMILLERI, 2010), fatores que atuam na prevenção da constipação intestinal (LACERDA; PACHECO, 2006). Dessa forma, alimentos como cereais integrais (arroz, farinhas), farelo de trigo, raízes, e feijões, são ricos em fibras insolúveis (KSHIRSAGAR et al., 2020).

Com relação a recomendação diária de fibras, é recomendado, para indivíduos com idade maior que 51 anos, um consumo de 30 gramas para homens e 21 gramas para mulheres. A recomendação para os idosos é a mesma (DRI, 2006).

Desse modo, para que as recomendações de fibras diárias sejam atingidas, Dall'Alba e Azevedo (2010) sugerem que o consumo de alimentos como cereais integrais, legumes, verduras, leguminosas, e frutas devem ser estimulados, porém sempre dentro de uma estratégia alimentar individualizada, havendo um equilíbrio entre todos os nutrientes. Embora a sugestão de Dall'Alba (2010) seja para pacientes com diabetes mellitus tipo 2, também pode ser útil para àqueles com CI, haja vista que esta pode ser tratada e prevenida com o aumento da ingestão de alimentos ricos em fibras alimentares, e um adequado consumo de água (LACERDA; PACHECO, 2006).

4.4 Consumo alimentar dos idosos e ingestão de água

A maneira como as pessoas escolhem os alimentos para consumo é algo extremamente complexo. Determinantes psicossociais, fisiológicos, culturais, e o contexto no qual o indivíduo está inserido influencia diretamente na escolha de alimentos para consumo (SILVA; PAIS-RIBEIRO; CARDOSO, 2008).

Nos idosos, o isolamento social ou a necessidade de morar com até três gerações na mesma casa, a baixa renda, o sedentarismo, o uso excessivo de medicamentos, e a falta de dentição, acabam afetando negativamente o consumo alimentar (ABREU et al., 2008).

A adoção de hábitos alimentares adequados é imprescindível para uma velhice saudável. Tramontino et al. (2009) observam que o envelhecimento saudável, com uma menor incidência de doenças comuns na velhice seguido de uma maior capacidade funcional, é resultado de um estilo de vida sem excessos e com bons hábitos alimentares.

Diante disso, legumes, frutas, e hortaliças são considerados por diversos autores como alimentos protetores contra DCNT. Outrossim, estes alimentos são fontes de fibras alimentares, que em conjunto com uma adequada ingestão hídrica diária auxiliam no trânsito intestinal, e atuam na prevenção e tratamento da constipação intestinal (AZEVEDO et al., 2014; LACERDA; PACHECO, 2006).

O Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) recomenda que a base da alimentação seja constituída por alimentos *in natura* ou minimamente processados (BRASIL, 2014). Os alimentos *in natura* são aqueles obtidos diretamente de animais ou plantas, que não passam por alterações após deixar a natureza, como legumes, verduras, frutas, raízes e tubérculos. Ao passo que os minimamente processados são alimentos *in natura* que foram submetidos a processos de limpeza, fermentação, pasteurização, congelamento, etc., e que não possuem adição de sal, óleos, gorduras, açúcares ou outras substâncias (BRASIL, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o consumo de 400 a 500 gramas de frutas e hortaliças por dia, algo que equivale ao consumo de 5 porções diárias (WHO, 2003). Silveira e colaboradores (2015) observaram em seu estudo feito com 416 idosos, composto em sua maioria por mulheres (65,87%), que apenas 16,6% da população estudada consumiam frutas, verduras e legumes diariamente. Ainda, um maior consumo destes alimentos foi encontrado naqueles que praticavam atividade física no lazer (22,86%), quando comparado aos que não praticavam (13,41%).

No envelhecimento é observado que existem alterações na sensibilidade gustativa tanto para os sabores doces, como para o salgado. Diante disso, os idosos precisam de uma maior quantidade de sal e açúcar para perceberem os sabores, algo que pode favorecer o consumo excessivo destes solutos, fator que contribui para o desenvolvimento de doenças crônicas (PASSOS; GUIMARÃES; VICTORIA, 2016).

Além disso, o envelhecimento leva a uma alteração na sensação de sede, algo que compromete a ingestão de água dos idosos, principalmente naqueles com doenças crônicas. Estes indivíduos podem apresentar um mecanismo deficiente na sensação de sede, algo que compromete a percepção deste sinal no organismo para que haja a ingestão de água adequada (ARAÚJO, 2013).

Com relação ao consumo de líquidos diário, é recomendado a ingestão de aproximadamente 3 litros por dia para homens (algo em torno de 13 copos de 250 ml) e 2,2 litros para mulheres, cerca de 9 copos por dia (DRI, 2006). Araújo (2013) observou em seu estudo que a maioria dos idosos (62%) ingeriam menos que um litro de água por dia, 34% da população estudada bebia de 1 a 2 litros, e apenas 4% tinha o hábito de beber entre 2 a 3 litros por dia. No estudo, foi observado que houve um maior consumo por parte das mulheres, quando comparado com os homens.

A redução na ingestão hídrica nesta fase da vida além de poder levar o idoso a um quadro de desidratação, também contribui para o surgimento de constipação intestinal (GOMES, 2017), o que pode ser prevenido com o adequado consumo de água e de alimentos ricos em fibras alimentares (LACERDA; PACHECO, 2006).

4.5 Métodos de avaliação do estado nutricional para idosos

Existem diversos métodos para avaliar o estado nutricional dos idosos. Indicadores antropométricos como o Índice de Massa Corporal (IMC), Circunferência Muscular do Braço (CMB), Área Muscular do Braço (AMB), e a Mini Avaliação Nutricional (MAN) são frequentemente utilizados em vários estudos (CORTEZ; MARTINS, 2012).

Dentre os métodos antropométricos citados anteriormente, o IMC é o mais utilizado para a identificação do estado nutricional de idosos (CORTEZ; MARTINS, 2012). Ele é obtido através da relação entre a massa corporal em quilogramas e a estatura em metros quadrados (SANTOS; SICHERI, 2005).

Embora não possa indicar a composição corporal, o IMC é utilizado como um indicador do estado nutricional de indivíduos devido a sua facilidade de mensuração e sua relação com morbimortalidade (ANJOS, 1992). Para a utilização do IMC em idosos, é sugerido utilizar a proposta de Lipschitz (1994) como classificação do estado nutricional, haja vista que esta leva em conta as alterações na composição corporal que acontecem no envelhecimento (CERVI; FRANCESCHINI; PRIORE, 2005).

Desta forma, Lipschitz (1994) a partir de seus estudos, elaborou uma classificação de estado nutricional específica para idosos. De acordo com sua classificação, os indivíduos com idade igual ou maior que 60 anos: com IMC menor que 22 kg/m² são considerados com baixo peso; aqueles com IMC entre 22 e 27 kg/m² estão eutróficos; e por fim, os idosos com IMC maior que 27 kg/m² estão com excesso de peso (LIPSCHITZ, 1994).

Salgueiro et al. (2018) observaram em seu estudo com idosos que a maioria dos participantes do sexo feminino (66%) estavam com excesso de peso de acordo com o IMC. Na pesquisa, nenhum dos participantes estava com baixo peso, e apenas 34% das mulheres estavam eutróficas. Estudos consideraram o excesso de peso como fator de risco para o desenvolvimento de DCNT (AZEVEDO et al., 2014).

4.6 Dança e envelhecimento

A prática regular de exercícios físicos atua na prevenção, tratamento e minimização dos declínios funcionais associadas ao envelhecimento. Dessa forma, praticando exercícios físicos regularmente o idoso consegue desenvolver uma boa aptidão física, algo que irá influenciar diretamente na realização de atividades básicas diárias, reduzindo a necessidade da ajuda de terceiros, sendo fundamental, portanto, para a autonomia do idoso (CIVINSKI; MONTIBELLER; BRAZ, 2011).

