



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
CENTRO DAS CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE NUTRIÇÃO**

VERÔNICA FRANÇA GUEDES

**ASSOCIAÇÃO ENTRE INSEGURANÇA ALIMENTAR E DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

BARREIRAS

2023

VERÔNICA FRANÇA GUEDES

**ASSOCIAÇÃO ENTRE INSEGURANÇA ALIMENTAR E DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado como requisito parcial para
obtenção do grau de nutricionista no Curso de
Nutrição do Centro de Ciências Biológicas e
da Saúde, da Universidade Federal do Oeste
da Bahia, UFOB.

Orientador: Prof. Dr. Marlus Henrique Queiroz
Pereira

BARREIRAS
2023

VERÔNICA FRANÇA GUEDES

**ASSOCIAÇÃO ENTRE INSEGURANÇA ALIMENTAR E DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado como requisito parcial para
obtenção do grau de nutricionista no Curso de
Nutrição do Centro de Ciências Biológicas e
da Saúde, da Universidade Federal do Oeste
da Bahia, UFOB.

Orientador: Prof. Dr. Marlus Henrique Queiroz
Pereira

Barreiras, Bahia, 06 de dezembro de 2023

Banca examinadora:

Marlus Henrique Queiroz Pereira (Orientador)
Doutor em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Oeste da Bahia

Maria Luiza Amorim Sena Pereira
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Oeste da Bahia

Adna Luciana de Souza
Doutora em Bioquímica e Imunologia
Universidade Federal do Oeste da Bahia

FICHA CATALOGRÁFICA

G924 Guedes, Verônica França.

Associação entre insegurança alimentar e doenças crônicas não transmissíveis em idosos da estratégia saúde da família. / Verônica França Guedes. – 2023.

37f.

Orientador: Prof. Dr. Marlus Henrique Queiroz Pereira.

Artigo (Graduação) – Bacharelado em Nutrição. Universidade Federal do Oeste da Bahia. Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. Barreiras, BA, 2023.

1. Envelhecimento. 2. Nutrição. 3. Segurança Alimentar e Nutricional. 4. Doenças Crônicas. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Pereira, Marlus Henrique Queiroz. II. Universidade Federal do Oeste da Bahia - Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. III. Título.

CDD 613.2

Este trabalho é dedicado a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a minha caminhada, em especial a minha avó Laurinda (*in memoriam*), com todo o meu amor e gratidão por tudo que fez por mim ao longo de sua vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus que permitiu que os meus sonhos fossem realizados e que me ajudou a enfrentar todas as dificuldades encontradas nessa caminhada.

Aos meus pais, Claudecy e Sinésio, por todo o amor, incentivo e apoio, sou grata a tudo que fizeram por mim, sem eles eu não teria conseguido chegar até aqui.

Aos meus avós (*in memoriam*), que sempre me incentivaram a estudar, em especial a minha avó Laurinda que me fez escolher essa linha de pesquisa. Sou grata a todo amor e apoio e sei que de onde estiver, está vibrando por essa conquista.

Aos meus irmãos Walter e Ronaldo por todo amor e cuidado que tem por mim e por acreditarem no meu potencial, bem como a Aline (*in memoriam*), que é a razão de ter escolhido essa ciência tão linda que é a nutrição.

Aos meus amigos e familiares, que fizeram parte dessa caminhada, fazendo com que tornasse tudo mais leve. Agradeço em especial as minhas amigas e companheiras de apartamento Beatriz e Hellen por todo o incentivo e apoio, bem como Raquel e Mirella pela amizade e companheirismo.

Aos meus professores do curso que através dos seus ensinamentos permitiram que hoje eu pudesse estar concluindo este trabalho e ao meu orientador, que com paciência e discernimento, me ajudou nesta caminhada, dando todo o apoio necessário.

“Art. 2º A alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal. {...}”

(BRASIL, 2006)

RESUMO

Objetivo: Investigar a associação entre a Insegurança Alimentar (IA) e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em idosos da Estratégia Saúde da Família (ESF). *Método:* Estudo transversal realizado com idosos residentes em domicílios particulares de um município do Nordeste do Brasil e cadastrados na ESF. A presença das DCNT consideradas no estudo (Diabetes Mellitus (DM); Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Dislipidemias) foi investigada por meio do diagnóstico médico autorrelatado (sim ou não). Já a IA foi avaliada através da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). Na análise dos dados foi feita a análise descritiva, a bivariada com o teste Qui-quadrado de Pearson e a regressão logística binomial. O nível de significância foi considerado para $p < 0,05$. *Resultados:* Foram avaliados 316 idosos e observou-se uma prevalência de 63,3% para IA, com destaque para a IA leve (37,7%). Em relação às DCNT investigadas, observou-se uma prevalência de 24,1% para DM, 69,9% para HAS e 30,7% para dislipidemia. Na análise de regressão, após ajustes, não houve associação entre IA e HAS ou DM. Houve associação somente entre IA leve e dislipidemia (OR 1,986; IC 95%: 1,055-3,738). Não foi encontrada associação entre IA moderada/grave e dislipidemia (OR 1,780; IC 95%: 0,883 – 3,588). *Conclusão:* Considerando as DCNT estudadas, a IA foi associada somente com a dislipidemia em domicílios com idosos atendidos pela ESF em um município do nordeste brasileiro. No entanto, essa associação ocorreu somente na presença da IA leve, possivelmente devido aos padrões alimentares irregulares e com baixa qualidade nutricional.

Palavras-chave: Envelhecimento. Nutrição. Segurança Alimentar e Nutricional. Doenças Crônicas. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To investigate the association between Food Insecurity (FI) and Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs) in older adults from the Family Health Strategy (FHS). *Method:* This is a cross-sectional study conducted with elderly people living in private households in a municipality in the Northeast of Brazil and registered in the FHS. The presence of NCDs considered in the study (Diabetes Mellitus (DM); Systemic Arterial Hypertension (SAH) and Dyslipidemias) was investigated by means of self-reported medical diagnosis (yes or no). FI, on the other hand, was assessed using the Brazilian Food Insecurity Scale (EBIA). In the data analysis, the descriptive analysis, the bivariate analysis with Pearson's chi-square test and the binomial logistic regression were performed. The level of significance was set at $p < 0.05$. *Results:* A total of 316 elderly people were evaluated, with a mean age of 70.5 (± 7.5 years). The prevalence of FI was 63.3%, with a highlight to mild FI (37.7%). Regarding NCDs, the prevalence of DM was 24.1%, 69.9% for SAH, and 30.7% for dyslipidemia. In the regression analysis, after adjustments, there was no association between FI and HAS or DM. There was only an association between mild FI and dyslipidemia (OR 1.986; 95% CI: 1.055-3.738). No association was found between moderate/severe FI and dyslipidemia (OR 1.780; 95% CI: 0.883 – 3.588). *Conclusion:* Considering the DCNT studied, FI was only associated with dyslipidemia in households with elderly people cared for by the FHS in a municipality in northeastern Brazil. However, this association occurred only in the presence of mild FI, possibly due to irregular eating patterns and low nutritional quality.

