

Perfil sociodemográfico, condiciones de salud y hábitos alimentarios de ancianos seguidos en dispensario geriátrico**Perfil sociodemográfico, condições de saúde e hábitos alimentares de idosos acompanhados em ambulatório geriátrico****Sociodemographic profile, health status and eating habits of aged cared for at a geriatric outpatient clinic****Recibido: 02/10/2018****Aprobado: 01/10/2019****Publicado: 13/05/2019****Hayanny Pires Neto Guimarães¹****Marcia Clara Simões²****Guilherme Rocha Pardi³**

Esta investigación tiene como objetivo evaluar la población de edad avanzada acompañada de una clínica geriátrica de un hospital público de enseñanza, como las características sociodemográficas, de salud y de la conducta alimentaria. Este es un estudio descriptivo cuantitativo de la sección transversal. Desarrollado entre abril y septiembre de 2017, con 105 personas de edad avanzada. La edad media fue de 75,6 años ($\pm 8,8$), predominio de la población femenina, blanca, separados / divorciados / viudos, jubilados, bajo nivel de educación individual / e ingresos, vive con su cónyuge / familia. Menos de un tercio consume bebidas alcohólicas. El ejercicio físico es bajo, y relevante el porcentaje de personas de edad con discapacidades funcionales. Hprevalencia entera de exceso de peso corporal y el riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas. El m principalotivos para las opciones y los hábitos alimentarios fueron: la preferencia / similares; declaración de propiedades saludables y precio / ingresos y, Insuficiente frecuencia diaria de consumo de frutas, verduras y productos lácteos.

Descriptores: Anciano; Atención ambulatoria; Estado nutricional; Conducta alimentaria.

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a população idosa acompanhada num Ambulatório de Geriatria de um hospital público de ensino, conforme aspectos sociodemográficos, condições de saúde e comportamento alimentar. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo. Desenvolvido entre abril e setembro de 2017, com 105 idosos. A média de idade foi de 75,6 anos ($\pm 8,8$), predominância de população feminina, branca, solteira/separada/divorciada/viúva, aposentada, de baixa escolaridade e renda, morando com cónyuge/familiares. Menos de 1/3 consumia bebidas alcoólicas. A prática de exercícios físicos foi baixa, e, relevante o percentual de idosos com incapacidades funcionais. Houve prevalência de excesso de peso corporal e riscos para doenças cardiovasculares e metabólicas. Os principais motivos para escolhas e hábitos alimentares foram: preferência/gostar; alegação de saúde e preço/renda e, a insuficiente frequência diária de consumo de frutas, hortaliças e laticínios.

Descritores: Idoso; Assistência ambulatorial; Estado nutricional; Comportamento alimentar.

This research aims to evaluate the aged population attended in a Geriatric Clinic of a public teaching hospital, according to sociodemographic characteristics, health conditions and feeding behavior. This is a cross-sectional, quantitative, descriptive study, developed from April to September 2017, with 105 older adults. The average age was 75.6 years (± 8.8), predominance of female population, white, single/separated/divorced/widowed, retired, low education and income, living with spouse/family. Less than one third consumed alcoholic beverages. Physical exercise practice was low, and the percentage of older people with functional disabilities was relevant. There was prevalence of excess body weight and risk for cardiovascular and metabolic diseases. The main reasons for eating choices and habits were: preference/like; health claim and price/income and, insufficient daily frequency consumption of fruits, vegetables and dairy products.

Descriptors: Aged; Ambulatory care; Nutritional status; Feeding behavior.

1. Nutricionista. Estudiante de la Residencia Integrada Multidisciplinaria en Salud, Área de Concentración "La atención al estado del paciente crítico" de la Universidad Federal de Uberlândia, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-1306-4428 E-mail: hayanny22@hotmail.com

2. Nutricionista. Maestra y Doctora en Ingeniería Industrial. Post-doctora en Educación Física con énfasis en Cineantropometría y Rendimiento Humano. Profesor del Departamento de Nutrición de la Universidad Federal de Paraná, Curitiba, PR, Brasil. ORCID: 0000-0001-9290-1989 E-mail: marciasimoes64@gmail.com

3. Médico Geriatra. Maestro y Doctor en Medicina Tropical y Enfermedades Infecciosas. Profesor del Curso de Graduación en Medicina de la Universidad Federal de Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-9290-1989 E-mail: guipardi@mednet.com.br

INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida al nacer está aumentando en todo el mundo. Por razones de la caída de las tasas de mortalidad, los avances biotecnológicos y la facilidad de acceso a la información y servicios de salud¹.

