

Padrões alimentares de cuidadores de pessoas idosas

Dietary patterns of caregivers of older adults

Maria Paula Altimari Cardoso¹, Gabriela Benatti de Oliveira², Lara Vilar Fernandes³, Tábatta Renata Pereira de Britto⁴, Daniella Pires Nunes⁵, Ligiana Pires Corona⁶.

¹Nutricionista, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP; ²Mestre e Doutoranda em Gerontologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP; ³Mestre em Nutrição e Saúde pela Universidade Federal de Lavras, Doutoranda em Ciências da Nutrição e do Esporte e Metabolismo na Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. ⁴Doutora em Ciências, Professora Adjunta da Faculdade de Nutrição na Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL, MG. ⁵Doutora em Ciências, Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. ⁶Doutora em Ciências, Professora Associada da Faculdade de Nutrição da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.

Resumo

Introdução: durante o processo de envelhecimento, as pessoas idosas podem sofrer perdas em sua independência e necessitar de auxílio de outra pessoa: o cuidador. Existem poucos estudos que tratam sobre os hábitos alimentares de cuidadores, principalmente os de idosos dependentes. **Objetivo:** identificar o padrão alimentar de cuidadores de pessoas idosas cadastrados na Estratégia de Saúde da Família. **Metodologia:** este é um estudo transversal, realizado no município de Palmas, Tocantins, com 59 cuidadores. Foi utilizado um questionário curto de frequência alimentar para avaliação do consumo. Os padrões foram identificados a partir da análise de componentes principais, e, a seguir, foi investigada a associação entre tais padrões e variáveis sociodemográficas, utilizando-se o teste T-student ou o teste de Kruskal-Wallis, dependendo da adesão à distribuição normal observada em cada padrão. **Resultados:** identificaram-se três padrões alimentares: “protetor” (frutas frescas, verduras e legumes, laticínios, azeite de oliva); “fast-food” (hamburger, embutidos, alimentos processados doces, carnes gordurosas); e “popular” (carboidratos, bebidas adoçadas, gorduras). O padrão “protetor” se associou a sexo ($p=0,028$) e à prática de atividade física ($p=0,023$). O “fast-food” se associou à faixa etária ($p=0,049$). O “popular” se associou à faixa etária ($p=0,022$) e ao tempo de cuidado ($p=0,043$). **Conclusão:** nota-se que os piores padrões de consumo alimentar (“fast-food” e “popular”) foram associados a pessoas mais jovens, enquanto o padrão mais saudável (“protetor”) foi mais associado a mulheres.

Palavras-chave: Cuidador; pessoas idosas; pessoas acamadas; padrão alimentar.

Abstract

Introduction: during the aging process, older adults can suffer losses in their independence and need help from someone else: caregivers. Few studies deal with the eating habits of caregivers, especially those of dependent older adults. **Objective:** to identify the dietary patterns of caregivers of older Brazilian adults registered in the Family Health Strategy. **Methodology:** this cross-sectional study was conducted in Palmas, Tocantins, Brazil, with 59 caregivers. A short food frequency questionnaire was used to assess food consumption. The patterns were identified through principal components analysis. Then the association between such patterns and the sociodemographic variables obtained was investigated, using the T-student test or the Kruskal-Wallis test, depending on the adherence to the normal distribution observed in each pattern. **Results:** three dietary patterns were identified: “protective” (fresh fruits, vegetables, dairy products, olive oil); “fast food” (hamburgers/sausages, sweet processed foods, fatty meats); “popular” (carbohydrates, sweetened drinks, fats). The “protective” pattern was associated with sex ($p=0.028$) and physical activity ($p=0.023$). “Fast food” was associated with age group ($p=0.049$). “Popular” was associated with age group ($p=0.022$) and length of care ($p=0.043$). **Conclusion:** it is noted that the worst food consumption patterns (“fast-food” and “popular”) were associated with younger people, while the healthiest (“protective”) pattern was more associated with women.

Keywords: Caregivers; older adults; bedridden people; dietary pattern.

INTRODUÇÃO

No Brasil, atualmente, ocorre uma transição demográfica relacionada ao envelhecimento populacional, que

se associa à queda nas taxas de fecundidade e a uma maior expectativa de vida, tornando mais frequente o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), marcadas por lento progresso, mas extensa duração. Assim, uma pressão é gerada sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) por maiores demandas, gastos hospitalares e despesas médicas¹.

Nesse cenário, durante o processo de envelhecimento, as pessoas idosas podem sofrer perdas em sua independência, necessitando de auxílio de outra pes-

Correspondente/Corresponding: Daniella Pires Nunes – Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, CEP 13083-887, Cidade Universitária – Campinas – São Paulo – E-mail: dpnunes@unicamp.br

Correspondente/Corresponding: Ligiana Pires Corona – Endereço: Rua Pedro Zaccaria, 1300 – Limeira – SP – Brasil – Cep: 13484-350. – E-mail: ligiana.corona@fca.unicamp.br

soa: o cuidador. Os cuidadores podem ser basicamente classificados em duas categorias: informais, que não recebem qualquer pagamento pela prestação de cuidados e podem ou não pertencer à família do idoso; ou formais, que possuem treinamento e são remunerados para exercer essa função².