Dentre os diversos tipos de exercícios físicos, a dança é um dos tipos que têm maior aceitação pelas idosas (LEAL; HAAS, 2006). Segundo Ramos e colaboradores (2014), a dança como exercício pode ser mais atrativa para os idosos pela facilidade de adaptação que ela possui, além de também propiciar alegria e bem estar para o idoso.

A dança contribui de forma significativa para a socialização dos idosos. Nela, os participantes se tornam parte de um “grupo de convívio”, no qual existe uma troca

de ideias entre eles, dividindo entre si histórias de vida, angústias, desejos, e conversas sobre o cotidiano, algo que tem como resultado uma maior integração social, evitando o “isolamento social” que é frequente nesta fase da vida (SILVA et al., 2019).

Silva, Nitschke, e Santos (2018) observaram em sua revisão com trabalhos nacionais e internacionais diversos benefícios da dança para os idosos. Dentre vários, eles destacaram: fortalecimento da musculatura; melhora da postura, equilíbrio, e flexibilidade; estímulo cognitivo e maior oxigenação do cérebro; combate à depressão e ao estresse; estímulo à convivência social e alegria de viver. Fatores que melhoram diretamente a saúde dessas pessoas.

É observado vários benefícios para a saúde a partir da prática da dança. Além dos já notados por Silva, Nitschke, e Santos (2018), também é observado uma redução no peso e melhora na autoestima dos praticantes (MARBÁ; SILVA; GUIMARÃES, 2016).

Dançar também ajuda a amenizar a ansiedade e depressão, alivia o estresse psicológico e também melhora o condicionamento físico. Dessa forma, a dança propicia para os participantes uma melhor qualidade de vida, favorecendo, portanto, um maior rendimento e produtividade nas atividades cotidianas (OLIVEIRA et al., 2020).

Evidências sugerem que o exercício físico tem papel essencial tanto na prevenção como no controle de DCNT (MORAIS, 2019). Diante disso, Moraes (2019) observou em sua pesquisa com idosas hipertensas que a dança de salão, quando praticada de forma contínua e sistematizada por um profissional, auxilia de forma significativa na redução da pressão arterial e também contribui para um melhor desempenho aeróbio das idosas.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Tipo de estudo

Estudo transversal de característica analítica em amostra de conveniência.

5.2 Amostra

A coleta de dados foi feita nos meses de fevereiro e março de 2023. A amostra foi constituída por 15 idosas participantes do projeto de extensão Envelhecer com Qualidade, do Centro Acadêmico de Vitória (UFPE — CAV), no qual é coordenado pelo professor Flávio Campos de Moraes. Este projeto foi criado em 2011 com o objetivo de promover ações de saúde e prevenção de DCNT para o público idoso a partir de práticas de dança, cuidados de enfermagem, e atenção nutricional (SILVA et al., 2019). Atualmente, há 53 idosas cadastradas, no qual estas praticam dança três vezes na semana (segundas, quartas e quintas), com duração diária de 45 minutos.

Participaram da pesquisa as mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, que fazem parte do projeto de extensão Envelhecer com Qualidade e que concordaram em participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, participaram da pesquisa apenas as idosas que foram vacinadas contra a COVID 19.

Como critérios de exclusão, foram considerados: antecedentes de doenças neurológicas e motoras limitantes; presença de doenças que comprometam o hábito intestinal (doença de Crohn, síndrome do intestino irritável, doença celíaca, dentre outras); e as que não deambulam.

5.3 Materiais

Para obtenção do peso foi utilizado uma balança da marca Marte, modelo LC200-PP, no qual possui capacidade para 199,95kg. A estatura foi obtida utilizando um estadiômetro da marca Welmy, que mede de 0 a 220 cm. Para obtenção do restante dos dados foram utilizados questionários impressos em folha A4.

5.4 Métodos

5.4.1 Avaliação do perfil socioeconômico

5.4.1.1 Questionário de Classificação Econômica (ABEP)

O perfil socioeconômico das idosas foi obtido através de um questionário de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (ANEXO A). O questionário possui 12 variáveis, que são, quantidade de: banheiro, empregado doméstico, automóvel, microcomputador, lava louça, geladeira, freezer, lava roupa, DVD, micro-ondas, motocicleta, e secadora de roupa. Além disso, é levado em consideração também o grau de instrução do chefe de família e o acesso a serviços públicos (ABEP, 2021).

Após a aplicação do questionário, foi somado os pontos para classificação socioeconômica, sendo, classe: DE (0 — 16 pontos); C2 (17 — 22 pontos); C1 (23 — 28 pontos); B2 (29 — 37 pontos); B1 (38 — 44 pontos) e A (45 — 100 pontos) (ABEP, 2021).

5.4.2 Identificação e Questionário clínico

Para obtenção de dados como idade, estado civil, ingestão de água, e doenças crônicas não transmissíveis, foi usado um questionário impresso (ANEXO B) com opções abertas e de assinalar, no qual o pesquisador perguntava às participantes e elas respondiam cada pergunta.

5.4.3 Classificação de constipação intestinal

5.4.3.1 Questionário baseado nos critérios de Roma III

Para a classificação de constipação intestinal foi utilizado um questionário impresso (ANEXO C) com questões baseadas nos critérios de Roma III. Foi considerado como constipação intestinal às participantes que responderam “sim” a pelo menos duas das seis perguntas (DROSSMAN et al., 2006).

5.4.4 Avaliação do consumo alimentar e ingestão de água

5.4.4.1 Questionário de Frequência Alimentar (QFA)

Para avaliar o consumo alimentar dos idosos foi utilizado um questionário de frequência alimentar (QFA) (ANEXO D) validado por Ribeiro et al. (2006) e editado por Santos (2018), no qual Santos (2018) modificou o questionário para facilitar a aplicação com idosos.

O QFA obtém a frequência de consumo de diversos grupos alimentares (leites e derivados, carnes e ovos, óleos, petiscos, enlatados, cereais, leguminosas, hortaliças e frutas, sobremesas e doces, bebidas, e produtos diet e light), com as seguintes opções de resposta sobre o consumo: nenhuma; 1 vez por dia; 2 ou mais vezes por dia; 5 a 6 vezes por semana; 2 a 4 vezes por semana; 1 vez por semana; e 1 a 3 vezes por mês. O questionário contém exemplos de alimentos de cada grupo para facilitar o entendimento.

Entretanto, para a estatística, os grupos foram reagrupados, sendo aquelas que relataram consumir de “1 vez por dia” ou “duas ou mais vezes por dia” entraram no grupo “diariamente”; as que relataram “1 vez por semana” ou “1 a 3 vezes ao mês” foram consideradas como uma frequência de “1 a 4 vezes ao mês”.

5.4.4.2 Questionário de ingestão água

A obtenção das informações sobre ingestão de água foi obtida através do questionário clínico impresso (ANEXO B), com as seguintes possibilidades de resposta para ingestão de água diária: de 0 a 0,5 litro; 0,5 a 1 litro; 1 a 1,5 litros; 1,5 a 2 litros; 2 a 2,5 litros; e mais que 2,5 litros.

5.4.5 Avaliação do estado nutricional

Foram obtidos o peso e altura das participantes de forma individual para a avaliação do estado nutricional.

Na medição do peso, foi solicitado que as idosas estivessem com roupas leves, sem o uso de acessórios, e também descalças. Além disso, o peso foi obtido com as idosas olhando para frente e com os braços relaxados (SAMPAIO, 2012).

Para a aferição da altura, foi solicitado que as idosas ficassem descalças, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça mantida em plano Frankfurt e sem adornos, e com pelo menos 3 pontos (cabeça, ombro, nádegas, panturrilhas e calcanhares) encostados no equipamento (SAMPAIO, 2012).

Após a obtenção do peso e altura foi feito o cálculo do IMC (peso dividido pela altura ao quadrado) para a classificação do estado nutricional das participantes (SANTOS; SICHIERI, 2005).