Keywords: Aging. Nutrition. Food and Nutrition Security. Chronic Diseases. Primary Health Care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
METODOLOGIA.....	10
RESULTADOS.....	13
DISCUSSÃO	19
CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	21
ANEXOS	25

INTRODUÇÃO

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), é definida como a realização do direito de todos os cidadãos ao acesso regular e permanente aos alimentos, tanto em qualidade, como em quantidade suficientes; norteada por práticas alimentares promotoras de saúde; e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais¹. Por outro lado, a Insegurança Alimentar (IA), que pode ser aguda ou crônica, está relacionada com a dificuldade no acesso regular aos alimentos, caracterizada pela instabilidade e irregularidade alimentar, geralmente causada por recursos financeiros insuficientes². A IA pode apresentar estágios progressivos, desde a preocupação, ansiedade e incerteza quanto ao acesso aos alimentos, no grau mais leve, até as experiências de fome e privação nos casos mais severos³.

De acordo com o II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil, por volta de 58,7% da população apresentavam algum grau de IA, ou seja, mais da metade dos brasileiros não possuía acesso regular e permanente aos alimentos⁴. Estudos realizados com idosos brasileiros, apontam prevalências acima de 50% nas amostras estudadas^{3,5}. Nesse contexto, a IA mostra-se como um problema social e de saúde pública, sobretudo na população idosa, considerando as alterações econômicas, sociais, familiares, psicológicas e fisiopatológicas que acontecem com o processo de envelhecimento⁶.

Diversos fatores contribuem para a existência de IA em domicílios com idosos, e o fator econômico é um determinante importante dessa condição⁷. No entanto, outros aspectos também são relevantes, como: ocupação, sexo, idade, escolaridade, condições de moradia, densidade domiciliar, solidão, funcionalidade, suporte social, acesso aos serviços de saúde e gestão das doenças crônicas^{8,9}. Uma vez instalada, a condição de IA se caracteriza por alterações no padrão alimentar, tanto com a diminuição da qualidade e diversidade, quanto na quantidade de alimentos consumidos. Esse cenário repercute diretamente no estado nutricional e pode contribuir para o surgimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)^{10,6}.

No cenário do envelhecimento populacional brasileiro, percebe-se um aumento relevante das doenças crônicas e da multimorbidade^{10,11}. Entre as principais doenças crônicas destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e dislipidemia¹². Esse quadro pode estar relacionado com o estilo de

vida, bem como uma alimentação desequilibrada e com baixa qualidade nutricional. Um padrão alimentar característico entre os indivíduos com IA¹³.

Assim, considerando os desafios do crescimento da população idosa no Brasil e a busca por um envelhecimento ativo e com qualidade de vida, torna-se primordial conhecer aspectos que impactam negativamente na saúde desses indivíduos. A IA tem sido apontada como um fator importante de exposição para as DCNT e dessa forma pode contribuir para o aumento do quadro de morbimortalidade dessa população. Diante disso, torna-se necessário compreender essa relação entre IA e DCNT, com o intuito de contribuir para o aperfeiçoamento das políticas públicas existentes, principalmente aquelas mais próximas dos idosos, como a Estratégia Saúde da Família (ESF). Desta forma, este estudo buscou investigar a associação entre a IA e as DCNT mais prevalentes em idosos da ESF em um município do Nordeste brasileiro.

METODOLOGIA

Estudo do tipo transversal e quantitativo, realizado com indivíduos idosos residentes em domicílios. Este trabalho integra um projeto de pesquisa mais abrangente intitulado “Avaliação de saúde dos idosos residentes no município de Barreiras (Ba)”. A pesquisa foi realizada no município de Barreiras, que está localizado na região Oeste do Estado da Bahia. De acordo com os dados do último censo demográfico, a população de Barreiras é de cerca de 159.734 habitantes, sendo a maioria residente nas áreas urbanas¹⁴.

Os participantes do estudo foram idosos com 60 anos ou mais, residentes na zona urbana e cadastrados na ESF. A amostra foi formada pelos idosos cadastrados nas 23 equipes da ESF do município. No cálculo amostral do projeto matriz, que apresentou distintos objetivos e desfechos, adotou-se uma prevalência geral de 50%, um erro de 5% e nível de confiança de 95%, totalizando uma amostra de 356 participantes. Além disso, foi calculado o poder do estudo, utilizando o software estatístico específico para cálculo de amostra. Como o estudo apresentou múltiplos desfechos, foi considerado para o cálculo a prevalência da dislipidemia. Assim, a amostra de idosos permitiu identificar um OR (Odds Ratio) de 1,5; com prevalência nos expostos de 34,5% e entre os não expostos de 24,1%, considerando um poder do teste de 53,1%, nível de significância de 5%.

O processo de amostragem contemplou dois estágios. Primeiramente, a amostragem foi estratificada com alocação proporcional, considerando a quantidade de idosos em cada equipe da ESF. Foi realizado o cálculo, que apresentou as quantidades de idosos por Unidade da Saúde da Família (USF), garantindo proporcionalidade e representatividade. Em um segundo momento, aplicou-se a amostragem aleatória simples. Foi feito um sorteio, a partir da relação de idosos em cada equipe da USF, para obtenção dos nomes dos indivíduos que iriam participar da coleta de dados.

Foram julgados como elegíveis para participar do estudo: pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, sem restrição de sexo, residentes da zona urbana, cadastrados nas USF e que foram sorteados.

Foram excluídos do estudo os idosos que eram residentes de instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), idosos hospitalizados no momento do convite, aqueles acometidos por alguma condição de saúde que inviabilizaria a coleta de dados, bem como idosos com comprometimento cognitivo grave indicado pelas equipes da ESF.

O estudo foi analisado e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 1.447.361/2016), de acordo com as normas previstas pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Todos os idosos do estudo participaram de forma voluntária e assinaram ou realizaram a impressão digital no TCLE.

A coleta de dados ocorreu nas USF nas quais os idosos participantes estavam cadastrados. O convite foi entregue pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) aos idosos selecionados, onde constavam informações acerca da data e horário para o comparecimento na USF, além de algumas informações técnicas para a realização da coleta de dados. A coleta foi realizada por uma equipe de pesquisadores treinada, formada por profissionais e estudantes universitários da área de saúde.

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado para este estudo, um questionário geral com questões abrangentes sobre a população idosa, o que permitiu a caracterização dos indivíduos a partir das variáveis demográficas, sociais, estilo de vida e condição de saúde, incluindo o diagnóstico de DCNT. Além disso, foram aplicadas as escalas específicas para investigação da IA (Escala Brasileira de Insegurança Alimentar-EBIA) e estado nutricional (Mini Avaliação Nutricional - MAN).

A variável dependente foi a presença de DCNT identificada por meio do diagnóstico médico autorrelatado pelos idosos. A informação foi coletada a partir do

questionário, que foi previamente testado e codificado, apresentando questões dicotômicas (sim/não). As DCNT investigadas neste estudo foram DM, HAS e dislipidemias.