Entretanto, no Brasil, nota-se que a prestação de assistência a longo prazo ainda é dependente da informalidade³, ou seja, na maioria dos casos, é a família que executa grande parte do papel de cuidado ao idoso⁴. Os cuidadores familiares desempenham um papel essencial nesse cenário, funcionando como uma extensão do sistema de saúde, mesmo diante da falta de suporte formal⁵. Essa realidade reflete uma particularidade do país: a dependência significativa da família para a prestação de cuidados a idosos, reforçada por uma legislação recente, que atribui à família a responsabilidade primária. Isso significa que pessoas idosas dependentes, muitas vezes, têm de confiar em seus próprios recursos ou no apoio familiar para atender a suas necessidades⁶. Vale destacar que essa responsabilidade pode ocasionar, para o cuidador, a redução do autocuidado, da vida social e do lazer, além de impactar o humor e promover sobrecarga, repercutindo negativamente até mesmo sobre os cuidados que são dispensados à pessoa idosa².

Os cuidadores de idosos dependentes, de modo geral, são pouco valorizados e, muitas vezes, sofrem com a omissão de suporte para que exerçam seus papéis de cuidado de forma efetiva. São, ainda, impactados em outras esferas, como em sua qualidade de vida, tanto pelo cuidado direcionado ao idoso quanto pela soma de encargos adicionais relacionados ao trabalho doméstico. Por exemplo, dentre os fatores que geram essa situação, há questões de limitação financeira e da ausência de uma rede de apoio⁷.

Nesse contexto, afirma-se que os cuidadores constituem parte de uma população vulnerável a inadequações em sua alimentação, ao sedentarismo e a alterações em seu estado nutricional. Vale destacar também a predominância de sobrepeso, obesidade, e risco aumentado de doenças cardiovasculares (DCV) nessa população, o que pode ser consequência dos padrões alimentares adotados, que recaem sobre sua saúde⁸.

No Brasil e no mundo, a população como um todo vem sofrendo alterações em sua alimentação graças aos modelos de ingestão adotados nos últimos tempos. Essas mudanças têm relação com a urbanização, que ocasiona modificações nos padrões dietéticos de toda a comunidade, promovendo um menor consumo de produtos *in natura* e minimamente processados, e maior uso de ultraprocessados, com açúcares adicionados, gorduras saturadas e sódio. Diante disso, os padrões nutricionais e de saúde também são impactados, promovendo, por exemplo, uma maior prevalência de DCNT⁹.

Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2017 e 2018, em comparação com os dados de 2008 e 2009, mostram uma redução no consumo de alimentos

de base, como arroz e feijão, frutas, leite e derivados, e ovos. E ainda houve aumento na ingestão de alimentos industrializados, ricos em gorduras trans e saturadas, como salgadinhos, *chips* e linguiça¹⁰. Esses, por sua vez, segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira¹¹ (2014), promovem impactos negativos não somente sobre a saúde, graças à composição nutricional desequilibrada, como também sobre a cultura, a vida social e o meio ambiente.

Mesmo diante desse panorama, são poucos os estudos que tratam sobre os hábitos alimentares de cuidadores, principalmente os de idosos dependentes. Um estudo transversal, realizado em 2017 com 99 cuidadores familiares de idosos do meio rural do estado de São Paulo, evidenciou que a maioria dos cuidadores respondeu “sim” quando questionados se possuíam uma alimentação saudável (89,9%), considerada pelos autores como a ingestão diária de legumes, frutas e verduras¹². Mas outro estudo, com uma amostra semelhante (n=125) de cuidadores idosos (>60 anos), atestou uma baixa frequência de ingestão de calorias e nutrientes, como proteínas, fibras e vitamina A¹³. Outra pesquisa, realizada com cuidadores de meia-idade (média de 53 anos) constatou que a assistência de cuidado às pessoas idosas é associada ao declínio na qualidade da dieta entre os cuidadores, quando prestada por mais de cinco anos¹⁴.

Vê-se, portanto, que os cuidadores, de forma geral, demandam atenção e suporte, principalmente para que suas carências sejam esclarecidas e possíveis intervenções, delineadas¹⁵. Assim, o objetivo geral do presente trabalho foi a identificação dos padrões alimentares de cuidadores de pessoas idosas, caracterizando-os quanto a variáveis sociodemográficas e de saúde.

METODOLOGIA

Amostra e coleta de dados

O presente estudo é de caráter transversal, realizado no município de Palmas, Tocantins, e faz parte da pesquisa “Cuidadores de idosos dependentes no município de Palmas”, cuja amostra foi composta por 61 cuidadores, subclassificados em familiares (n=52) e remunerados formais (n=9). No entanto, para as análises desta pesquisa, foram considerados 59 cuidadores, uma vez que dois foram excluídos devido à ausência de dados completos sobre o consumo alimentar.

Os detalhes da amostragem e da seleção foram descritos em publicações prévias¹⁶. De maneira sucinta: foi realizada uma amostra de conveniência e foram entrevistados somente os indivíduos cadastrados na lista da Estratégia de Saúde da Família do período do quarto trimestre de 2019, com atualização em setembro de 2021. Foram incluídos cuidadores com idade igual ou superior a 18 anos, e excluídos os que não foram encontrados na residência depois de três tentativas.