Como forma de classificação do estado nutricional, foi utilizado a proposta de Lipschitz (1994), que classifica os idosos como: baixo peso (IMC menor que 22 kg/m²); eutrófico (IMC entre 22 e 27 kg/m²); e excesso de peso (IMC maior que 27 kg/m²).

5.5 Análise estatística

Inicialmente os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel. Após a tabulação dos dados, estes foram exportados para o programa estatístico SPSS versão 29. Para variáveis numéricas, foi realizado o teste Kolmogorov Smirnov com o objetivo de verificar a normalidade da distribuição dos dados. Com os dados possuindo distribuição normal, foram obtidas as médias e desvio padrão. Além disso, no SPSS foram obtidas as tabelas de frequência em percentual para a análise dos dados. Por fim, para a comparação de proporções, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson, adotando 5% como nível de significância.

5.6 Considerações éticas

O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE: 59053522.5.0000.9430) (ANEXO E), com todos os procedimentos aplicados respeitando as exigências previstas pelo Conselho Nacional de Saúde, na Resolução Nº 466, de 2012. Diante disso, a coleta de dados foi feita apenas após a aprovação pelo comitê de ética.

Dessa forma, durante a coleta de dados, antes de participar da pesquisa as voluntárias foram informadas sobre os objetivos da pesquisa, os riscos e benefícios,

confidencialidade dos dados, e que a participante poderia desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos.

Com relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o pesquisador solicitou que as participantes lessem. Nos casos em que a voluntária não sabia ler, o pesquisador realizou a leitura para ela em voz alta. Após a leitura do TCLE, as idosas que concordaram em participar da pesquisa assinaram o termo e a pesquisa seguiu adiante.

6 RESULTADOS

A média de idade das idosas foi de $69,27 \pm 6,42$ anos (mínima de 60 anos e máxima de 83 anos).

A maioria das idosas ($n = 8$) (53,33%) (Tabela 1) possuíam idade entre 60 a 69 anos. Sobre o estado civil, somente idosas viúvas (60%) e casadas (40%) participaram da pesquisa. Referente à classe social, a maior parte das idosas se enquadraram nas classes B1 e B2 (60%).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico de idosas participantes do projeto de extensão Envelhecer com Qualidade, do Centro Acadêmico de Vitória (UFPE – CAV), Vitória de Santo Antão, 2023.

	n	%
Faixa etária		
60 – 69 anos	8	53,33
70 – 79 anos	6	40
≥ 80 anos	1	6,67
Estado civil		
Solteira	0	0
Casada	6	40
Viúva	9	60
Divorciada	0	0
Outros	0	0
Classe social		
A	0	0
B1	5	33,3
B2	4	26,7
C1	2	13,3
C2	3	20
DE	1	6,7

Fonte: autoria própria.

Com relação a prevalência de DCNT (Tabela 2), observou-se uma alta prevalência: hipertensão (80%) ($n = 12$), diabetes (13,3%) ($n = 2$), doença

cardiovascular (6,7%) (n = 1) e uma considerável prevalência de artrose (20%) (n = 3). Nenhuma das participantes relatou ter câncer.

No que se refere a constipação intestinal (Tabela 2), é observado que quase metade das idosas (n = 7) (46,7%) estavam constipadas.

Tabela 2 – Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e constipação intestinal em idosas participantes do projeto de extensão Envelhecer com Qualidade.

DCNT	n	%
Hipertensão	12	80
Diabetes	2	13,13
Doença cardiovascular	1	6,7
Artrose	3	20
Artrite	1	6,7
Câncer	0	0
Constipação intestinal		
Sim	7	46,7
Não	8	53,3

Fonte: autoria própria.

Na Tabela 3 é apresentado a frequência dos sintomas relatados pelas idosas que foram classificadas com constipação. Diante disso, os mais frequentes foram: “esforço ao evacuar”, “fezes grumosas ou duras”, “sensação de evacuação incompleta”, e “sensação de obstrução anorretal”.

Tabela 3 – Prevalência dos critérios de Roma III entre as idosas com constipação.

Crítérios	n	%
Esforço ao evacuar	7	100
Fezes grumosas ou duras	6	85,71
Sensação de evacuação incompleta	6	85,71
Sensação de obstrução anorretal	5	71,43
Manobras manuais para facilitar a evacuação	1	14,29
Menos de três evacuações por semana	1	14,29

Fonte: autoria própria.

Quanto a ingestão de água (Tabela 4), quase a metade da população estudada (46,6%) atingiram a recomendação diária, que é de 2,2 litros para a idade.

Tabela 4 – Ingestão de água de idosas participantes do projeto de extensão Envelhecer com Qualidade.

Ingestão de água diária	n	%
0 a 0,5 litros	0	0
0,5 a 1,0 litros	1	6,7
1,0 a 1,5 litros	3	20
1,5 a 2 litros	4	26,7
2,0 a 2,5 litros	5	33,3
> 2,5 litros.	2	13,3

Fonte: autoria própria.

A Tabela 5 apresenta o consumo alimentar das idosas e suas respectivas frequências. Com relação ao consumo de proteínas de origem animal (leites e derivados, e carnes e ovos), foi observado uma elevada frequência no consumo diário.

Mais de 60% das idosas não consomem embutidos e 40% não têm o hábito de comer alimentos enlatados. Entretanto, 33,3% das participantes consomem de 1 a 4

vezes ao mês os embutidos, e 53,3% os produtos enlatados, que são alimentos com altos teores de sódio.

Em relação aos ultraprocessados, que também possuem valores elevados de sódio e açúcares, 46,7% das idosas ingerem bebidas industrializadas de 1 a 4 vezes ao mês, e 33,3% fazem o uso de produtos diet e light diariamente. Além disso, a maioria das idosas (60%) consomem açúcares e doces diariamente.

A frequência no consumo do grupo “óleos e gorduras” foi elevada, visto que 80% das idosas consomem estes alimentos diariamente

Referente aos grupos alimentares ricos em fibras (cereais integrais, leguminosas, frutas e hortaliças), verificou-se um elevado consumo diário destes alimentos, de 33,3%, 73,3%, 80%, e 86,7%, respectivamente. A maior parte das idosas (53,3%) consomem raízes e tubérculos diariamente no qual estes alimentos também contêm quantidades significativas de fibras.

Por fim, sobre o grupo alimentar “petiscos”, 40% das entrevistadas relataram não consumir.

Tabela 5 – Consumo alimentar de idosas participantes do projeto de extensão Envelhecer com Qualidade.

	Frequência Alimentar (%)			
	Nenhuma	Diariamente	2 a 4 vezes /semana	1 a 4 vezes /mês
Leite e derivados	6,7	73,3	13,3	6,7
Carnes e ovos	6,7	93,3	0	0
Embutidos	60	0	6,7	33,3
Óleos e gorduras	6,7	80	13,3	0
Petiscos	40	6,7	6,7	46,7
Enlatados	40	0	6,7	53,3
Cereais	0	86,7	6,7	6,7
Cereais integrais	6,7	33,3	40	20
Raízes e tubérculos	6,7	53,3	20	20
Leguminosas	0	73,3	26,7	0
Frutas	0	80	13,3	6,7
Hortaliças	0	86,7	6,7	6,7
Açúcares e doces.	6,7	60	13,3	20
Bebidas naturais	0	100	0	0
Bebidas industrializadas	53,3	0	0	46,7
Diet e light	53,3	33,3	6,7	6,7

Fonte: autoria própria.

Referente a antropometria, a média de peso das idosas foi de $71,72 \pm 10,74$ kg, e a média de estatura foi de $1,54 \pm 0,07$ m. Diante disso, a média de IMC foi de $30,02 \pm 4,25$ kg/m².

Com relação ao estado nutricional (Tabela 6), a maioria das idosas (n = 11) (73,3%) apresentaram excesso de peso. Nenhuma das participantes apresentaram baixo peso.