A IA foi a variável independente estudada, a qual foi avaliada através da EBIA. Trata-se de uma ferramenta validada para a população brasileira, sendo o principal instrumento utilizado para analisar esse fenômeno, tanto nas pesquisas, quanto nos inquéritos populacionais. A EBIA apresenta 14 questões (sim/não) e foca principalmente nos aspectos relacionados ao acesso aos alimentos e possíveis entraves econômicos e financeiros para obtê-los. A partir das respostas coletadas foi gerada uma pontuação e feita a classificação dos domicílios com idosos em SAN, IA Leve, IA Moderada ou IA Grave².

As covariáveis analisadas foram:

- Demográficas, sociais e estilo de vida: idade (60 a 69 anos; 70 a 80 anos ou 80 anos ou mais), sexo (masculino ou feminino), escolaridade (< quatro anos ou $\geq$ quatro anos de estudo), estado civil (com companheiro ou sem companheiro), domicílio unipessoal (sim ou não), raça/cor (branco e outros/preto e pardo), etilismo (sim ou não), tabagismo (sim ou não), atividade física (sim ou não).
- Nutricionais, alimentares e condições de saúde: Índice de massa corporal (IMC), segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)¹⁵ (2002): $>28 \text{ kg/m}^2$ (excesso de peso) ou $\leq 28 \text{ kg/m}^2$ (sem excesso de peso), Circunferência da Cintura (CC), segundo a Organização Mundial da Saúde¹⁶ (1998): $<80\text{cm}$ para mulheres e $<94\text{cm}$ para homens, como normal; $\geq 80\text{cm}$ para mulheres e $\geq 94\text{cm}$ para homens, como elevado. As variáveis de consumo alimentar foram coletadas a partir da aplicação da MAN: consumo diário de frutas e verduras (sim ou não), consumo semanal de leguminosas e ovos (sim ou não), número de refeições (< três ou $\geq$ três)¹⁷. Além disso, foi investigada a quantidade de medicamentos utilizados (< três ou $\geq$ três medicamentos).

A caracterização da população estudada foi realizada através da análise descritiva dos dados, com a distribuição de frequências (absoluta e relativa). A normalidade dos dados foi verificada pelo teste de Komogorov-Smirnov para todas as variáveis analisadas. Na análise bivariada foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson, para verificar a presença de associação entre as variáveis categóricas. As variáveis com significância menor que 0,20 na análise bivariada foram incluídas no modelo multivariado. Análise de regressão logística binomial foi aplicada com o intuito

de verificar a associação entre IA e DCNT. Neste momento, a IA foi categorizada em três níveis: SAN, IA leve e IA moderada/grave. Após análises foram obtidas como medidas de associação os Odds Ratios (OR) brutos e ajustados com seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). Foi empregado um nível de significância de 0,05 e todos os testes foram realizados por meio do programa estatístico.

RESULTADOS

Neste estudo, foram analisados 316 idosos (11,2% de perdas), sendo a maior parte do sexo feminino (61,7%), preto/parda (51,9%), escolaridade < quatro anos (72,8%) e com média de idade de 70,5 anos ($\pm 7,5$). Considerando o estilo de vida foi observado tabagismo (10,8%), etilismo (13,9%), atividade física (40,5%). Em relação às condições de saúde, 47,9% utilizavam três ou mais medicamentos, 25,9% estavam com excesso de peso e 78% apresentavam circunferência da cintura elevada. Quanto aos hábitos alimentares, 86,1% faziam mais de três refeições, 54,7% consumiam frutas e vegetais diariamente e 91,1% ingeriam leguminosas e ovos semanalmente. A prevalência da IA foi de 63,3%, sendo 37,7% de IA leve. Em relação às DCNT, observou-se prevalências de 24,1% para DM, 69,9% para HAS e 30,7% para dislipidemia (Tabela 1).

Na análise bivariada, considerando as DCNT, não houve associação estatisticamente significativa entre as dislipidemias e IA ($p = 0,054$). A dislipidemia foi associada com sexo ($p = 0,011$), idade ($p = 0,039$), tabagismo ($p = 0,032$) e quantidade de medicamentos utilizados ($p = 0,001$). Não houve associação estatisticamente significativa entre IA e HAS ($p = 0,465$), porém a HAS mostrou-se associada com sexo ($p = 0,011$), estado civil ($p = 0,050$), etilismo ($p = 0,016$), quantidade de medicamentos utilizados ($p = 0,00$), IMC ($p = 0,001$), CC ($p = 0,001$), frutas e vegetais ($p = 0,014$). Da mesma forma, não houve associação estatisticamente significativa entre IA e Diabetes Mellitus ($p = 0,263$), porém a DM mostrou-se associada com a quantidade de medicamentos utilizados ($p = 0,00$) e CC ($p = 0,00$) (Tabela 1 e 2).

Na análise de regressão logística, após ajuste para possíveis variáveis de confusão, houve associação estatisticamente significativa somente entre IA leve e dislipidemia, (OR 1,986; IC 95%=1,055-3,738). Não houve associação entre IA moderada/grave e dislipidemia (OR 1,780; IC 95%: 0,883 – 3,588). Os resultados não mostraram associação entre IA leve e diabetes, tanto com a IA leve (OR 0,906; IC

95%= 0,436–1,882) nem a moderada/grave (OR 1,451; IC95%=0,663 – 3,177); bem como entre IA e HAS, considerando a IA leve (OR 0,948; IC95%=0,487 –1,843) e a IA moderada/grave (OR 1,484; IC95%=0,669 – 3,289) (Tabela 3).

Tabela 1. Caracterização da amostra segundo as variáveis demográficas, sociais e estilo de vida e análise bivariada da amostra (n = 316). Barreiras, BA, Brasil, 2017-2018.

Variáveis	Total		Com	%	Dislipidemias		p-valor	Hipertensão Arterial Sistêmica				p-valor	Com	%	Diabetes Mellitus		p-valor
	N	%			N	%		N	%	N	%				N	%	
Idade (anos)																	
60 – 69	172	54,4	55	32,0	117	68,0	0,039**	116	67,4	56	32,6	0,554	45	26,2	127	73,8	0,580
70 – 79	102	32,3	36	35,3	66	64,7		75	73,5	27	26,5		21	20,6	81	79,4	
80 ou mais	42	13,3	6	14,3	36	85,7		30	71,4	12	28,6		10	23,8	32	76,2	
Sexo																	
Feminino	195	61,7	70	35,9	125	64,1	0,011**	149	76,4	46	23,6	0,011**	45	23,1	150	76,9	0,607
Masculino	121	38,3	27	22,3	94	77,7		72	59,5	49	40,5		31	25,6	90	74,4	
Cor																	
Branco e outros	152	48,1	50	32,9	102	67,1	0,415	102	67,1	50	32,9	0,291	31	20,4	121	79,6	0,143*
Preto/pardo	164	51,9	47	28,7	117	71,3		119	72,6	45	27,4		45	27,4	119	72,6	
Escolaridade																	
< 4 anos	230	72,8	69	30,0	161	70,0	0,661	159	69,1	71	30,9	0,609	56	24,3	174	75,7	0,840
≥ 4 anos	86	27,2	28	32,6	58	67,4		62	72,1	24	27,9		20	23,3	66	76,7	
Estado civil																	
C/companheiro	163	51,6	49	30,1	114	69,9	0,801	106	65,0	57	35,0	0,050**	39	23,9	124	76,1	0,957
S/companheiro	153	48,4	48	31,4	105	68,6		115	75,2	38	24,8		37	24,2	116	75,8	
Etilismo																	
Sim	44	13,9	9	20,5	35	79,5	0,112*	24	54,5	20	45,5	0,016**	9	20,5	35	79,5	0,547
Não	272	86,1	88	32,4	184	67,6		197	72,4	75	27,6		67	24,6	205	75,4	
Tabagismo																	
Sim	34	10,8	5	14,7	29	85,3	0,032**	20	58,8	14	41,2	0,135*	5	14,7	29	85,3	0,177*
Não	282	89,2	92	32,6	190	67,4		201	71,3	81	28,7		71	25,2	211	74,8	