A entrevista foi realizada no domicílio da pessoa idosa, mediante agendamento prévio, com início em janeiro de 2020, mas esse processo foi interrompido em março do mesmo ano, devido à pandemia de COVID-19. As atividades foram retomadas em outubro de 2021 e finalizadas em janeiro de 2022. A aplicação do questionário tinha duração média de 90 minutos, além dos 15 minutos usados para realizar as medidas corporais como peso, altura e circunferência da panturrilha.

Para a coleta de dados, elaborou-se um questionário com perguntas que incluíam variáveis sociodemográficas, de estilo de vida, condições de saúde e de cuidado, tanto pessoal quanto do idoso. As informações referentes à alimentação dos cuidadores foram coletadas utilizando-se um questionário curto de frequência alimentar (QFA), elaborado para a pesquisa. A partir dele, os cuidadores responderam sobre a frequência de ingestão de 12 grupos ou alimentos específicos na última semana: carboidratos (arroz, macarrão, batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame); feijão; frutas frescas; verduras e (ou) legumes; hambúrguer e (ou) embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha); bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco industrializada, xaropes de guaraná ou groselha, suco de fruta com adição de açúcar); alimentos processados salgados (macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados); alimentos processados doces (biscoitos recheados, doces ou guloseimas – balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina); carnes gordurosas (frango frito, torresmo); laticínios (leite, queijos, ricota, requeijão, iogurte); gorduras (margarina, manteiga, banha); azeite de oliva.

Considerações éticas

A coleta de dados só foi iniciada após aprovação no protocolo do Comitê de Ética da Universidade Federal do Tocantins, com os pareceres 3.138.324/2019 e 4.317.084/2020 e CAAE: 0688118.0.0000.5519. Todos os indivíduos que participaram da pesquisa, após esclarecimentos escritos e orais, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Variáveis do estudo e análise de dados

Para identificar padrões alimentares dos cuidadores, foi utilizada a análise de componentes principais (ACP), uma análise estatística multivariada que visa reduzir uma grande quantidade de informações a um menor número de componentes, agrupados pelo grau de correlação que possuem entre si¹⁷. Após alguns testes preliminares, a variável feijão foi excluída das análises por fornecer um baixo nível de explicação sobre a variância dos dados.

A aplicabilidade da Análise de Componentes Principais (ACP) foi confirmada pelo coeficiente KMO de 0,611, considerado aceitável para a análise ($>0,60$)¹⁸. Realizou-se a avaliação visual do *screeplot* e verificou-se que a

extração de 3 a 4 fatores seria a mais adequada para este estudo, com base na variância explicada. Optou-se pela seleção de três fatores, pois, ao serem realizados os testes iniciais com quatro componentes, os grupos apresentavam diversas discrepâncias entre si, devido ao número limitado de componentes alimentares e de participantes da pesquisa. Aplicou-se a rotação Varimax para melhorar a interpretabilidade, considerando cargas fatoriais $\geq 0,30$ como satisfatórias. A consistência interna dos padrões foi avaliada pelo alfa de Cronbach, com valores $\geq 0,60$ considerados adequados¹⁹.

Os três padrões alimentares foram nomeados de acordo com os alimentos pertencentes a cada um: o padrão 1, denominado “protetor”, foi composto por frutas frescas, verduras e legumes, laticínios e azeite de oliva; o padrão 2, denominado “fast-food”, foi composto por hambúrguer e embutidos, alimentos processados, doces e carnes gordurosas; já o padrão 3, denominado “padrão popular”, foi composto por carboidratos, bebidas adoçadas e gorduras²⁰.

As variáveis independentes foram: sexo (homem, mulher); faixa etária (18 a 49 anos, 50 anos ou mais); cor da pele (branca, parda ou preta); escolaridade (até 12 anos de estudo, ≥ 12 anos); prática de atividade física (mínimo de 150 minutos semanais); índice de massa corporal (IMC: eutrófico se $\geq 18,5$ kg/m² e <25 kg/m²; sobrepeso se ≥ 25 kg/m²)²¹; etilismo (não, sim); tabagismo (não, sim); autoavaliação de saúde (boa ou muito boa, regular ou ruim); multimorbidade (≥ 2 DCNT); tempo de cuidado (4 anos ou menos, mais de 4 anos); horas diárias de cuidado (12 horas ou menos, mais de 12 horas); coabita com o idoso (não, sim); necessidade de ajuda no cuidado (não, sim).

Como as cargas dos padrões 1 e 3 aderiram à distribuição normal pelo teste de *Shapiro Wilk*, as diferenças entre as variáveis independentes foram testadas pelo Teste *T de Student*. Já o padrão 2 mostrou distribuição não paramétrica e, por isso, as diferenças foram testadas pelo Teste de *Kruskal-Wallis*. Os dados foram analisados no programa Stata®¹⁴, com valor crítico de 5%.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e de saúde dos cuidadores envolvidos na pesquisa. Os cuidadores informaram idade entre 18 e 81 anos, tendo a maioria 50 anos ou mais. Eram mulheres, autodeclaradas como pardas ou pretas, informaram ausência da prática de atividade física, e foram classificadas, de acordo com o IMC, com sobrepeso.