La población de edad avanzada se define como uno de los 60 años. Este límite se aplica a los países en desarrollo, como Brasil, llegando a 65 cuando se trata de países desarrollados².

El envejecimiento de la población se ha producido de manera significativa, al ser un fenómeno mundial. En 1950, había unos 204 millones de personas de edad avanzada en el mundo, ya en 1998, este número llegó a 579 millones. Para 2050, las proyecciones indican 1,9 mil millones de personas de edad avanzada, lo que equivale a la población de 0-14 años de edad³.

En Brasil, en 2000, se estimó que la población de edad avanzada correspondió a 15 millones (8,6% de la población total), frente a casi 11 millones en 1991 (7,3% de la población total), y que en 20 años (2020), es de aproximadamente 32 millones de dólares, lo que corresponde a casi el 13% de la población futura y pueden llegar en 2050 a 64 millones de personas (29,7% de la población total), poniéndolo en el sexto lugar entre los países con el mayor contingente de ancianos^{2-4,5}. La región Sur el tiene mayor número de personas de edad (12,7%)⁴.

Negativamente, este envejecimiento de la población brasileña ha ido acompañada de alteraciones progresivas en las actividades funcionales, y la vida diaria (ADL) de los cambios fisiológicos y patológicos, psicológicos y adversidades socioeconómicas que pueden afectar incluso en el estado nutricional de las personas, contribuyendo al aumento de la morbilidad e mortalidad¹⁻⁶.

El envejecimiento en Brasil, a un ritmo más rápido y en un escenario de familia social, industrial, epidemiológica, nutricional y también, crea nuevos retos para la sociedad, incluyendo aumento de la demanda de servicios de salud¹.

Añadido a esta realidad transformaciones nutricionales propios

mientras la tendencia global de la evolución de la desnutrición proteico-energética se redujo, sin embargo, hay un crecimiento del exceso de peso corporal en todos los grupos de edad⁷. La obesidad se establece como un trastorno nutricional asociada con una alta incidencia de enfermedades crónicas (ENT) o enfermedades degenerativas⁸.

En las últimas décadas, la población está aumentando el consumo de alimentos con alta densidad calórica; alta palatabilidad, rica en azúcar, grasa y sodio; bajo poder saciante, y fácil digestión y absorción. Estas características, así como sedentario estilo de vida moderno, cambios de comportamiento con las comidas en un corto período de tiempo y comodidad en el comer, al promover una mayor ingesta de alimentos, lo que contribuye a un desequilibrio de la energía y una mayor incidencia de la obesidad⁹.

En cuanto a las lagunas de conocimiento que se relacionan con la transición nutricional y el envejecimiento, los puntos de estudio nacionales de la importancia de utilizar cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (CFA) para identificar las relaciones entre los patrones de la dieta, la salud y la ocurrencia de eventos específicos en el estado de salud de los ciudadanos¹⁰.

A nivel nacional, la investigación apunta a deficiencias en la dieta de los ancianos en Brasil¹¹. Otro estudio abordó la importancia de la información basada en la población sobre la calidad global de la dieta de enfermería. Las conclusiones se refieren a los subgrupos más vulnerables de las personas mayores a la peor de normas alimentarias y la mala calidad de la dieta, con otros comportamientos no saludables¹². Sin embargo, el desarrollo de la investigación sobre la condición de la energía es necesaria en la población de edad avanzada en entornos no hospitalarios, con el fin de establecer las prioridades y las medidas de ajuste, de acuerdo con las necesidades del contexto específico.