Tabela 6 – Estado nutricional de idosas participantes do projeto de extensão Envelhecer com Qualidade.

Estado nutricional	n	%
Baixo peso	0	0
Eutrofia	4	26,7
Excesso de peso	11	73,3

Fonte: autoria própria.

Como apresentado na Tabela 7, pode-se constatar que a maior parte das idosas com constipação e DCNT estavam com excesso de peso. Contudo, não houve associação significativa entre estado nutricional e DCNT e constipação intestinal.

Tabela 7 – Associação entre estado nutricional e presença de constipação e DCNT em idosas participantes do projeto de extensão Envelhecer com Qualidade.

	Estado nutricional				p
	Eutrofia		Excesso de peso		
	n	%	n	%	
Constipação intestinal					
Sim	1	14,29	6	85,71	0,310
Não	3	37,50	5	62,50	
Hipertensão					
Sim	3	25	9	75	0,770
Não	1	33,33	2	66,67	
Diabetes					
Sim	0	0	2	100	0,360
Não	4	30,77	9	69,23	
Doença cardiovascular					
Sim	0	0	1	100	0,533
Não	4	28,57	10	71,43	
Outras					
Sim	1	25	3	75	0,930
Não	3	27,7	8	72,73	

Fonte: autoria própria.

A Tabela 8 apresenta o resultado da associação entre constipação intestinal e ingestão de água. A maior parte das constipadas (57,14%) relataram consumir uma adequada quantidade de água diária (> 2 litros). Não houve associação significativa entre constipação intestinal e ingestão de água.

Tabela 8 – Associação entre constipação e ingestão de água de idosas participantes do projeto de extensão Envelhecer com Qualidade.

Ingestão de água	Constipação intestinal				p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
0,5 a 2 litros	3	37,5	5	62,5	0,447
> 2 litros	4	57,14	3	42,86	

Fonte: autoria própria.

Como mostrado na Tabela 9, a maioria das idosas (66,67%) (n = 4) que estavam na classe social entre C1 e DE apresentaram constipação intestinal. Das idosas com classe social entre B1 e B2, a maioria não apresentou constipação (66,67%) (n = 6). Não houve associação significativa entre constipação intestinal e classe social.

Tabela 9 – Associação entre constipação e classe social de idosas participantes do projeto de extensão Envelhecer com Qualidade.

Classe social	Constipação intestinal				p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
B1 – B2	3	33,33	6	66,67	0,205
C1 – DE	4	66,67	2	33,33	

Fonte: autoria própria.

Referente a associação entre constipação e faixa etária (Tabela 10), a prevalência de constipação aumentou com a idade. No entanto, não houve associação significativa entre constipação intestinal e faixa etária.

Tabela 10 – Associação entre constipação e faixa etária de idosas participantes do projeto de extensão Envelhecer com Qualidade.

Faixa etária	Constipação intestinal				p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
60 a 69 anos	3	37,50	5	62,50	0,487
70 a 79 anos	3	50	3	50	
≥80 anos	1	100	0	0	

Fonte: autoria própria.

A Tabela 11 apresenta o resultado da associação entre o consumo de grupos alimentares ricos em fibras (cereais integrais, leguminosas, frutas e hortaliças) com a presença ou ausência de constipação. Diante disso, aquelas com constipação

intestinal apresentaram um bom consumo diário destes alimentos. Entretanto, não houve associação significativa entre constipação e grupos alimentares ricos em fibras.

Tabela 11 – Associação entre consumo alimentar e constipação de idosas participantes do projeto de extensão Envelhecer com Qualidade.

Grupo alimentar									
Cereais integrais									
	Nenhuma		Diariamente		2 a 4x / sem.		1 a 4x / sem.		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Constipação									
Sim	1	14,29	3	42,86	3	42,86	0	0	0,246
Não	0	0	2	25	3	37,5	3	37,5	
Leguminosas									
	Nenhuma		Diariamente		2 a 4x / sem.		1 a 4x / sem.		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Constipação									
Sim	0	0	5	71,43	2	28,57	0	0	0,876
Não	0	0	6	75	2	25	0	0	
Frutas									
	Nenhuma		Diariamente		2 a 4x / sem.		1 a 4x / sem.		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Constipação									
Sim	0	0	6	85,71	1	14,29	0	0	0,626
Não	0	0	6	75	1	12,5	1	12,5	
Hortaliças									
	Nenhuma		Diariamente		2 a 4x / sem.		1 a 4x / sem.		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Constipação									
Sim	0	0	6	85,71	0	0	1	14,29	0,364
Não	0	0	7	87,5	1	12,5	0	0	

Fonte: autoria própria.

7 DISCUSSÃO

Neste trabalho, a média de idade das idosas foi de 69,27 anos, resultado parecido ao encontrado por Salgueiro et al. (2018), de 68,4 anos, e Moretti et al. (2009), que obteve uma média de 70,9 anos. Por outro lado, no estudo de Klaus et al. (2015), no qual a amostra foi composta por 80,5% dos idosos sendo do sexo feminino, a média foi de 79,4 anos.

Referente à faixa etária, foi observado neste estudo que 53,33% das idosas tinham entre 60 a 69 anos, 40% entre 70 a 79 anos, e 6,67% \geq 80 anos, resultado similar ao encontrado por Braz et al. (2015), de 58%, 36%, e 6%, respectivamente, no qual os autores entrevistaram idosas participantes de um programa de promoção à saúde em Santa Maria (RS), buscando investigar a prevalência de constipação nas idosas. Além disso, os resultados também foram similares aos de Cavalcanti et al. (2009), de 55,6%, 35%, e 9,4%, respectivamente, no qual a amostra do estudo foi composta por 94% de mulheres, que frequentavam Centros de Referência e Cidadania (local que possuem atividades de lazer, trabalhos manuais, entre outras atividades).

No que se refere ao estado civil das participantes deste estudo, a maioria era viúva (60%) e o restante estava casada (40%). No estudo de Cavalcanti et al. (2009), também foi observado uma alta prevalência de viúvos (46,2%), e uma menor prevalência de casados (35,9%). Entretanto, no trabalho de Silveira et al. (2015), que teve a maior parte da amostra composta por idosos do sexo feminino (65,87%), a maioria destes eram casados (54,78%).

Sobre a classe social das idosas desta pesquisa, a maior prevalência foi da classe B1 (33,3%); seguido de B2 (26,7%), C2 (20%), C1 (13,3%), e DE (6,7%), resultados opostos aos identificados por Salgueiro et al. (2018), visto que a maior parte das idosas em seu trabalho eram da classe C (55%), seguido de D e E (41%). Entretanto, em ambos os estudos não houve idosas da classe A. Além da pesquisa de Salgueiro et al. (2018), os resultados do presente trabalho também divergiram dos encontrados por Silveira et al. (2015), que foram: classe C (50,24%); D e E (39,66%); e A e B (10,1%), resultados parecidos com os encontrados por Salgueiro et al. (2018).

No que se refere à presença de DCNT nas idosas estudadas, foi notado uma alta prevalência de hipertensão (80%), assim como no trabalho de Cavalcanti et al.

(2009), de 56,4%, e também na pesquisa de Orlando et al. (2010), que foi de 74%, no qual a maior parte da amostra era composta por indivíduos do sexo feminino (92%).

Além disso, no presente trabalho houve uma baixa prevalência de diabetes (13,13%), resultado semelhante ao trabalho de Orlando et al. (2010), que teve prevalência de 13,16%, porém, divergente do estudo de Cavalcanti et al. (2009), que teve uma elevada prevalência de diabetes (20,5%) na amostra.

Referente a prevalência de artrose, artrite, e doença cardiovascular, os resultados deste estudo foram: 20%, 6,7%, e 6,7%, respectivamente. Diferente dos resultados deste estudo, Cavalcanti et al. (2009) observou uma considerável prevalência de doença cardíaca (19,6%) e uma baixa prevalência de artrite e artrose (4,3%) em sua pesquisa.