Em relação aos cuidados, a maioria dos entrevistados relata dedicar mais de 12 horas diárias ao cuidado do idoso (73,8%), e presta esse cuidado há menos de 4 anos (57,4%). Além disso, a maioria também coabita com o idoso (82,0%) e informa a necessidade de ajuda com o cuidado (73,8%, dados não mostrados em tabela).

Tabela 1 – Distribuição das variáveis socioeconômicas e de saúde de cuidadores de pessoas idosas. Palmas, TO, 2020–2022.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	8	13,1
Feminino	53	86,9
Faixa etária		
18 a 49 anos	28	45,9
50 anos ou mais	33	54,1
Cor da pele		
Branca	11	18,3
Parda ou preta	49	81,7
Escolaridade		
< 12 anos	27	44,3
≥ 12 anos	34	55,7
Prática de atividade física		
Não	56	91,8
Sim	5	8,2
Índice de massa corporal		
Eutrófico	13	28,9
Sobrepeso	32	71,1
Etilismo		
Não	48	78,7
Sim	13	21,3
Tabagismo		
Não	49	80,3
Sim	12	19,7
Autoavaliação de saúde		
Boa ou muito boa	34	59,6
Regular ou ruim	23	40,4
Multimorbidade		
Não	45	73,8
Sim	16	26,2

Fonte: dados da pesquisa

A Tabela 2 mostra as cargas fatoriais e o percentual da variância explicada de cada fator considerado. Os três padrões alimentares explicaram 51,5% da variância total dos dados, e todos tiveram excelente consistência interna de acordo com o Alfa de Cronbach.

Tabela 2 – Distribuição das cargas fatoriais dos alimentos ou grupos de alimentos nos três padrões alimentares identificados entre os cuidadores de pessoas idosas. Palmas, TO, 2020–2022.

Alimentos, grupos de alimentos	Padrões		
	Protetor	Fast-food	Popular
Carboidratos	-0,159	-0,050	0,487
Frutas frescas	0,487	0,151	-0,093
Verduras ou legumes	0,483	0,068	0,113
Laticínios	0,414	-0,088	0,035
Azeite de oliva	0,371	-0,289	0,074
Hamburguer, embutidos	0,084	0,552	0,016
Bebidas adoçadas	-0,133	-0,030	0,540
Alimentos processados salgados	-0,277	0,153	0,264
Alimentos processados doces	0,157	0,473	0,101

Carnes gordurosas	-0,104	0,571	-0,075
Gorduras	0,243	0,027	0,598
Variância explicada pelo fator (%)	21,2	15,9	14,4
Variância acumulada (%)	21,2	37,1	51,5
Alpha de Cronbach	0,914	0,916	0,964

Nota: cargas fatoriais superiores a 0,30 estão destacadas.

Fonte: dados da pesquisa

A Tabela 3 apresenta as medianas dos escores dos padrões alimentares conforme as variáveis sociodemográficas, e a Tabela 4 quanto às variáveis de cuidado. O padrão protetor foi associado a sexo feminino e à prática de atividade física, enquanto o padrão *fast-food* foi associado à faixa etária de adultos mais jovens. O padrão popular também apresentou associação com a faixa etária de 18 a 49 anos e com o tempo de cuidado menor ou igual a 4 anos dedicados à pessoa idosa.

Tabela 3 – Escores medianos dos padrões alimentares de acordo com as características socioeconômicas dos cuidadores de pessoas idosas. Palmas, TO, 2020–2022.

Variáveis	Padrões		
	Protetor	Fast-food	Popular
Sexo	p = 0,028*	p = 0,177**	p = 0,132*
Masculino	-1,095	0,778	-0,624
Feminino	0,172	-0,122	0,098
Faixa etária	p = 0,964*	p = 0,049**	p = 0,022*
18 a 49 anos	-0,010	0,374	0,417
50 ou mais	0,008	-0,295	-0,329
Cor da pele	p = 0,495*	p = 0,388**	p = 0,447*
Branca	0,280	-0,037	-0,253
Parda ou preta	-0,076	0,007	0,072
Escolaridade	p = 0,399*	p = 0,394**	p = 0,477*
< 12 anos	-0,185	0,056	0,128
≥ 12 anos	0,156	-0,047	-0,108
Prática de atividade física	p = 0,023*	p = 0,060**	p = 0,680*
Não	-0,136	0,075	0,021
Sim	1,472	-0,810	-0,225
Índice de massa corporal	p = 0,608*	p = 0,487**	p = 0,104*
Eutrófico	0,039	0,224	0,578
Sobrepeso	-0,242	-0,048	-0,148
Etilismo	p = 0,575*	p = 0,510**	p = 0,452*
Não	0,060	-0,053	-0,066
Sim	-0,212	0,188	0,234
Tabagismo	p = 0,623*	p = 0,228**	p = 0,724*
Não	-0,050	-0,111	0,030
Sim	0,196	0,433	-0,116
Autoavaliação de saúde	p = 0,785*	p = 0,621**	p = 0,090*
Boa, muito boa	0,008	0,078	0,240
Regular, ruim	-0,105	-0,090	-0,355
Multimorbidade	p = 0,061*	p = 0,085**	p = 0,521*
Não	-0,227	0,190	0,065
Sim	0,609	-0,511	-0,174

Notas: *p-valor foi obtido pelo Teste T; **p-valor foi obtido pelo Teste de Kruskal-Wallis

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 4 – Escores medianos dos padrões alimentares de acordo com as características do cuidado realizado por cuidadores de pessoas idosas. Palmas, TO, 2020–2022.