Fonte: Elaborado pelos autores; Significância estatística (*p-valor<0,20); (**p - valor <0,05).

Tabela 2. Caracterização da amostra segundo variáveis nutricionais, alimentares e condições de saúde e análise bivariada da amostra (n = 316). Barreiras, BA, Brasil, 2017-2018.

Variáveis	Total		Com		Dislipidemias Sem		p-valor	Com		Hipertensão Arterial Sistêmica Sem		p-valor	Com		Diabetes Mellitus Sem		p-valor
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%	
Medicamentos																	
< 3 medicamentos	164	52,1	36	22,0	128	78,0	0,001**	85	51,8	79	48,2	0,00**	14	8,5	150	91,5	0,00**
≥ 3 medicamentos	151	47,9	60	39,7	91	60,3		135	89,4	16	10,6		62	41,1	89	58,9	
Atividade física																	
Sim	128	40,5	46	35,9	82	64,1	0,096*	91	71,1	37	28,9	0,711	38	29,7	90	70,3	0,053 *
Não	188	59,5	51	27,1	137	72,9		130	69,1	58	30,9		38	20,2	150	79,8	
IMC																	
Com excesso de peso	82	25,9	27	32,9	55	67,1	0,611	69	84,1	13	15,9	0,001**	23	28,0	59	72,0	0,325
Sem excesso de peso	234	74,1	70	29,9	164	70,1		152	65,0	82	35,0		53	22,6	181	77,4	
CC																	
Normal	69	22,0	16	23,2	53	76,8	0,132*	37	53,6	32	46,4	0,001**	5	7,2	64	92,8	0,00**
Elevado	245	78,0	80	32,7	165	67,3		183	74,7	62	25,3		71	29	174	71,0	
Número de refeições																	
< 3	44	13,9	17	38,6	27	61,4	0,218	30	68,2	14	31,8	0,784	8	18,2	36	81,8	0,326
≥3	272	86,1	80	29,4	192	70,6		191	70,2	81	29,8		68	25,0	204	75,0	
Frutas e vegetais																	
Sim	173	54,7	49	28,3	124	71,7	0,315	131	75,7	42	24,3	0,014**	46	26,6	127	73,4	0,245
Não	143	45,3	48	33,6	95	66,4		90	62,9	53	37,1		30	21,0	113	79,0	
Leguminosas e ovos																	
Sim	288	91,1	88	30,6	200	69,4	0,862	201	69,8	87	30,2	0,857	69	24,0	219	76,0	0,902
Não	28	8,9	9	32,1	19	67,9		20	71,4	8	28,6		7	25,0	21	75,0	
Insegurança Alimentar																	
Sim	200	63,3	69	34,5	131	65,5	0,054*	137	68,5	63	31,5	0,465	44	22,0	156	78,0	0,263
Não	116	36,7	28	24,1	88	75,9		84	72,4	32	27,6		32	27,6	84	72,4	

Fonte: Elaborado pelos autores; IMC - Índice de massa corporal; CC - Circunferência da cintura; Significância estatística (*p-valor<0,20); (**p - valor <0,05).

Tabela 3. Modelo de regressão logística binomial prevendo associação entre as DCNT e insegurança alimentar em idosos comunitários brasileiros. Barreiras, BA, Brasil, 2017-2018.

	Dislipidemias		Diabetes Mellitus		Hipertensão Arterial Sistêmica	
Variáveis categóricas	Modelo 1 OR (95% CI)	Modelo 2 OR (95% CI)	Modelo 1 OR (95% CI)	Modelo 2 OR (95% CI)	Modelo 1 OR (95% CI)	Modelo 2 OR (95% CI)
IA						
IA leve	1,612 (0,910 – 2,853)	1,986 (1,055 – 3,738)*	0,602 (0,325 – 1,115)	0,906 (0,436 – 1,882)	0,689 (0,396 – 1,201)	0,948 (0,487 – 1,843)
IA moderada/grave	1,632 (0,869 – 3,064)	1,780 (0,883 – 3,588)	1,013 (0,535 – 1,919)	1,451 (0,663 – 3,177)	1,124 (0,586 – 2,153)	1,484 (0,669 – 3,289)
Sexo						
Feminino		1,385 (0,769 – 2,494)		0,381 (0,197 – 0,736)		1,650 (0,868 – 3,135)
Idade (anos)						
70-79		1,179 (0,676 – 2,058)		0,665 (0,335 – 1,319)		1,646 (0,874 – 3,101)
80 ou mais		0,395 (0,151 – 1,033)		0,634 (0,248 – 1,619)		1,211 (0,496 – 2,956)
Tabagismo						
Sim		0,438 (0,156 – 1,234)		0,907 (0,293 – 2,811)		1,106 (0,462 – 2,649)
Etilismo						
Sim		0,650 (0,281 – 1,504)				0,651 (0,299 – 1,413)
Atividade física						
Não		0,592 (0,344 – 1,017)		0,501 (0,270 – 0,930)		
						Continua

Continuação da Tabela 3

Variáveis categóricas	Dislipidemias		Diabetes Mellitus		Hipertensão Arterial Sistêmica	
	Modelo 1 OR (95% CI)	Modelo 2 OR (95% CI)	Modelo 1 OR (95% CI)	Modelo 2 OR (95% CI)	Modelo 1 OR (95% CI)	Modelo 2 OR (95% CI)
IMC						
Com excesso de peso						2,517 (1,303 – 4,862)*
CC						
Elevado		1,118 (0,553 – 2,262)		5,314 (1,863 – 15,153)*		0,842 (0,387 – 1,831)
Medicamentos ≥ 3		2,341 (1,373 – 3,990)*		7,872 (3,945 – 15,706)*		6,154 (3,265 – 11,601)*
Cor						
Preto/pardo						1,276 (0,697 – 2,338)
Estado civil						
Sem companheiro						1,275 (0,686 – 2,371)
Consumo de frutas						
Não						0,556 (0,309 – 1,001)

Fonte: Elaborado pelos autores; IMC - Índice de massa corporal; CC - Circunferência da cintura; Significância estatística (* p -valor<0,20); (** p - valor <0,05).