Teniendo en cuenta lo anterior, surgen las preguntas: ¿Cuál es la Sociodemográfico perfil, la salud y la conducta alimentaria los ancianos atendidos en la clínica geriátrica ambulatoria de un hospital universitario en el

Triângulo Mineiro? QHAT las razones principales de la tercera edad para obtener su patrón de hábitos alimenticios? Es en este contexto que el presente trabajo tiene para evaluar los ancianos acompañada en la clínica geriátrica de un hospital público de enseñanza, como las características sociodemográficas, estado de salud y la conducta alimentaria.

MÉTODO

Se trata de un estudio observacional, transversal, enfoque epidemiológico, cuantitativo y descriptivo, realizado entre el 04-septiembre 2017, con los ancianos se ve en la clínica geriátrica de un hospital público de enseñanza, una referencia en alta complejidad para la Salud macrorregión Sur Triângulo de Minas Gerais.

Se consideró cálculo probabilístico de la muestra, sobre la base de las personas que asistieron al servicio en los últimos seis meses, un total de 144 personas de edad avanzada. El cálculo proporciones de la población muestra estimada, teniendo en cuenta la falta de un proporciones priori de interés, ya sea por la literatura o piloto ($\pi \neq 0,5$) con intervalos de confianza del 95% en la proporción estimada de la población y el muestreo de error de 5% ($E=0,05$). Como mínimo muestra final obtenida de 105 personas de edad avanzada.

Si yoncluidos ancianos mayores de 60 años, de ambos sexos, con la asistencia en la Clínica Geriátrica del hospital público de enseñanza. Los ancianos fueron invitados a participar en el estudio, antes de las citas médicas en habitación adecuada. Con el fin de caracterizar la población atendida en la clínica, en general, los que tenían discapacidad auditiva, visual o cognitiva (como el análisis previo de los registros médicos), fueron entrevistados pronunciando la configuración de lectura, de voz y / o soporte de pasajero a contestar el cuestionario.

Las pérdidas se relacionan con los pacientes que no asistieron a las citas médicas, y los que se negaron a participar en esta investigación. No hubo participantes con deterioro cognitivo o demencia en ausencia de sus compañeros, o cuestionarios excluidos en

la tabulación de los datos. Finalmente, se obtuvo la muestra que consiste en 105 personas mayores, 100% de la muestra mínimo inicialmente definido.

Los datos fueron recolectados por instrumento semiestructurado desarrollado por los autores. El instrumento se compone de las siguientes dimensiones: características sociodemográficas y las condiciones de salud, la alimentación de identificación de la conducta, los inventarios de los motivos de la elección y el nivel de los hábitos alimenticios, siendo galardonado con más de una respuesta, y la hoja de ruta para la evaluación del estado nutricional.

En cuanto a las características sociodemográficas, variables que integran el género, la edad, co la piel o la raza / origen étnico autor dijo, Estado civil, nivel educativo, ocupación, ingresos mensual individual, y cómo y con quien vivió en el momento de la encuesta. Ya, las condiciones de salud formados por beber, fumar, ejercicio físico regular, actividades de la vida diaria (AVD) autoreferidas (segundas funciones tales como bañarse, vestirse, ir al baño, comer, paquete la casa, entre otros), el estado nutricional y el uso continuado de medicamentos.

Con el fin de caracterizar el que la alimentación de la conducta de edad avanzada fueron desafiados comidas se llevaron a cabo de forma rutinaria, así como, la aplicación de un cuestionario estructurado sobre la frecuencia de consumo de alimentos y la calidad del alimento que se come (CFCA) - estudio adaptado CFCA ELSA -BRASIL en 2008¹⁰. Estas preguntas se basaron en los últimos tres meses de consumo, incluidos los motivos de la elección y el nivel de los hábitos alimenticios de las personas mayores.

La siguiente dimensión del instrumento correspondió a las mediciones antropométricas, medidos en el momento de la aplicación. Se utiliza para evaluar el estado nutricional de los ancianos, no había las medidas antropométricas: peso corporal y la altura, circunferencia de la cintura (WC) y la pantorrilla (CP) y el Índice de Masa Corporal (IMC).

El índice de masa corporal se calculó utilizando la fórmula: [peso (kg) / altura (m)

2]. El peso real se midió usando portátil balanza digital (EB Camry 9014 con una capacidad de 150 kg y 100 gama g). La altura registró utilizando un estadiómetro vertical de portátil (Avanutri con el artículo antropométrica entre 20-200 cm).