Variáveis	Padrões		
	Protetor	Fast-food	Popular
Tempo de cuidado	p = 0,701*	p = 0,143**	p = 0,043*
≤ 4 anos	-0,064	0,161	0,273
> 4 anos	0,093	-0,235	-0,400
Horas diárias de cuidado	p = 0,167*	p = 0,366**	p = 0,824*
≤ 12 horas	0,453	0,313	-0,061
> 12 horas	-0,168	-0,117	0,023
Coabita com o idoso	p = 0,057*	p = 0,686**	p = 0,915*
Não	0,836	0,227	0,039
Sim	-0,171	-0,046	-0,008
Necessita de ajuda com o cuidado	p = 0,161*	p = 0,689**	p = 0,114*
Não	-0,480	0,075	-0,444
Sim	0,164	-0,026	0,151

Notas: *p-valor foi obtido pelo Teste T; **p-valor foi obtido pelo Teste de Kruskal-Wallis

Fonte: dados da pesquisa

DISCUSSÃO

No presente estudo, a maioria dos cuidadores avaliados foram mulheres com idade de 50 anos ou mais, características semelhantes ao que é encontrado em outros estudos sobre a temática²²⁻²⁵. Quanto a isso, cuidadores de meia idade como esses podem ter comprometimento de suas reservas funcionais, o que pode abalar, de forma involuntária, o cuidado que é prestado ao idoso²⁴.

Os cuidadores, em maior número, se autodeclararam como pardos ou pretos, como foi constatado em uma pesquisa dirigida por Muniz, Freitas, Oliveira, Lacerda²⁶ (2016), realizada com cuidadores de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de um município do Ceará²⁶, formada por uma amostra semelhante (n=60) à do presente trabalho. Além disso, relataram dedicar mais de 12 horas diárias ao cuidado do idoso, carga horária fatigante e também observada em outros estudos que constatajam jornadas extenuantes de mais de 18 horas, ou até mesmo dedicação integral ao idoso²⁵. Principalmente, caso o cuidador pratique outras funções de trabalho em seu dia, ele pode passar a negligenciar o autocuidado, submeter-se a situações de estresse, contrair enfermidades e até mesmo ir a óbito de forma precoce²⁴.

A maior parte dos cuidadores também relatou a ausência da prática de atividade física, e foram classificados, de acordo com o IMC, com sobrepeso. Outros estudos também demonstraram a predominância do sobrepeso e obesidade dentre os cuidadores, destacando a vulnerabilidade desse grupo ao sedentarismo, ao sobrepeso e a inadequações alimentares^{8,27}. Mesmo diante dessas informações, a maioria dos cuidadores avaliados referem-se à própria saúde como boa ou muito boa, o que pode indicar uma baixa percepção de seu próprio estado

de saúde frente à percepção relativa à pessoa cuidada.

A maior parte dos cuidadores avaliados informou ter um nível de escolaridade de 12 anos ou mais. Isso é um fator positivo porque, segundo Aires et al.²⁸ (2020), o tempo de escolaridade do cuidador é inversamente associado ao aumento da sobrecarga sobre si: a educação pode facilitar tanto o desempenho em tarefas diárias quanto a compreensão de instruções fornecidas por profissionais da área da saúde, impactando, por exemplo a qualidade do cuidado que é prestado ao idoso e influenciando o grau de sobrecarga do cuidador²⁸.

Além disso, a maioria dos cuidadores da amostra relatou precisar de ajuda na prestação de cuidados e coabitar com a pessoa idosa cuidada, como em outros estudos^{28,29}. No entanto, segundo Aires et al.²⁸ (2020), mesmo diante desse cenário, uma parcela dos cuidadores não possui redes de apoio ou auxílio na realização de suas tarefas, fato que pode influenciar no aumento de sua sobrecarga²⁸. O cuidador informal familiar, principalmente, arca com essa função de forma inesperada e, normalmente, não está preparado para isso, tanto em questões técnicas como em aspectos psicológicos²⁴.

Quanto aos anos de cuidado dedicados ao idoso, a maior parte dos cuidadores formais e informais relataram exercer esse trabalho por quatro anos ou menos. Esses dados diferem do encontrado em parte da literatura, que constata, para a maioria dos cuidadores, o desempenho dessa função há mais de quatro anos^{24,28}. Uma possível justificativa para esse achado pode ser o perfil demográfico de Palmas, uma cidade jovem, onde o processo de envelhecimento populacional ainda está em ascensão. Esse cenário pode explicar o fato de muitas pessoas estarem assumindo o papel de cuidadores em um período mais recente, refletindo o estágio inicial de envelhecimento da população local.