DISCUSSÃO

Os principais resultados desse estudo indicaram uma associação entre IA leve e dislipidemia em domicílios com idosos da ESF em um município do Nordeste brasileiro. Ou seja, a IA está associada com a presença de DCNT. Evidências que corroboram com esses resultados são encontradas em um estudo de coorte com idosos portugueses, no qual a chance de ter uma doença crônica foi maior em indivíduos que apresentavam algum nível de IA¹⁰. Em outro estudo realizado com idosos americanos, observou-se que mais da metade dos indivíduos com IA possuíam múltiplas condições crônicas em comparação com os indivíduos com SAN¹⁸. Em contrapartida, um outro estudo realizado também nos EUA, indicou que pode ocorrer o inverso, onde a carga de DCNT pode aumentar o risco de ter IA, uma vez que essas doenças exercem uma pressão nos orçamentos familiares da população idosa, e podem comprometer o acesso aos alimentos¹⁹.

Foi visto que os domicílios com idosos em IA leve apresentaram aproximadamente duas vezes mais chance de desenvolver dislipidemia, quando comparados com aqueles em SAN. Ou seja, houve associação entre a IA e dislipidemia, mas somente nas condições mais brandas da IA. São escassas as pesquisas sobre essa temática em idosos e alguns estudos que foram realizados não encontraram associação entre essas condições^{10,18}. Isso pode ter ocorrido porque as análises não consideraram os diferentes níveis de IA (leve, moderada e grave) e agruparam todos os indivíduos em uma única categoria, Insegurança Alimentar²⁰. Indivíduos em IA leve apresentam um padrão alimentar bem diferente daqueles em IA grave, e essa característica pode estabelecer diferentes níveis de risco para as DCNT^{21,22}. No entanto, em outros ciclos da vida já existem evidências sobre a presença de IA, acompanhada do risco para alterações bioquímicas ligadas aos lipídeos^{23,24}. Estudo realizado com adultos americanos, por exemplo, também encontrou somente a associação entre IA leve e níveis anormais de LDL-C, quando comparados a pessoas em SAN²³.

Indivíduos com IA leve podem adquirir de forma excessiva, alimentos calóricos, com alta quantidade de gordura e baixa concentração de nutrientes, principalmente pelo caráter econômico^{27,28}. O padrão alimentar com reduzida qualidade nutricional nos indivíduos com IA pode favorecer o surgimento de dislipidemia²⁵. Em alguns cenários, é possível observar também um menor consumo de refeições nos

domicílios, com aumento da frequência do consumo de alimentos do tipo *fast-food*²⁹. Além disso, em indivíduos com IA, ocorre uma redução da ingestão de alimentos *in natura*. Essa diminuição pode provocar um baixo consumo de antioxidantes presentes em frutas, legumes, verduras, sementes e grãos, o que acarreta na redução da proteção contra a peroxidação do HDL^{22,25}.

Outra questão debatida seria o consumo irregular. Esse cenário pode ocorrer pois na IA existem períodos de privação e subconsumo a depender do nível de IA, alternados com momentos de consumo excessivo (principalmente de alimentos industrializados), quando os alimentos ficam disponíveis. Esse padrão alimentar tem sido apontado como de risco para o surgimento da obesidade, que é um fator mediador entre a presença de IA e dislipidemias^{22,25}. Essa relação ocorre pois no tecido adiposo, a resistência à insulina e os efeitos das adipocinas pró inflamatórias geram uma alteração no metabolismo das lipoproteínas, através do aumento da lipólise e liberação excessiva de ácidos graxos livres na circulação, o que ocasiona no aumento da formação de lipoproteínas de baixa densidade (VLDL) no fígado, caracterizando assim um quadro de hipertrigliceridemia. Além disso, pode ocorrer outras alterações, como a diminuição da lipoproteína de alta densidade (HDL) ou modificações em relação às suas funções²⁵. No estudo realizado no Brasil por Souza e Marín-León²⁶ (2013), os idosos obesos tiveram quase duas vezes mais chances de apresentar IA leve.

Apesar do rigor metodológico o presente estudo apresenta algumas limitações. Por possuir uma natureza transversal, neste estudo não foi possível estabelecer uma relação de causa-efeito entre as variáveis analisadas, mesmo com os resultados encontrados sobre a associação entre a IA e dislipidemias. A escassez de estudos longitudinais contribui para manter a hipótese como objeto de estudo. Outro aspecto envolve a coleta da variável dependente por meio do diagnóstico médico autorrelatado. No entanto, alguns estudos já apontam a confiabilidade de dados autorrelatados^{30,31}. Em relação aos méritos, pode-se destacar o foco do estudo nos idosos comunitários atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) e a realização de análises estatísticas a partir dos diferentes níveis da IA (leve, moderada e grave). Além disso, a partir das buscas realizadas nas principais bases de dados, acredita-se ser o primeiro estudo sobre essa temática realizado somente com idosos brasileiros.

CONCLUSÃO

A partir desse estudo, pode-se concluir que existe associação entre IA leve e dislipidemia em idosos que vivem em comunidade no Nordeste brasileiro. No entanto, essa associação não foi observada nos demais níveis de IA, possivelmente devido aos padrões alimentares irregulares e com baixa qualidade nutricional. Por fim, os resultados obtidos alertam sobre a elevada prevalência de IA nos idosos estudados e importância de pesquisas na área, bem como a criação de políticas públicas voltadas para esse grupo, uma vez que a dificuldade de acesso a uma alimentação saudável em quantidade e qualidade pode comprometer o tratamento e o controle das DCNT.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União 2006; 15 set. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm
2. Sardinha LMV. Escala Brasileira de Insegurança Alimentar - EBIA: análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação; 2014. Acesso em: 15 de março de 2023. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/328.pdf>
3. Marín-León L, Segal-Corrêa AM, Panigassi G, Maranhã LK, Sampaio M de FA, Pérez-Escamilla R. A percepção de insegurança alimentar em famílias com idosos em Campinas, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2005 Oct;21(5):1433–40. Acesso em: 25 de outubro de 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2005000500016>
4. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (REDE PENSSAN). II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no contexto da pandemia do Covid-19 no Brasil. Rede PENSSAN; 2022. Acesso em 15 de março de 2023. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wpcontent/uploads/2022/06/Relatório-II-VIGISAN-2022.pdf>
5. Pereira MHQ, Pereira MLAS, Teles BKA, Campos GC de, Molina M del CB. Food insecurity and depressive symptoms among older adults assisted by the Family Health Strategy in the Northeast region of Brazil. Revista de Nutrição [Internet]. 2023 May 29;36:e220197. Acesso em: 12 de novembro de 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/4sDW3hjXXhJLCPfc6jf5LPB/?lang=en>
6. Pereira RJ. Nutrição e envelhecimento populacional: desafios e perspectivas/ Nutrition and population aging: challenges and perspectives/ Nutrición y