Neste trabalho foi observado uma elevada prevalência de constipação intestinal nas idosas (46,7%), resultados próximos aos encontrados por Klaus et al. (2015), em que aproximadamente 47% das idosas de seu estudo estavam com constipação. Outrossim, a pesquisa de Führ et al. (2021) também apresentou uma alta prevalência da doença, visto que das 158 idosas participantes, 90 estavam com constipação, algo em torno de 57% das mulheres, resultados semelhantes aos de Braz et al. (2015), que teve uma prevalência de 56%. Diante disso, é notório que a constipação intestinal está bastante presente entre as idosas. Gomes (2016) constata que a constipação pode estar associada tanto a fatores intrínsecos ao envelhecimento (alteração do plexo mioentérico), como também aos hábitos de vida, como o consumo elevado de medicamentos, e alimentação.

Referente à prevalência dos sintomas que são considerados para o diagnóstico de constipação segundo os critérios de Roma III, na amostra do presente estudo, o “esforço ao evacuar” esteve presente em 100% dos casos; seguido de “fezes grumosas ou duras” e “sensação de evacuação incompleta”, ambos com 85,71%; “sensação de obstrução anorretal” (71,43%); e “manobras manuais para facilitar a evacuação” e “menos de três evacuações por semana”, ambos presentes em 14,29% dos casos. No trabalho de Braz et al. (2015), os sintomas mais relatados foram “sensação de evacuação incompleta” e “sensação de obstrução anorretal”, com 58% e 46%, respectivamente, enquanto que o “esforço ao evacuar” foi o sintoma menos frequente (presente em menos de 20% dos casos), divergindo dos resultados encontrados por este estudo. Por outro lado, assim como no presente trabalho, os sintomas “sensação de evacuação incompleta” e “sensação de obstrução anorretal”

também foram bastante frequentes na pesquisa de Silva et al. (2016), de 72,7% para ambos os sintomas.

No que se refere a ingestão de água, foi observado uma boa ingestão por parte das idosas, com grande parte consumindo de 2 a 2,5 litros (33,3%); seguido de 1,5 a 2 litros (26,7%); 1 a 1,5 litros (20%); >2 litros (13,3%); e de 0,5 a 1 litros (6,7%). O consumo de água de 1,5 a 2 litros (26,7%) foi semelhante ao trabalho de Klaus et al. (2015), de 24,1%. Entretanto, a maioria das idosas da pesquisa de Klaus et al. (2015) ingeriam menos que 1 litro por dia, e grande parte ingeriu entre 0,5 a 1 litros (37,9%), ao passo que no presente trabalho apenas 6,7% apresentou este consumo. A maioria dos idosos da pesquisa de Silva et al. (2016) também apresentaram uma ingestão de água inferior a 1 litro por dia, resultado convergente aos de Klaus et al (2015) e divergente ao deste trabalho.

Diante do consumo alimentar das idosas, foi verificado que a grande maioria das idosas consomem fontes de proteínas de origem animal diariamente, fator importante principalmente pela questão da manutenção da massa muscular, que é imprescindível nesta fase da vida.

A maioria também consome cereais (86,7%), raízes e tubérculos (53,3%), hortaliças (86,7%), e frutas (80%) diariamente, que são fontes de carboidratos complexos essenciais em uma alimentação balanceada. Porém, foi observado uma alta frequência no consumo de açúcares e doces diário (60%), assim como na pesquisa de Orlando et al. (2010), de (66%), no qual os autores alertam sobre o consumo de carboidratos simples, principalmente para aqueles com diabetes. Ademais, uma grande parte das idosas do presente estudo (46,7%) ingerem bebidas industrializadas de 1 a 4 vezes ao mês, que também são produtos ricos em açúcares e podem conter elevadas quantidades de sódio. Araújo (2013) também verificou uma elevada prevalência no consumo de refrigerantes, visto que 25% dos idosos de sua pesquisa tem uma frequência de consumo de duas ou mais vezes ao dia.

Além disso, boa parte das idosas do presente trabalho consomem embutidos e enlatados de 1 a 4 vezes ao mês, sendo 33,3% e 53,3%, respectivamente, que são alimentos com altos teores de sódio e podem favorecer o desenvolvimento de hipertensão, doença bastante frequente nas idosas deste estudo (80%). Resultado parecido foi encontrado no estudo de Orlando et al. (2010), onde 50% dos idosos consumiam embutidos semanalmente.

Outrossim, neste trabalho foi verificado uma alta prevalência no consumo diário de óleos e gorduras (80%) assim como na pesquisa de Orlando et al. (2010). Vale salientar que este grupo alimentar é altamente rico em calorias e o consumo elevado pode favorecer o excesso de peso. O grupo alimentar “petiscos” teve uma elevada frequência de 1 a 4 vezes ao mês (46,7%), que é composto por alimentos de alto valor energético e seu consumo em excesso também pode contribuir para o aumento de peso.

Sobre a antropometria, a média de peso das idosas foi de 71,72 kg, resultado similar ao encontrado por Moretti et al. (2009) e Cavalcanti et al. (2009), de 73,6kg e 69,3kg, respectivamente. A média de estatura foi 1,54 m, divergindo dos resultados de Cavalcanti et al. (2009), que foi de 1,49 m, e de Moretti et al. (2009), no qual a média foi 1,60m. A média de IMC das idosas foi de 30,02 kg/m², bem próximo dos trabalhos de Moretti et al. (2009) (30,5 kg/m²) e Cavalcanti et al. (2009) (30,98 kg/m²). Entretanto, divergente do encontrado por Klaus et al. (2015), de 25,4 kg/m², que teve 80,5% dos participantes sendo do sexo feminino.

Seguinte a isto, a maioria das idosas deste estudo estavam com excesso de peso (73,3%), resultado semelhante aos de Moretti et al. (2009), de 69,23% e Salgueiro et al. (2018), de 66%.

No presente estudo, a constipação intestinal, hipertensão, diabetes, doença cardiovascular, e outras DCNT, foram mais prevalentes nas idosas que estavam com excesso de peso, sendo: 85,71%, 75%, 100%, 100%, e 75%, respectivamente. Entretanto, não houve associações estatísticas entre excesso de peso e as doenças citadas anteriormente. Referente à constipação e estado nutricional, Führ et al. (2021) também não observaram associação significativa entre estado nutricional e presença ou ausência de constipação.

Na análise de constipação com ingestão de água, neste trabalho foi visto que a maioria das idosas com constipação (57,14%) apresentaram um elevado consumo de água diário (> 2 litros). Pelo fato de as idosas participantes desta pesquisa fazerem parte de um projeto de extensão que tem estudantes de nutrição, enfermagem, e educação física na equipe, possivelmente as idosas receberam orientações para aumentar o consumo de água. Resultados diferentes ao deste estudo foram encontrados por Silva et al (2016), no qual, dentre os idosos constipados, 90,9% ingeriam menos de 3 copos de água ao dia (cerca de 600 ml).

Na população estudada, a constipação intestinal foi mais prevalente nas idosas que estavam nas classes sociais entre C1 e DE (66,67%), quando comparado as classes B1 a B2 (33,33%). A baixa renda pode influenciar negativamente no consumo alimentar, podendo haver uma redução no consumo de alimentos ricos em fibras, e um aumento dos ultraprocessados, algo que favorece o desenvolvimento da constipação. Nesse sentido, Schmidt (2012) verificou que a prevalência de constipação intestinal foi inversamente proporcional ao aumento da renda familiar, ou seja, de acordo com o estudo de Schmidt (2012), quanto menor a renda, maior a prevalência da constipação.