Em relação à análise dos padrões alimentares, destaca-se que dois trabalhos que tratam de padrões alimentares de adultos apresentam um valor de variância acumulada semelhante ao obtido pelo presente estudo, 52,5% e 55,9%, respectivamente, ambos com a extração de quatro padrões^{30,31}. E ainda Olinto¹⁸ (2007), em uma extração de cinco componentes, apresentou uma variância acumulada de aproximadamente 44,4%¹⁸. No entanto, mesmo com um maior número de participantes e a extração de quatro padrões, outro trabalho apresentou menor variância³², indicando que os valores encontrados neste estudo são adequados.

O padrão protetor recebeu esse nome por ser marcado pelo maior consumo de alimentos associados à manutenção e proteção da saúde. O consumo de frutas e vegetais propicia melhorias sobre diversos fatores de risco para DCNT e é considerado como fator protetor para doenças e eventos cardiovasculares, pois os nutrientes presentes nesse grupo (como vitaminas, fibras, potássio e folato) modulam aspectos como a resistência à insulina, pressão arterial, perfil lipídico e marcadores inflamatórios³³. A ingestão de azeite de oliva também está

relacionada à diminuição do risco de DCV e de mortalidade³⁴, assim como a de laticínios e leite de uma forma geral, os quais são alimentos fontes de cálcio, vitamina D e proteínas, e são associados, de acordo com a Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, à melhora no perfil lipídico dos indivíduos e menores taxas de obesidade³⁵.

O padrão *fast-food* foi assim nomeado por ser majoritariamente formado por alimentos ultraprocessados que, segundo o Guia Alimentar Para a População Brasileira¹¹ (2014), são ricos em gorduras, sódio e açúcares¹¹. A ingestão desses produtos é altamente relacionada à baixa qualidade nutricional, ao consumo exagerado de calorias, e é evidente sua associação com o desenvolvimento de DCNT, como câncer e diabetes. No entanto, o consumo de ultraprocessados é facilitado pela praticidade em ingeri-los, o baixo custo, além da influência e do incentivo midiático sobre a população.

O terceiro padrão foi nomeado como popular, por ser composto por alimentos tradicionais da alimentação brasileira: carboidratos, bebidas adoçadas e gorduras. O arroz, dentre outros carboidratos, compõe boa parte da base de alimentação da maioria dos brasileiros³⁶. Já o refrigerante, um exemplo de bebida adoçada, foi elencado pela Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2017 e 2018 como um dos itens com maior média de consumo diário entre a população¹⁰. A categoria das gorduras exclui o azeite de oliva que, por sua vez, não é frequente na alimentação popular pelo alto custo do produto.

Neste estudo, o padrão protetor foi mais presente em mulheres e praticantes de atividade física. Esses dados vão ao encontro do que é visto na literatura: indivíduos do sexo feminino tendem a possuir um padrão alimentar mais saudável se comparado ao dos homens, isto é, mais ricamente composto por frutas, vegetais e leite. Dados do inquérito Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel, 2019), já haviam mostrado maior consumo de frutas e hortaliças dentre as mulheres³⁷. Além disso, a prática de atividade física parece estar relacionada a uma maior qualidade da dieta e outros hábitos saudáveis dessas pessoas³⁸.

Já o padrão *fast-food* foi associado à faixa etária de 18 a 49 anos, se comparada aos cuidadores de 50 anos ou mais. Tal afirmativa pode ser justificada por dados da Vigitel³⁷ (2019), que demonstram que a ingestão de frutas e hortaliças, alimentos *in natura* e componentes de uma alimentação saudável tende a ser maior conforme o avançar ou o aumento da idade.

O escore do padrão popular também foi maior na faixa etária mais jovem, e com o tempo de cuidado menor ou igual a 4 anos dedicados à pessoa idosa. A mesma relação entre um pior padrão alimentar e idades menores, desenvolvida no padrão *fast-food*, pode ser aplicada ao padrão popular. Além disso, possivelmente por serem pessoas mais jovens, esses indivíduos prestam cuidado por menos tempo, se comparados a pessoas mais velhas.

A interpretação dos resultados deste estudo deve levar em consideração algumas limitações. Primeiramente,

o tamanho limitado da amostra e sua concentração em cuidadores de idosos dependentes, residentes da área urbana da cidade de Palmas. Além disso, este é um estudo transversal e com uma amostra de conveniência, não permitindo extrapolar os achados para outros contextos e grupos de cuidadores diferentes.

No entanto, apresenta também diversas potencialidades. Primeiramente, trata-se de um estudo inédito, pois não foram encontrados outros estudos brasileiros que descrevam o padrão alimentar de cuidadores de pessoas idosas. Considerando o aumento exponencial do envelhecimento no Brasil, a demanda por esses cuidadores tende a crescer, e suas necessidades precisam ser consideradas, para que sejam planejadas e aplicadas ações específicas para o cuidado com a saúde desse grupo. Além disso, o uso de padrões alimentares na epidemiologia nutricional permite a superação de limitações antes encontradas nos estudos dietéticos, que abrangem somente a análise de nutrientes, com a avaliação das inter-relações entre eles, refletindo a complexidade envolvida na alimentação, e permitindo, assim, um melhor desenvolvimento de políticas públicas em saúde e nutrição para a população¹⁸.