- envejecimiento de la población: retos y perspectivas. *Journal Health NPEPS* [Internet]. 2019 Jun ;4(1):1–5. Acesso em: 12 de Outubro de 2023. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3714>
7. Pooler JA, Hartline-Grafton H, DeBor M, Sudore RL, Seligman HK. Food Insecurity: A Key Social Determinant of Health for Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society* [Internet]. 2019 Mar 1;67(3):421–4. Acesso em: 14 de Outubro de 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30586154>
 8. Lee JS, Frongillo EA. Factors Associated With Food Insecurity Among U.S. Elderly Persons: Importance of Functional Impairments. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2001 Mar 1;56(2):S94–9. Acesso em 20 de set de 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geronb/56.2.S94>
 9. Saha S, Behnke A, Oldewage-Theron W, Muhtasim N, Miller M. Prevalence and Factors Associated with Food Insecurity among Older Adults in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics* [Internet]. 2021;40(4):171–96. Acesso em: 12 de outubro de 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34669566/>
 10. Fernandes SG, Rodrigues AM, Nunes C, Santos O, Gregório MJ, de Sousa RD, et al. Food Insecurity in Older Adults: Results From the Epidemiology of Chronic Diseases Cohort Study 3. *Frontiers in Medicine* [Internet]. 2018 Jul 12;5. Acesso em: 12 de setembro de 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6052142/>
 11. Leite BC, Oliveira-Figueiredo DS, Rocha FL, Nogueira MF. Multimorbidade por doenças crônicas não transmissíveis em idosos: estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2020 13 de julho;22. Acesso em: 03 de set de 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190253>
 12. Alexandrino A, Silva, Sávio Marcelino Gomes, Matheus Figueiredo Nogueira, Carneiro T, Costa K. Prevalence of multimorbidity and associated factors among older people in rural Northeast Brazil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2023 Jan 1;26. Acesso em 03 de set de 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230105.en>
 13. Andrade MO dos S, Modenese IB, Stelzer JA, Pinheiro SM, Silva VR da. ENFRENTAMENTO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR POR PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS EM ÉPOCA DE PANDEMIA DE COVID-19. *Open Science Research III* [Internet]. 2022;849-59. Acesso em: 19 de set de 2023. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/220308445.pdf>
 14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e estados [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto; 2022. Acesso em: 12 de setembro de 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/barreiras>

15. Organização Pan-Americana. Encuesta Multicêntrica-Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) em América Latina e el Caribe-Informe preliminar. XXXVI Reunión del Comité Asesor de investigaciones em Salud, 2002. Disponível em: [URL:http://www.opas.org/program/sabe.htm](http://www.opas.org/program/sabe.htm).
16. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: world Health Organization, 1998.
17. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA-Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging, 2006, 10: 466-487.
18. Leung CW, Kullgren JT, Malani PN, Singer DC, Kirch M, Solway E, et al. Food insecurity is associated with multiple chronic conditions and physical health status among older US adults. Preventive Medicine Reports. 2020 Dec;20:101211. Acesso em: 22 de set de 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101211>
19. Jih J, Stijacic-Cenzer I, Seligman HK, Boscardin WJ, Nguyen TT, Ritchie CS. Chronic disease burden predicts food insecurity among older adults. Public Health Nutrition. 2018 Feb 1;21(9):1737–42. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1368980017004062>
20. Tayie FA, Zizza CA. Concerns about the Secondary Data Analysis of the Association between Food Insecurity and Hyperlipidemia in Low-Income NHANES Participants. The Journal of Nutrition. 2010 Jun 9;140(8):1535–5. Disponível em: <https://doi.org/10.3945/jn.110.123281>
21. Drewnowski A, Specter S. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. The American Journal of Clinical Nutrition [Internet]. 2004;79(1):6–16. Acesso em: 23 de outubro de 2023. Disponível em: <https://academic.oup.com/ajcn/article/79/1/6/4690070>
22. Laraia BA. Food Insecurity and Chronic Disease. Advances in Nutrition [Internet]. 2013 Mar 1;4(2):203–12. Acesso em: 10 de setembro de 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3649100/>
23. Tayie FA, Zizza CA. Food insecurity and dyslipidemia among adults in the United States. Preventive Medicine. 2009 May;48(5):480–5. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2009.03.003>
24. Shin JI, Bautista LE, Walsh MC, Malecki KC, Nieto FJ. Food insecurity and dyslipidemia in a representative population-based sample in the US. Preventive Medicine [Internet]. 2015 Aug;77:186–90. Acesso em: 15 de nov de 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4608370/>
25. Lev Krasnovsky, Crowley A, Naeem F, Wang LS, Wu GD, Chao AM. A Scoping Review of Nutritional Biomarkers Associated with Food Security. Nutrients. 2023 Aug 14;15(16):3576–6. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu15163576>

26. Souza BF do NJ de, Marín-León L. Food insecurity among the elderly: cross-sectional study with soup kitchen users. *Revista de Nutrição*. 2013 Dec;26(6):679–91. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732013000600007>
27. Dhurandhar EJ. The food-insecurity obesity paradox: A resource scarcity hypothesis. *Physiology & Behavior*. 2016 Aug;162:88–92. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2016.04.025>
28. Nettle D, Andrews C, Bateson M. Food insecurity as a driver of obesity in humans: The insurance hypothesis. *Behavioral and Brain Sciences* [Internet]. 2016 Jul 28;40. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/C38ACB8DFBE7064B13C5BAED9CC59CBA/S0140525X16000947a.pdf/food_insecurity_as_a_driver_of_obesity_i
29. Larson N, Laska MN, Neumark-Sztainer D. Food Insecurity, Diet Quality, Home Food Availability, and Health Risk Behaviors Among Emerging Adults: Findings From the EAT 2010–2018 Study. *American Journal of Public Health*. 2020 Sep;110(9):1422–8. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305783>
30. Chrestani MAD, Santos I da S dos, Matijasevich AM. Hipertensão arterial sistêmica auto-referida: validação diagnóstica em estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009 Nov;25(11):2395–406. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100010>
31. Najafi F, Moradinazar M, Hamzeh B, Rezaeian S. The reliability of self-reporting chronic diseases: how reliable is the result of population-based cohort studies. *Journal of preventive medicine and hygiene* [Internet]. 2019;60(4):E349–53. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6953454/>

ANEXO 01:

Revista brasileira de geriatria e gerontologia

Instruções aos autores

Categorias de manuscritos

Todos os artigos, independente da sua respectiva categoria deverão ser elaborados de acordo com a orientação da RBGG, observando o desenho de estudo do artigo (indicado no Checklist do site da Revista).

Artigos originais: são relatos de trabalho original, destinados à divulgação de resultados de pesquisas inéditas de temas relevantes para a área pesquisada, apresentados com estrutura constituída de Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão, embora outros formatos possam ser aceitos.