Na presente pesquisa, a prevalência de constipação aumentou com a idade, visto que das idosas com 60 a 69 anos, 37,5% apresentaram constipação, enquanto 50% daquelas com idade entre 70 a 79 anos estavam constipadas. Diante disso, comportamento semelhante é observado no estudo de Führ et al. (2021), com as prevalências aumentando com a idade: 60 a 69 anos (19,5%); 70 a 79 anos (28,9%); e 80 anos ou mais (51,6%). Assim como no trabalho de Klaus et al. (2015): 60 a 69 anos (18,4%); 70 a 79 anos (28,7%); e 80 anos ou mais (52,9%).

Referente ao consumo alimentar e presença de constipação intestinal, as participantes deste estudo apresentaram um bom consumo de grupos alimentares que contém alimentos ricos em fibras (cereais integrais, leguminosas, frutas e hortaliças). Entretanto, houve uma elevada prevalência de constipação na população estudada (46,7%). Uma possível explicação para isto, seria devido ao consumo de medicamentos utilizados pelas idosas, porém, não foi verificado este consumo neste estudo. Resultado semelhante foi observado por Silva et al. (2016), no qual houve um consumo adequado de alimentos ricos em fibras pelos idosos, porém a população também apresentou uma alta prevalência de constipação (52,78%). Führ et al. (2021) também não observaram associação significativa entre ingestão de fibras com presença ou ausência de constipação.

Silva et al. (2016) ressalta que fatores como consumo alimentar e ingestão hídrica, de forma isolada, não contribuem para um bom funcionamento intestinal, sendo essencial, portanto, ter uma dieta equilibrada contendo alimentos ricos em fibras, além de ingerir uma quantidade adequada de água de acordo com as necessidades individuais, e manter uma prática regular de exercícios físicos.

Como limitações do presente estudo, observa-se que houve um número pequeno de participantes, algo que interfere nas associações estatísticas. Além disso,

este estudo não comparou a presença de constipação intestinal entre idosas praticantes de exercícios físicos com idosas não praticantes. É evidente, portanto, que é necessário a realização de mais estudos através dos quais seja avaliada a prevalência de constipação em idosos e, se possível, com amostras maiores.

Outrossim, faz-se necessário também estudos que identifiquem outros fatores relacionados à constipação, além do consumo de alimentos ricos em fibras, ingestão de água, e a idade, como exemplo, pesquisas que avaliem a influência dos exercícios físicos no estímulo dos movimentos peristálticos, consumo de medicamentos, e utilização de suplementos, com finalidade de buscar soluções para este problema tão recorrente na população idosa.

8 CONCLUSÕES

Apesar de as idosas consumirem frequentemente alimentos ricos em fibras (cereais integrais, leguminosas, frutas e hortaliças) e terem uma boa ingestão de água, foi observado uma elevada presença de constipação intestinal. Entretanto, não houveram associações significativas entre consumo de grupos alimentares ricos em fibras e ingestão de água com a presença de constipação.

Além disso, foi observado que a maioria das idosas estavam com excesso de peso. A maior parte das idosas que estavam com constipação ou DCNT também estavam com excesso de peso. Entretanto, não houve associação significativa entre estado nutricional e presença de constipação ou DCNT.

REFERÊNCIAS

- ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016.
- ABREU, W. C. et al. Inadequação no consumo alimentar e fatores interferentes na ingestão energética de idosos matriculados no Programa Municipal da Terceira Idade de Viçosa (MG). **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 32, n. 2, p. 190-202, maio/ago. 2008.
- ALMEIDA, L. et al. Alimentação como fator de risco para câncer de intestino em universitários. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.30, n.1, p. 72-78, jan./mar. 2017.
- ANDERSON, J. W. et al. Health benefits of dietary fiber. **Nutrition Reviews**, Oxford, v. 67, n. 4, p. 188-205, abr. 2009.
- ANDRADE, S. S. A. et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 297-304, abr./jun. 2015.
- ANJOS, L. A. Índice de massa corporal (massa corporal.estatura²) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. **Rev Saúde Pública**, São Paulo SP, v. 26, n. 6, p. 431-436, 1992.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC Nº 360, de 23 de dezembro de 2003**. Brasília: Anvisa, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2003/res0360_23_12_2003.html. Acesso em: 04 abr. 2022.
- ARAÚJO, M. L. A. **A desidratação no idoso**. 2013. 43 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2013.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2021. São Paulo, 2021.
- AZEVEDO, E. C. de C. et al. Padrão alimentar de risco para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal – uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Recife, v. 19, n. 5, p. 1447-1458, 2014.
- AZEVEDO, L. M. Exercício físico e pressão arterial: efeitos, mecanismos, influências e implicações na hipertensão arterial. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 415-22, 2019.
- BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial –2020. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 116, n. 3, p. 516-658, mar. 2021.

BERNAUD, F. S. R.; RODRIGUES, T. C. Fibra alimentar – Ingestão adequada e efeitos sobre a saúde do metabolismo. **Arq Bras Endocrinol Metab**, Porto Alegre, v. 57, n. 6, p. 397-405, 2013.

BRAS, M. M. et al. A constipação intestinal em idosas participantes de um programa de promoção à saúde, em Santa Maria (RS): sua prevalência, sintomas e fatores psicossociais associados. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 381-395, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRAZ et al. A constipação intestinal em idosas participantes de um programa de promoção à saúde, em Santa Maria (RS): sua prevalência, sintomas e fatores psicossociais associados. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 18, n. 3, p. 381-395, 2015.

BROWN, L. et al. Cholesterol-lowering effects of dietary fiber: a meta-analysis. **The American Journal Of Clinical Nutrition**, Rockville, v. 69, n. 1, p. 30-42, jan. 1999.

CAVALCANTI, C. L. et al. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 11, n. 6, p. 865-877, 2009.

CERVI, A.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 6, p. 765-775, nov./dez. 2005.

CESARINO, C. B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto - SP. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 91, n. 1, p. 32, jul. 2008.

CIVINSKI, C.; MONTIBELLER, A.; BRAZ, A. L. O. A importância do exercício físico no envelhecimento. **Revista da Unifebe**, Brusque SC, v. 9, s.n., p. 163-175, 2011.

CORTEZ, A. C. L.; MARTINS, M. C. C. e. Indicadores Antropométricos do Estado Nutricional em Idosos: Uma Revisão Sistemática. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde**, Londrina, v. 14, n. 4, p. 271-277, 2012.

COSTA, N. S. C. P. et al. Exercício físico auxiliando no tratamento da hipertensão arterial. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 19627-19632, fev. 2021.

DALL'ALBA, V.; AZEVEDO, M. J. de. Papel das fibras alimentares sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e pressão arterial em pacientes com diabetes melito tipo 2. **Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 363-371, 2010.

DANTAS, A. A. G. **Constipação intestinal e funcionalidade em mulheres adultas no interior do nordeste brasileiro**. 2019. 67 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz RN, 2019.

DARDENGO, C. F. R.; MAFRA, S. C. T. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação?. **Revista de Ciências Humanas**, s.l., v. 18, n. 2, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/RCH/article/view/8923>. Acesso em: 24 mar. 2022.

DINIZ, E. M. S. R. R. **Constipação intestinal: uma revisão**. 2008. 53 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

DROSSMAN, D.A. et al. Apêndice B. Os critérios diagnósticos de Roma III para os distúrbios gastrointestinais funcionais. **Arquivos de Gastroenterologia**, Mc Lean, v. 49, n. 1, p. 64-68, 2006.

FÜHR, J. C. et al. Constipação intestinal em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 15, n. 92, p. 72-80, jan./fev. 2021.

GALVÃO-ALVES, J. Constipação intestinal. **Jornal Brasileiro de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 101, n. 2, p. 31-37, mar./abr. 2013.

GARCIA, B. F.; PUERARI, G.; KÜMPEL, D. A. Consumo de fibras e constipação crônica funcional em idosos. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 13, n. 3, p. 323-333, set./dez. 2016.