CONCLUSÃO

Foram identificados três padrões alimentares: o padrão protetor, marcado por alimentos de caráter benéfico à saúde e à prevenção de doenças, que foi associado ao sexo feminino e à prática de atividade física; o padrão *fast-food*, composto por alimentos ultraprocessados, de rápido consumo e baixa qualidade nutricional, que foi associado à idade; e o padrão popular, composto por alimentos típicos da dieta brasileira, associado à idade e também ao tempo de cuidado do idoso.

Destaca-se a importância de outros estudos serem realizados, com amostras de cuidadores de outros locais, a fim de elucidar os empecilhos envolvidos na manutenção de uma alimentação saudável, além do direcionamento de políticas públicas e intervenções em saúde e nutrição.

REFERÊNCIAS

1. Vanzella E. O envelhecimento, a transição epidemiológica, da população brasileira, e impacto nas interações no âmbito do SUS. EDUCERE [Internet]. 2019 [citado 2024 nov 17]; 2:144-58. Disponível em: https://www.ufpb.br/gcet/contents/documentos/repositorio-gcet/artigos/o_envelhecimento_a_transicao_epidemiologica.pdf
2. Borges CL, Cunha JP, Silva AA, Rocha VA, Freitas MC. Cuidando do cuidador: intervenções para o autocuidado cuidando del cuidador: intervenciones para el autocuidado. J Nurs UFPE line, 2015;9(4):7474–81. doi: 10.5205/reuol.7275-62744-1-SM.0904201536
3. Vega E, Morsch P. A Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) na região das Américas. Mais 60 Estud sobre Envelhec. 2021;32:24–35.
4. Camarano AA. Nota técnica nº64. Cuidados para a população idosa e seus cuidadores: demandas e alternativas. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) [Internet]. 2020 [citado 2023 ago