Máximo de 4.000 palavras, excluindo resumo, referências bibliográficas, tabelas e figuras. Máximo de 35 referências e de 5 tabelas e/ou figuras.

Para aceitação de artigo original abrangendo ensaios clínicos, será solicitado o número de identificação de registro dos ensaios.

Artigos de opinião

São textos de opinião livre capazes de fomentar uma reflexão e discussão sobre temas de interesse para a Geriatria e Gerontologia, desenvolvidos com qualidade científica e ética.

Máximo de 4.000 palavras, excluindo resumo, referências bibliográficas, tabelas e figuras. Máximo de 30 referências e de 4 tabelas e/ou figuras. Devem incluir Resumo e duas a cinco Palavras-chave.

Revisões:

a) Revisão sistemática - é uma revisão planejada para responder a pergunta específica, objeto da revisão. É feita por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, e descreve o processo de busca dos estudos, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos.

Metanálise - É uma técnica estatística utilizada para combinar resultados vindos de dois ou mais estudos diferentes encontrados na literatura sobre uma mesma questão de pesquisa. Integra dados de modo padronizado, com o objetivo de obter um resultado com maior poder explicativo e esclarecer eventuais divergências nas conclusões dos diferentes estudos-base.

b) Revisão de escopo - Mapeamento da literatura com relação a métodos, análises de

dados, variáveis, conceitos etc. utilizados sobre determinado assunto que ainda não se tem muito conhecimento produzido. Em geral, tem o objetivo de nortear a execução de posterior revisão sistemática ou metanálise. Parte de uma busca mais ampla e aprofunda utilizando os descritores e referências encontrados inicialmente para direcionar mais precisamente para o que se publicou sobre o assunto

c) **Revisão integrativa** - método de revisão amplo, que permite incluir literatura teórica e empírica, bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa). Os estudos incluídos na revisão devem ser analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos.

Máximo de 4.000 palavras, excluindo resumo, referências. Máximo de 50 referências e de 5 tabelas e/ou figuras.

Relatos de caso: Relatos inéditos, de descrição bem documentada, relacionados ao campo temático da revista. Esta categoria tem por função anunciar novas variações de processos de doença, tratamento ou resultados inusitados etc.), enquanto ainda não houve tempo de uma análise com maior número de casos para submeter como "artigo original". Os autores devem informar, na argumentação do texto, os aspectos relevantes e sua relação aos casos publicados anteriormente na literatura da área. Devem apresentar Introdução, Método, Resultados (relatando a experiência inédita), **Discussão e Conclusão.**

Máximo de 3.000 palavras, excluindo resumo, referências. Máximo de 25 referências e de 3 tabelas e/ou figuras

Recomendamos consultar as orientações para relato de caso.

Atualizações: trabalhos descritivos e interpretativos, com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo, ou potencialmente investigativo.

Máximo de 3.000 palavras, excluindo resumo, referências. Máximo de 25 referências e de 3 tabelas e/ou figuras.

Comunicações breves: Relatos breves, de resultados preliminares de pesquisa com estudos em andamento ou que tenham sido concluídos recentemente antecipando resultados inovadores. Necessitam ser publicados com urgência por demonstrar fortes indícios de relações entre variáveis que possam levar a riscos à saúde pública, ainda que nem todas as hipóteses alternativas ou nem todos os efeitos tenham sido compreendidos totalmente.

Máximo de 1.500 palavras, excluindo resumo, referências. Máximo de 10 referências

e uma tabela/figura.

Carta ao editor: Trata-se a manifestação de opinião de uma pessoa sobre determinado artigo.

Máximo de 600 palavras, excluindo resumo, referências. Máximo de referências: 08.

Mais informações em: www.rbgg.com.br

Preparação de manuscritos

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês.

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, fonte arial, corpo 12, espaçamento entre linhas 1,5; alinhamento à esquerda, página em tamanho A-4.

As páginas não devem ser numeradas.

Título e Título Curto:

Deve conter o Título completo e título curto do artigo, em português ou espanhol e em inglês.

Resumo: Os artigos deverão ser acompanhados de resumo com um mínimo de 150 e máximo de 250 palavras. Os artigos submetidos em inglês deverão ter resumo em português, além do abstract em inglês.

Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos, resultados e conclusões mais relevantes. Para as demais categorias, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas com as mesmas informações. Não deve conter citações.

Palavras-chave: Indicar, no campo específico, de três e a seis termos que identifiquem o conteúdo do trabalho, utilizando descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme disponível em <https://decs.bvsalud.org/>.

Corpo do artigo: A quantidade de palavras no artigo é de até 4 mil, englobando Introdução; Método; Resultado; Discussão; Conclusão e Agradecimento (este último não é obrigatório).

Introdução: Deve conter o objetivo e a justificativa do trabalho; sua importância, abrangência, lacunas, controvérsias e outros dados considerados relevantes pelo autor.

Método: deve informar a procedência da amostra, o processo de amostragem, dados do instrumento de investigação e estratégia de análise utilizada. Nos estudos envolvendo seres humanos, deve haver referência à existência de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos participantes após aprovação do Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi desenvolvido.

Resultado: devem ser apresentados de forma sintética e clara, e apresentar tabelas ou figuras elaboradas de forma a serem autoexplicativas, informando a significância estatística, quando couber. Evitar repetir dados do texto. O número máximo de tabelas e/ou figuras é 5 (cinco).

Discussão: deve explorar os resultados, apresentar a interpretação / reflexão do autor fundamentada em observações registradas na literatura atual e as implicações/desdobramentos para o conhecimento sobre o tema. As dificuldades e limitações do estudo podem ser registradas neste item.

Conclusão: apresentar as conclusões relevantes face aos objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho, em parágrafo com até cinco linhas.

Referências: devem ser normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. A identificação das referências no texto, nas tabelas e nas figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. As referências devem ser listadas pela ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto (e não em ordem alfabética). Todas as obras citadas no texto devem figurar nas referências.

Solicitamos que 50% das referências devam ser publicações datadas dos últimos 5 anos.

Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

Notas de rodapé: deverão ser restritas ao necessário; não incluir nota de fim. Imagens, figuras, tabelas, quadros ou desenhos devem ser encaminhados e produzidos no formato Excel ou Word porém de forma editável, em tons de cinza ou preto.

Gráficos devem ter fonte: 11, centralizados, com informação do local do evento/coleta e Ano do evento.

Trabalhos feitos em softwares de estatística (como SPSS, BioStat, Stata, Statistica, R, Mplus etc.), serão aceitos, porém, deverão ser editados posteriormente de acordo com as solicitações do parecer final e, traduzidos para o inglês.

Pesquisas envolvendo seres humanos: deverão incluir a informação referente à aprovação por comitê de ética em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Na parte “Método”, constituir

o último parágrafo com clara afirmação deste cumprimento. O manuscrito deve ser acompanhado de cópia de aprovação do parecer do Comitê de Ética.