GARCIA, L. B. Constipação intestinal: aspectos epidemiológicos e clínicos. **Saúde e Pesquisa**, Maringá PR, v. 9, n. 1, p. 153-162, jan./abr. 2016.

GARÓFOLO, A. et al. Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 491-505, out./dez. 2004.

GOMES, S. **Constipação intestinal em pessoas idosas: prevalência, fatores associados e impacto na qualidade de vida**. Estudo SABE Saúde, Bem estar e Envelhecimento. 2016. 102 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

GOMES, T. O. **Influência do consumo da água e outros líquidos na saúde dos idosos residentes no Vila Vicentina – João Pessoa – PB**. 2017. 46 f. TCC (Graduação) - Curso de Farmácia, Departamento de Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

GRILLO, M. F. F.; GORINI, M. I. P. C. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 1, p. 49-54, jan./fev. 2007.

HENRY, M. A. C. A. et al. Obstrução intestinal no idoso. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 225-229, 2007.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 105 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca/catalogo?view=detalhes&id=101764>. Acesso em: 28 mar. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em: 05 mar. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 2010-2060**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: https://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/Estimativa_2014.pdf. Acesso em: 28 mar. 2023.

JENKINS, D. J. et al. Dietary fibres, fibre analogues, and glucose tolerance: importance of viscosity. **Br Med J**, s.l., v. 1, n. 6124, p. 1392-1394, 27 maio. 1978.

KLAUS, J.H. et al. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal em idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 835-843, 2015.

KSHIRSAGAR, S. B. et al. A comprehensive review on dietary fiber and their functional properties in human body. **World Journal of Biology Pharmacy and Health Sciences**, Jalgaon, v. 4, n. 3, p. 059–076, dez. 2020.

LACERDA, F. V.; PACHECO, M. T. T. A ação das fibras alimentares na prevenção da constipação intestinal. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO, 1., 2006, Vale do Paraíba. **Anais [...]**. Vale do Paraíba: Univap, 2006. p. 2466-2469.

LEAL, I. J.; HAAS, A. N. O significado da dança na terceira idade. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 03, n. 01, p. 64-71, 2006.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, s.l., v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.

LONGSTRETH, G. F. et al. Functional Bowel Disorders. **Gastroenterology**, s.l., v. 130, n. 5, p. 1480-1491, abr. 2006.

MARBÁ, R. F.; SILVA, G. S.; GUIMARÃES, T. B. Dança na promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v. 9, n. 1, p. 1-9, fev. 2016.

MARTINS, M. P. S. C. et al. Consumo alimentar, pressão arterial e controle metabólico em idosos diabéticos hipertensos. **Rev Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 162-170, maio/jun. 2010.

MATSUDO, S. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Atividade Física & Saúde**, São Caetano do Sul, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001.

MELLO, E. D. O que significa a avaliação do estado nutricional. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre RS, v. 78, n. 5, p. 357-358, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_doenca_cronica.pdf. Acesso em: 27 mar. 2023.

MORAIS, F. C. Efeito hipotensor e melhora na aptidão aeróbica de idosas que participam de exercícios envolvendo danças de salão. **Arquivos em Movimento**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 124-142, jul./dez. 2019.

MORETTI, T. et al. Estado nutricional e prevalência de dislipidemias em idosos. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis SC, v. 38, n. 3, p. 12-16, 2009.

NASCIMENTO, J. S.; GOMES, B.; SARDINHA, A. H. L. Fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares em mulheres com hipertensão arterial. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 709-715, out./dez. 2011.

NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE. **Dietary Reference Intakes**: The Essential Guide to Nutrient Requirements. Washington, DC: The National Academies Press, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.17226/11537>. Acesso em: 07 mar. 2023.

NEVES JÚNIOR, T. T. das. Hábitos de vida e envelhecimento saudável: uma revisão integrativa. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 6., 2019, Campina Grande. **Anais [...]** Campina Grande: Realize Editora, 2019. p. 34.

OLIVEIRA, A. S. **Envelhecimento populacional e o surgimento de novas demandas de políticas públicas em Viana/ES**. 2015. 239 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2015.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da**

Saúde, s. l., v. 15, n. 32, p. 69–79, 2019. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614>. Acesso em: 24 mar. 2022.

OLIVEIRA, M. P. S. et al. Dança e saúde: discutindo sobre os principais benefícios da dança nos aspectos psicológicos em mulheres. **Revista de Educação, Saúde e Ciências do Xingu**, Pará, v. 1, n. 2, p. 35-43, mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Active ageing: a policy framework**. Genebra: OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva: WHO, 149 p., 2003.

ORLANDO, R. et al. Avaliação da alimentação e sua relação com as doenças crônicas não transmissíveis de um grupo de idosos de um município da região Norte do Estado do RS. **Revista de Enfermagem**, Frederico Westphalen, RS, v. 6-7, n. 6-7, p. 203-217, 2010.

PAPATHANASOPOULOS, A.; CAMILLERI, M. Dietary fiber supplements: effects in obesity and metabolic syndrome and relationship to gastrointestinal functions. **Gastroenterology**, Baltimore, v. 138, n. 1, p. 65-72.e2, jan. 2010.

PASSOS, J.G.; GUIMARÃES, L.C.; VICTORIA, M.C.M. Avaliação da percepção gustativa em idosos para os gostos básicos, doce e salgado, em comparação a jovens adultos. **J Health Sci Inst.**, São Paulo, v. 34, n. 01, p. 29-32, 2016.

RAMOS, R. F. dos S. et al. Efeitos benéficos da dança na saúde do idoso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Ouro Fino, v. 2, n. 2, p. 77-85, 2014.

RIBEIRO, A. C et al. Validação de um questionário de frequência de consumo alimentar para população adulta. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 5, p. 553-562, set./out. 2006.

SAKATA, T.; ENGELHARDT, W. V. Stimulatory effect of short chain fatty acids on the epithelial cell proliferation in rat large intestine. **Comparative Biochemistry and Physiology Part A: Physiology**, s.l., v. 74, n. 2, p. 459-462, jan. 1983.

SALGUEIRO, M. M. H. A. de O. et al. Avaliação do estado nutricional e composição corporal de idosos de Embú-Guaçu-SP. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 12, n. 72, p. 446-455, jul./ago. 2018.

SAMPAIO, L. R. Avaliação Nutricional. Salvador: EDUFBA, 2012.

SANTOS, D. M.; SICHIERI, R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo SP, v. 39, n. 2, p. 163-168, 2005.

SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 3-10, jan./mar. 2009.

SANTOS, H. S. Terapêutica nutricional para constipação intestinal em pacientes oncológicos com doença avançada em uso de opiáceos: revisão. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 263-269, 2002.

SANTOS, J. M. S. dos. **Percepção da imagem corporal e estado nutricional de idosos praticantes e não praticantes de exercício físico**. 2018. 65 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Curso de Nutrição, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, 2018.

SANTOS, J. R. **Determinação do teor de fibra alimentar em produtos hortofrutícolas**. 2013. 63 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Alimentar) – Instituto Superior de Agronomia, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2013.

SCHMIDT, F. M. Q. **Prevalência e fatores associados à constipação intestinal em adultos no município de Londrina, Paraná, Brasil**. 2012. 113f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SILVA M. F. da. et al. Prevalência de constipação intestinal, oferta de fibras alimentares e ingestão hídrica em idosos de uma instituição de longa permanência na cidade de Sete Lagoas, MG. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, Minas Gerais, v. 31, n. 3, 2016.

SILVA, A. M. F. et al. Relato de nossas experiências nas oficinas de dança no projeto de extensão Envelhecer com Qualidade. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 6, 2019, Campina Grande. **Anais** do Congresso Internacional de Envelhecimento Humano (CIEH). Campina Grande: Realize Editora, 2019.

SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO, J. L.; CARDOSO, H. Porque comemos o que comemos? Determinantes psicossociais da seleção alimentar. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Porto, v. 9, n. 2, p. 189-208, 2008.

SILVA, K. M.; NITSCHKE, R. G.; SANTOS, S. M. A. A dança e o envelhecimento: benefícios descritos na literatura. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 17, n. 3, p. 1-7, jul./set. 2018.

SILVA, M. de S.; PINHO, C. P. S. Constipação Intestinal: prevalência e fatores associados em pacientes atendidos ambulatorialmente em hospital do nordeste brasileiro. **Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, Recife, v. 36, n. 1, p. 75-84, fev. 2016.

SILVA, M. F. et al. Prevalência de constipação intestinal, oferta de fibras alimentares e ingestão hídrica em idosos de uma instituição de longa permanência na cidade de Sete Lagoas, MG. **BRASPEN J**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 247-251, 2016.

SILVEIRA, E. A. et al. Baixo consumo de frutas, verduras e legumes: fatores associados em idosos em capital no Centro-Oeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Goiânia GO, v. 20, n. 12, p. 3689-3699, 2015.

SOARES, B. T. et al. Efeito do exercício físico sobre a dislipidemia. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 16, n. 58, p. 12-16, out./dez. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose - 2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 109, n. 2, supl. 1, p. 1-76, ago. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. s.l: Clannad, 2019.

TRAMONTINO, V. S. et al. Nutrição para idosos. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 258-267, set./dez. 2009.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, out./dez. 2012.

WONG, J. M. W.; JENKINS, D. J. A. Carbohydrate digestibility and metabolic effects. **The Journal of Nutrition**, s.l., v. 137, n. 11, p. 2539S-2546S, nov. 2007.

ANEXO A – Questionário de classificação econômica (ABEP)

Você irá responder perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos citados devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	Não possui	Quantidade que possui			
		1	2	3	4+
1. Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular.					
2. Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana.					
3. Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho.					
4. Quantidade de banheiros.					
5. DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel.					
6. Quantidade de geladeiras.					
7. Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex.					
8. Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones.					
9. Quantidade de lavadora de louças.					
10. Quantidade de fornos de micro-ondas.					
11. Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional.					
12. Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca.					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?

1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:

1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

	NOMENCLATURA ATUAL	NOMENCLATURA ANTERIOR
	Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio incompleto
	Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial incompleto
	Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
	Superior completo	Superior Completo

ANEXO B – Identificação e questionário clínico

Código do questionário:
Idade:
Estado Civil: () Solteira () Casada () Viúva () Divorciada () Outros
Pratica Exercício Físico: () SIM () NÃO
Se a resposta anterior for SIM, responda: Qual o tipo de exercício? _____ Ex: dança, musculação, caminhada, corrida, hidroginástica, natação, yoga, pilates, andar de bicicleta Qual a duração (tempo)? _____ Pratica quantas vezes na semana? _____ A quanto tempo faz esse exercício? _____

Ingestão de água:

Que quantidade (em média) de água você costuma ingerir por dia?	
<input type="checkbox"/> 0 a 0,5 Litros	<input type="checkbox"/> 1,5 a 2,0 Litros
<input type="checkbox"/> 0,5 a 1,0 Litros	<input type="checkbox"/> 2,0 a 2,5 Litros
<input type="checkbox"/> 1,0 a 1,5 Litros	<input type="checkbox"/> Mais que 2,5 Litros

Doenças atuais:

Você tem alguma Doença Crônica Não Transmissível? () SIM () NÃO
Se SIM, qual (is)?
<input type="checkbox"/> Pressão alta <input type="checkbox"/> Doença cardiovascular <input type="checkbox"/> Doença Respiratória Crônica
<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2 <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Outras: _____

Dados Antropométricos (O PESQUISADOR IRÁ MEDIR SEU PESO E ALTURA):

Peso (Kg):	Altura (m):
IMC:	Classificação do IMC:

Adaptado de Santos (2018)

ANEXO C – Questionário baseado nos critérios de Roma III

De acordo com seu hábito intestinal nos últimos 3 MESES, responda:

Você precisou fazer esforço para evacuar em pelo menos um quarto (25%) das defecações? () SIM () NÃO

Você apresentou fezes duras em pelo menos um quarto (25%) das defecações?
() SIM () NÃO

Você teve uma sensação de evacuação incompleta em pelo menos um quarto (25%) das defecações?
() SIM () NÃO

A senhora teve uma sensação de obstrução/bloqueio das fezes em pelo menos um quarto (25%) das defecações?
() SIM () NÃO

Precisou fazer manobras manuais para facilitar pelo menos um quarto (25%) das defecações (por exemplo, evacuação com ajuda digital, apoio do assoalho pélvico)?
() SIM () NÃO

Tem menos de três evacuações por semana?
() SIM () NÃO

Adaptado de (DROSSMAN et al., 2006).

ANEXO D – Questionário frequência alimentar (QFA)

Produtos	Frequência						
	Nenhuma	1 vez/dia	2 ou mais vezes/dia	1 vez/semana	2 a 4 vezes/semana	5 a 6 vezes/semana	1 a 3 ou mais vezes/mês
Leite e derivados							
Carnes e ovos							
Embutidos							
Óleos e gorduras							
Petiscos							
Enlatados							
Cereais							
Cereais integrais							
Raízes e Tubérculos							
Leguminosas							
Frutas							
Hortaliças							
Açúcares e doces							
Bebidas (Suco natural/café)							
Bebidas (Refrigerantes/Sucos industrializados)							
Produtos diet e light							

LEITE E DERIVADOS = leite desnatado ou semidesnatado, leite integral, iogurte, queijo branco (minas/frescal), queijo amarelo (prato/mussarela), requeijão;

CARNES E OVOS = carne de boi, carne de porco, frango, peixe fresco, peixe enlatado (sardinha/atum), carne de conservada no sal (bacalhau, carne seca/sol), vísceras (fígado, rim, coração); ovo frito, ovo cozido;

EMBUTIDOS = salsicha, linguiça, fiambre, salame, presunto, mortadela;

ÓLEOS E GORDURAS = azeite, molho para salada, bacon e toucinho, manteiga, margarina, maionese;

PETISCOS = lanches (batata frita, sanduíches, pizza, esfiha, salgadinhos, amendoim);

ENLATADOS = milho, ervilha, azeitona, palmito;

CEREAIS = arroz branco, arroz polido, pão francês/forma, macarrão, cuscuz,

CEREAIS INTEGRAIS = arroz integral, macarrão integral, pão integral, aveia

RAÍZES E TUBERCULOS = batata inglesa, batata doce, inhame, macaxeira, cará

LEGUMINOSAS = feijão, lentilha, soja, grão de bico;

FRUTAS= banana, maçã, manga, pêra, abacaxi, goiaba, laranja, mamão, melão, melancia;

HORTALIÇAS= alface, brócolis, beterraba, couve-flor, cenoura, tomate, chuchu, pimentão, pepino, repolho;

AÇÚCARES E DOCES = tortas, sorvete, geleia, doces, balas, chocolate, achocolatado, bombom; biscoito; bolos

PRODUTOS DIET E LIGHT = margarina light, refrigerante diet, adoçante diet, requeijão light, iogurte light.

Adaptado de Ribeiro et al., (2006) por Santos (2018).

ANEXO E – Parecer do comitê de ética em pesquisa (CEP)

UFPE - CENTRO ACADÊMICO
DE VITÓRIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO - CAV/UFPE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: "Consumo de alimentos ricos em fibras alimentares e prevalência de constipação intestinal e Doenças Crônicas Não Transmissíveis em idosas da cidade de Vitória de Santo Antão"

Pesquisador: Carmem Lygia Burgos Ambrósio

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 59053522.5.0000.9430

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.734.704

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA DE SANTO ANTAO, 01 de Novembro de 2022

Assinado por:
Zailde Carvalho dos Santos
(Coordenador(a))