- 20]. Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/08/200427_nt_disoc-n-64_web.pdf
5. Nunes SFL, Alvarez AM, Valcarenghi RV, Baptista R. Caring for Parkinson's disease: Response patterns of caregivers who are relatives of older adults. *Saude e Soc.* 2020;29(4):1–11. doi: 10.1590/S0104-12902020200511
6. Estevam ÉA, Francisco PMSB, da Silva RA. Privatization of old age: Suffering, disease and violence in the relationship between older adults and caregivers. *Saude e Soc.* 2021;30(3):1–13. doi: 10.1590/S0104-12902021200928
7. Cronemberger GL, Sousa RC de. Cuidando de idosos dependentes e de seus cuidadores: um desafio para as sociedades. *Cien Saude Colet.* 2023;28(3):957–8. doi: 10.1590/1413-81232023283.07032022
8. Oliveira Filho VC, Sá SPC, Rocha G de S, Domingos AM, Soares R da S, Barroso TA. The high risk of the development of chronic non communicable diseases in caregivers of the elderly. *Rev Enferm Atual In Derme [Internet]*. 2019 [citado 2023 Oct 12]; 90(28). Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/521> doi: <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.90-n.28-art.521>
9. Barros DM, da Silva APF, Moura DF, Barros MVC, Pereira ABS, Melo MA, et al. A influência da transição alimentar e nutricional sobre o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. *Braz J Dev.* 2021;7:74647–64. doi: 10.34117/bjdv7n7-579
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. IBGE, 2020.
11. Guia Alimentar para a População Brasileira (BR). Secretária de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
12. Brigola A, Luchesi M, Rossetti S. Perfil de saúde de cuidadores familiares de idosos e sua relação com variáveis do cuidado: um estudo no contexto rural. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2017;20(3):410–22. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160202>
13. Koponen S, Nykänen I, Savela RM, Välimäki T, Suominen AL, Schwab U. Inadequate intake of energy and nutrients is common in older family caregivers. *Nutrients.* 2021;13(8):1–14. doi: 10.3390/nu13082763
14. Hossain S, Beydoun MA, Evans MK, Zonderman AB, Kuczmarski MF. Caregiver status and diet quality in community-dwelling adults. *Nutrients.* 2021;13(6):1–14. doi: 10.3390/nu13061803
15. Diniz MAA, Melo BR de S, Neri KH, Casemiro FG, Figueiredo LC, Gaioli CCL de O, et al. Comparative study between formal and informal caregivers of older adults. *Cienc e Saude Colet.* 2018;23(11):3789–98. doi: 10.1590/1413-812320182311.16932016
16. Nunes DP, coord. Cuidadores de idosos acamados residentes na cidade de Palmas – principais achados [Internet]. Palmas, 2022. [citado 2023 abr 30]. Disponível em: [https://repositorio.uft.edu.br/bitstream/11612/3920/1/Cuidadores de idosos acamados residentes na cidade de Palmas – principais achados.pdf](https://repositorio.uft.edu.br/bitstream/11612/3920/1/Cuidadores%20de%20idosos%20acamados%20residentes%20na%20cidade%20de%20Palmas%20-%20principais%20achados.pdf)
17. Santos RDO, Gorgulho BM, Castro MA, Fisberg RM, Marchioni DM, Baltar VT. Principal component analysis and factor analysis: Differences and similarities in nutritional epidemiology application. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22:1–14. doi: 10.1590/1980-549720190041
18. Olinto MTA. Padrões Alimentares: análise de componentes principais. *Epidemiol Nutr.* 2007;213-22.
19. Gama ASM, Corona LP, Tavares BM, Secoli SR. Patterns of food consumption in riverine communities in the mid-Solimões river region – Amazonas – Brazil. *Cienc e Saude Colet.* 2022;27(7):2609–20. doi: 10.1590/1413-81232022277.20362021
20. Ferreira PM, Papini SJ, Corrente JE. Diversity of eating patterns in older adults: A new scenario? *Rev. Nutr.* 2014; 27(1):67-79. doi: <https://doi.org/10.1590/1415-52732014000100007>
21. World Health Organization -WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, Switzerland: WHO; 1995.
22. Gutierrez LLP, Fernandes NRM, Mascarenhas M. Caracterização de cuidadores de idosos da região metropolitana de Porto Alegre (RS): perfil do cuidado. *Saúde em Debate.* 2017; 41(114):885–98. doi: 10.1590/0103-1104201711417
23. Giacomini KC, Duarte YAO, Camarano AA, Nunes DP, Fernandes D. Care and functional disabilities in daily activities – ELSI-Brazil. *Rev Saude Publica.* 2018;52(Suppl 2):1–12. doi: 10.11606/S1518-8787.2018052000650
24. Nunes DP, de Brito TRP, Duarte YA de O, Lebrão ML. Caregivers of elderly and excessive tension associated to care: Evidence of the sabe study. *Rev Bras Epidemiol.* 2018;21(Suppl 2). doi: 10.1590/1980-549720180020.supl.2
25. Crescente LG, Fontanive VN, Abegg C. Qualidade de vida de cuidadores de idosos dependentes vinculados a uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS. *Rev Bras Qual Vida.* 2019;11(3):1–13. doi: 10.3895/rbqv.v11n3.10720
26. Muniz EA, Freitas CASL, Oliveira EN, Lacerda MR. Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate.* 2016;40(110):172–82. doi: 10.1590/0103-1104201611013
27. Reis E dos, Dourado VZ, Guerra RLF. Qualidade de vida e fatores de riscos à saúde de cuidadoras formais de idosos. *Estud Interdiscip sobre o Envelhec.* 2019;24:47-62. doi: 10.22456/2316-2171.82925
28. Aires M, Fuhrmann AC, Mocellin D, Pizzol FLFD, Sponchiado LF, Marchezan CR, et al. Sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes na comunidade em municípios de pequeno porte. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41:1–10. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190156>
29. Ikegami ÉM, Almeida JR de, Souza LA, Walsh IAP de, Shimano SGN, Patrizzi LJ. Relação entre sobrecarga de cuidadores informais e nível de independência de idosos hospitalizados. *Rev Ter Ocup da Univ São Paulo.* 2018;29(2):129–34. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v29i2p129-134
30. Camilo VMA, Santana J da M, Freitas F de, Silva I de MM da, Oliveira FS de, Campiolo S. Padrões de consumo alimentar em uma cidade do Recôncavo da Bahia: um enfoque na segurança alimentar e nutricional. *Mundo da Saude.* 2016;40:51–60. doi: 10.15343/0104-7809.201640015160
31. Santos IKS dos, Conde WL. Trend in dietary patterns among adults from brazilian state capitals. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23:1–13. doi: 10.1590/1980-549720200035
32. Souza BF do NJ de, Camargo DFM, Segall-Corrêa AM, Marín-León L, Francisco PMSB. Padrões alimentares e sua relação com a segurança alimentar em domicílios de baixo nível socioeconômico de Campinas-SP. *Segurança Aliment e Nutr.* 2023; 29:e022034. doi: 10.20396/san.v29i00.8670780
33. Portugal MRC, Gonçalves AC, Huguenin GVB, Moreira ASB. Dos alimentos cardioprotetores ao padrão alimentar: uma revisão da literatura. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto.* 2015;14(3):27–33. doi: 10.12957/rhupe.2015.19873

34. Guasch-Ferré M, Li Y, Willett WC, Sun Q, Sampson L, Salas-Salvado J, et al. Consumption of Olive Oil and Risk of Total and Cause-Specific Mortality Among U.S. Adults. *J Am Coll Cardiol*. 2022;79(2):101–112. doi: 10.1016/j.jacc.2021.10.041
35. Machado V. Alimentos amigos do coração. Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP) [Internet]. 2024 [citado 2024 nov 17]. Disponível em: <https://socesp.org.br/a-socesp/alimentos-amigos-do-coracao/>
36. Rodrigues RM, Souza A de M, Bezerra IN, Pereira RA, Yokoo EM, Sichieri R. Evolução dos alimentos mais consumidos no Brasil entre 2008-2009 e 2017-2018. *Rev Saude Publica*. 2021;55(Suppl):1–10. doi: 10.11606/s1518-8787.2021055003406
37. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
38. Assumpção D de, Domene SMÁ, Fisberg RM, Canesqui AM, Barros MBDA. Differences between men and women in the quality of their diet: A study conducted on a population in Campinas, São Paulo, Brazil. *Cienc e Saude Colet*. 2017;22(2):347–58. doi: 10.1590/1413-81232017222.16962015

Submetido em 11/06/2024

Aceito em 22/10/2024