Para determinar el estado nutricional de los ancianos por el IMC, que se adoptaron los criterios recomendados por Lipschitz¹³ (1994). El peso corporal y la altura de postrado en cama y ancianos incapaz de permanecer físicamente en posición vertical para la medición de las medidas se obtuvieron mediante la aplicación de fórmulas validadas estimaciones utilizando mediciones de la circunferencia del brazo (CB) y la rodilla (AJ), de acuerdo con el sexo, color o raza / origen étnico y edad¹⁴.

Circunferencia de la cintura y la pantorrilla se comprobaron con la ayuda de cinta inelástica (Nestlé®, limitado a 150 cm). La circunferencia de la cintura (WC), un predictor de la adiposidad visceral y el riesgo para la enfermedad cardiovascular (CVD) y metabólica, se clasificó de acuerdo a los puntos de corte propuestos por la Organización Mundial de la Salud¹⁵. Se clasifica con un mayor riesgo para las enfermedades cardiovasculares y metabólicas mujeres y hombres con mayor CA o igual a 80 cm y 94 cm, respectivamente, y con mucha mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y las mujeres metabólicas y los hombres con mayor CA o igual a 88 cm y

102 cm, respectivamente. Finalmente, circunferencia de la pantorrilla (CP) con el objetivo de investigar riesgo de desnutrición proteico-energética o sarcopenia y el desarrollo muscular en ancianos, en comparación con valores de referencia ideales establecidos para los ancianos, superiores a 31cm¹⁶,

Los datos se organizan en base de datos, Excel®, por partida doble y la posterior corrección después de la identificación de inconsistencias. Por lo tanto, no era el análisis de datos, y las variables categóricas por frecuencias (absolutas y relativas). Y variando el número de tendencia central y medidas de dispersión (media, mediana y desviación estándar). Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico para el software de Ciencias Sociales (SPSS), versión 21.0. El estudio fue aprobado por la Ética en Investigación de la Universidad Federal de Triángulo Mineiro (CEP-UFTM), con el número: 1.958.434.

RESULTADOS

En las características demográficas de más edad, la edad media era de 75,6 años (DE=8,8), la mediana de 75 años, con un mínimo de 61 y máximo de 99 años. No era predominantemente femenina (68,6%). En cuanto a los ingresos mensuales individuales, más que ganan hasta un salario mínimo (57,1%) (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los ancianos monitoreados en servicio ambulatorio geriátrico de un hospital público de enseñanza. Uberaba, MG, 2017.

Las variables	N	%
Edad (años)		
60 - 79	72	68,6
≥ 80	33	31,4
Sexo		
femenino	72	68,6
masculino	33	31,4
color de la piel o la raza / origen étnico autor dijo		
blanco	59	56,2
Negro / Parda	44	41,9
Amarillo / indígena	2	1,9
estado civil		
Solo (a) Separado (a) / viuda (a) Viuda (a)	66	62,9
Casado (a) doméstico Asociación / pareja (a)	39	37,1
educación		
analfabeto	20	19,0
Enseñanza fundamental	73	65,7
graduado de escuela secundaria o más	12	15,3
ocupación		
Retirado (a) o únicamente frontera	86	81,9
Retirado (a) o retirado y sigue trabajando	10	9,5
No está retirado (a) o pensionado y sigue trabajando	5	4,8
No está retirado (a) o pensionado, que no está funcionando	4	3,8
ingresos		
No tiene ingresos	1	1,0
Incluso un salario mínimo *	60	57,1
1 <a ≤ 3 salarios mínimos	38	36,2
Más de 3 salarios mínimos	6	5,7
Cómo y con quién vivió		
En casa o apartamento con el cónyuge o familiar	93	88,6
En casa o apartamento solo (a) o cuidador	12	11,5

* El salario mínimo en el momento de la recogida de datos fue de R \$ 937,00.