Ensaio clínico: a Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, a partir de 2007, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínico validados pelos critérios estabelecidos pela ICMJE e OMS cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Recomenda-se ao autor observar os seguintes Checklists e acordo com o tipo de estudo feito:

CONSORT - para ensaios clínicos controlados e randomizados
 CONSORT CLUSTER - extensão para ensaios clínicos com conglomerados
 TREND - avaliação não aleatorizada e sobre saúde pública
 STARD - para estudos de precisão diagnóstica
 REMARK - para estudos de precisão prognóstica
 STROBE - para estudos epidemiológicos observacionais (estudo de coorte, caso controle ou transversal)
 MOOSE - para metanálise de estudos epidemiológicos observacionais
 PRISMA - para revisões sistemáticas e meta-análises
 CASP - para revisões integrativas
 COREQ - para estudos qualitativos.

Pesquisas envolvendo seres humanos: deverão seguir os princípios éticos para as pesquisas médicas em seres humanos, adotados pela Assembleia Médica Mundial de Helsinque e emendada nas Assembleias subsequentes

(<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>), e a legislação vigente no país em que a pesquisa foi desenvolvida. As pesquisas desenvolvidas no Brasil devem incluir a informação referente à aprovação por comitê de ética em pesquisa com seres humanos, conforme as Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Na parte “Método”, constituir o último parágrafo com clara afirmação deste cumprimento. O manuscrito deve ser acompanhado de cópia de aprovação do parecer do Comitê de Ética.

Ensaio clínico: a RBGG apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da

Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS (WHO) e ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo

Submissão de artigos e documentos necessários

As submissões devem ser realizadas pelo site da Revista, acessando o link "submissão de artigos".

Após a submissão, a Comissão Editorial da Revista irá averiguar se todas as orientações da submissão foram atendidas, e inicializará o processo de publicação do artigo.

A RBGG estimula a adesão ao movimento da Ciência Aberta, por isso sugerimos que os autores participem ativamente, incluindo seus manuscritos em repositórios de preprints;

Temos um perfil no site Publons que favorece a divulgação tanto de periódicos quanto de autores e revisores. Para endossar a RBGG acesse: www.publons.com/journal/35543/revista-brasileira-de-geriatria-e-gerontologia/;

Os manuscritos devem ser originais, destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia e não serem submetidos para avaliação simultânea em outros periódicos.

O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria; os dados dos autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão.

Itens exigidos na submissão: Termo de aceite, página de identificação, direitos autorais, agradecimento, Formulário sobre conformidade com a Ciência Aberta, Checklist preenchido (guias de relato científico) de acordo com o desenho do estudo, Comprovante de aprovação da pesquisa por comissão de ética (nos casos em que se aplica). Em nosso site (www.rbgg.com.br) os autores encontram o modelo padrão de cada documento. Além do documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética.

Mais informações em: www.rbgg.com.br

Avaliação de manuscritos

Os manuscritos que atendem à normalização, conforme orientações, são encaminhados para as fases de avaliação. Para ser publicado, o manuscrito deve ser aprovado nas seguintes fases.

Pré-análise: a avaliação do manuscrito é feita pelos Editores Científicos, tendo como base a originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para as áreas de Geriatria e Gerontologia.

Avaliação por pares externos: os manuscritos selecionados na pré-análise são submetidos à avaliação de especialistas na temática abordada. Os pareceres são analisados pelos editores, para a aprovação ou não do manuscrito. A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é dos editores.

Análise final: fase em que o autor faz os ajustes necessários à publicação do artigo. Nesse processo de editoração e normalização, a Revista se reserva o direito de proceder a alterações no texto de caráter formal, ortográfico ou gramatical antes de encaminhá-lo para publicação.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é sempre dos Editores da RBGG.

Open Review

Em todos os artigos constará o nome do editor responsável pelo manuscrito. Conflito de Interesse

Possíveis conflitos de interesse por parte dos autores também deverão ser mencionados e descritos no “Termo de Responsabilidade”, documento exigido pela RBGG na submissão do artigo.

Taxa de Processamento de artigos (Article Processing Charge – APC)

Publicação

A cobrança tem como objetivo garantir recursos exclusivamente para a produção editorial da RBGG. Para tanto, solicitamos ao autor uma taxa de publicação, que é dividida em duas etapas:

uma parte, a ser paga somente se o manuscrito for aprovado na triagem no valor de R\$200,00 (duzentos reais);

E outra, a ser paga somente após a aprovação final, se o artigo for aceito para publicação, no valor de R\$780,00 (setecentos e oitenta reais).

Os manuscritos poderão ser submetidos nos seguintes idiomas:

Português, Inglês ou Espanhol. Sendo submetido em Inglês ou Espanhol, os autores se comprometem a custear a revisão profissional por empresas autorizadas e indicadas pela RBGG.

Uma vez publicados os artigos em ambas as versões, qualquer leitor poderá ter acesso livre e sem custo à revista on-line completa em nosso site (inclusive na versão mobile) e no site SciELO, tanto na versão em português ou espanhol quanto em inglês, com a possibilidade de ler em ambiente virtual ou baixar os artigos da RBGG em PDF.

Errata do Manuscrito

Para a realização de qualquer alteração no artigo publicado ou nas informações extratexto que compõem o artigo (como nomes, filiação e dados dos coautores, autor de correspondência...) será cobrada uma taxa de R\$ 450,00 por errata. Essa cobrança iniciará a partir da aprovação final do PDF pelos autores.



FACULDADE SÃO FRANCISCO DE BARREIRAS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa:

AVALIAÇÃO DE SAÚDE DOS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE BARREIRAS, BA.

Pesquisador:

Maria Luiza Amorim Sena Pereira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE:

49867715.7.0000.5026

Instituição Proponente: Patrocinador Principal:

DADOS DO PARECER

UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA

Financiamento Próprio **Número do Parecer:** 1.447.3

Apresentação do Projeto:

Contextualização da pesquisa apresentada de forma satisfatória.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa estão apresentados de forma satisfatória.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Item é contemplado de forma adequada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Metodologia apresentada de forma satisfatória.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos Obrigatórios estão adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Continuação do Parecer: 1.447.361

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Resposta
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_492675.pdf	02/02/2016 17:13:17		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETO_Saude_Envelhecimento_UF OB_02_02_16_CEP.pdf	02/02/2016	Maria Luiza Amori	Aceito

Investigador		17:10:26	m Sena Pereira	
Outros	Adequacoes2_CEP_PROJETO_ Saude_ Idoso_Parecer_1336287.pdf	02/02/2016 17:06:46	Maria Luiza Amori m Sena Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/02/2016 16:59:44	Maria Luiza Amori m Sena Pereira	Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	02/04/2015 11:39:23		Aceito

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: **Não**

BARREIRAS, 11 de Março de 2016

Assinado por: Atenuza Pires Cassol
(Coordenador)

Endereço: BR 135 Km 01, nº 2341

Bairro: Boa Sorte ; **CEP:** 47.805-270

UF: BA **Município:** BARREIRAS **Fax:**

(77)3613-8824

Telefone: (77)3613-8854

E-mail: cepfasb@fasb.edu.br