En las condiciones de salud de las personas de edad evaluados (Tabla 2), el estado nutricional, de acuerdo con el Índice de Masa Corporal (IMC), la mayoría tenía exceso de peso corporal (47,6%), con una media de 27,24 kg / m² (DE = 5,5 kg / m²) y la mediana de 26.81 kg / m². La muestra tenía un peso promedio de 65.890 kg (DE=14,10) y mediana de 65.400 kg. Ya, por la altura del cuerpo, 1,55 m promedio (DE=0,10) y la mediana de 1,54 m.

Para la circunferencia de la cintura, con una media de 94,9 cm (DE=12,2) y una mediana de 95,5 cm, existía el riesgo de prevalencia para la enfermedad cardiovascular (CVD) y metabólico (82,8%).

En relación a la circunferencia de la pantorrilla se obtiene el valor promedio de 34.9 cm (DE=4,67) y una mediana de 34,0 cm (Tabla 2).

En cuanto al comportamiento de alimentación (Tabla 3), se puede observar que la mayoría de las personas mayores realizan comidas diarias: desayuno (92,4%), almuerzo (99%), merienda I (87,6%) y la cena (76,2%). Y en el motivos a la elección de alimentos estándar y los hábitos alimentarios, incluidos: la preferencia / sabor (87,6%), declaración de propiedades saludables (78,1%), precio/ ingresos (70,5%), la apariencia (67,6%) y la accesibilidad física (50,5%).

Tabla 2. Características de las condiciones de salud de los ancianos atendidos en la clínica geriátrica ambulatoria de un hospital público de enseñanza. Uberaba, MG, 2017.

Variables	N	%
Bebidas alcohólicas		
sí	29	27,6
no	52	49,5
Ex-alcohólica	24	22,9
Tabaquismo		
sí	8	7,6
no	53	50,5
ex fumador	44	41,9
Ejercicio físico regular		
sí	25	23,8
no	80	76,2
Actividad de vida diaria		
independencia	71	67,6
dependencia parcial	25	23,8
dependencia total	9	8,6
Estado nutricional de acuerdo con el IMC		
bajo peso	16	15,2
eutróficos	39	37,1
El exceso de peso corporal	50	47,6
Circunferencia abdominal		
Adecuado bajo riesgo / de ECV y metabólica	18	17,1
Aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas	25	23,8
Riesgo aumentado considerablemente para las enfermedades cardiovasculares y metabólicas	62	59,0
Circunferencia de la pantorrilla		
Adecuado bajo riesgo / riesgo de desnutrición proteico-energética o la sarcopenia	89	85,6
	15	14,4
Polifarmacia		
sí	55	52,4
no	50	47,6

Tabla 3. El comportamiento de alimentación de los ancianos atendidos en la clínica geriátrica ambulatoria de un hospital universitario en el Triángulo Mineiro, Uberaba, MG, 2017.

las variables	N	%
Comidas diarias *		
Desayuno	97	92,4
Merienda en la mañana	37	35,2
Almuerzo	104	99,0
Merienda I	92	87,6
Merienda II	11	10,5
Cena	80	76,2
Bocado de la tarde	43	41,0
Razones para las opciones y hábitos alimenticios *		
Preferencia / sabor	92	87,6
Apariencia	71	67,6
Precio / ingreso	74	70,5
Declaración de propiedades saludables	82	78,1
aAccesibilidad física	53	50,5
Apetito / inapetências reducidos	27	25,7
Cambios sensoriales	19	18,1
Sentido práctico	26	24,8
Conveniencia	30	28,6
Sin saber las pautas correctas	46	43,8

* Cuestiones no exclusivas mutuamente, con la posibilidad de más de una respuesta

Se observó en la frecuencia de la ingesta alimentaria, una ingesta diaria de grupos de alimentos: fRutas o jugo de fruta natural (57,1%); hortalizas (79,1%); productos lácteos (62,9%); carne y huevos (80%); ejemplo cereales de arroz (92,4%); y legumbres tales como frijoles (85,8%). Tm semanal o menos frecuencia para grupos de consumo de alimentos: raíces y tubérculos; laleaginosas; alimentos fritos; embutidos, conservas, enlatados y congelados; De comida rápida; refrescos o zumos procesados; y pasteles, mermeladas y productos azucarados (Tabla 4).

DISCUSIÓN

Propuesta para evaluar la población de edad avanzada en la asistencia, como características sociodemográficas, hábitos y comportamientos alimentarios. En el perfil sociodemográfico, hubo una prevalencia de ancianos de entre 60 y 79 años, sexo femenino, lo que confirma la descripción que la esperanza de vida de las mujeres (77 años) es mayor que el de los hombres (69 años) en Brasil⁴, siendo blanco, separados viudez single / / divorciada o viuda, y expresivo en los informes de las entrevistas, y un porcentaje importante de la educación analfabeta y bajo ancianos. También se incrementó la expresión de los jubilados o pensionistas, con un ingreso mensual individual de hasta un salario mínimo y vive con su cónyuge o familiar en el momento de la encuesta.

Algunos de estos datos socioeconómicos reafirman interpuesto por la Encuesta Nacional por Muestreo de Domicilios - PNAD¹⁷, en el que las personas mayores eran en su mayoría mujeres de bajos ingresos y la educación, y puede asignar a las características de la empresa y las políticas educativas en la década de 1930 -1950, donde la enseñanza todavía estaba restringida a grupos sociales específicos, y que los hombres tenían más acceso a lá educación que mujeres¹⁸. Similar a la encontrada en otro estudio sobre las condiciones de vida, con 19.882 personas de edad entre 60 y 104 años de diferentes regiones de Brasil, donde las mujeres fueron la mayoría, con bajo nivel de

educación para ambos sexos y familiares ingreso mensual de \$ 1245,01 a R \$ 2490.00, para las personas mayores que viven en 2 a 4 personas, incluyendo la región Sudeste¹.

La mayoría de los pacientes de este estudio vivían con el cónyuge o familiar, siendo entonces la vivienda vulnerables (vivir solo) baja ocurrencia. Coincidente a la encontrada en otros estudios, en el cual, 78,3% vivían con 2-4 personas¹⁹ y 68,7% de los ancianos vivía con un miembro de la familia; la mayoría de los hogares multigeracionales²⁰. Este indica que, con el envejecimiento, hay una preferencia o necesidades mayores que viven ancianos acompañados por cónyuges, familiares y / o amigos por más de cuidado de la salud y los vínculos emocionales protectores de la salud mental.

En cuanto a la salud de la población evaluada, el 27,6% de las personas mayores consumo de alcohol, lo que va en contra de otro estudios¹⁹⁻²¹. A pesar de ser drogas lícitas, un acceso más fácil y el consumo alentado en las relaciones sociales Incluso entre las personas mayores de 60 años, siempre perjudiciales para la salud y, Debe evitarse, especialmente en contra de la polifarmacia frecuente.

En el grupo investigado 52,4% usaran 5 o más medicamentos diferentes en una base diaria, debido a múltiples diagnósticos de enfermedades y problemas de salud, puede, bebida alcohólica, causar efectos adversos o incluso reducir el potencial de acción²¹.

El consumo excesivo de bebidas alcohólicas es un factor de riesgo para las enfermedades y, el exceso de peso, por lo tanto, el etanol es el único fármaco psicoactivo que proporciona energía para el metabolismo del cuerpo, 7,1 calorías por gramo (kcal / g), una fuente de energía intermedia con respecto a proteínas y carbohidratos (4,0 kcal / g) y lípidos (9,0 kcal / g)²².

Consumo de tabaco en este estudio fue baja, sin embargo, la presentación de informes sustancial de los exfumadores. Estos datos están en contra de un 11,7% de los fumadores en un estudio con la población anciana de la región sudeste brasileña¹⁹ y 10,2% de fumadores com 18 años o más en Brasil²³.

Tabla 4. Frecuencia de la ingesta de alimentos en ancianos atendidos en la clínica geriátrica ambulatoria de un hospital universitario en el Triángulo Mineiro, Uberaba, MG, 2017.

Grupos de alimentos	La frecuencia de consumo de alimentos							
	Más de 3 veces / día n (%)	2-3x / día n (%)	1x / día n (%)	A 5-6 veces / semana n (%)	2-4x / semana n (%)	1x / semana n (%)	1-3x / mes n (%)	Nunca / rara vez n (%)
A - Fruta o jugo de fruta natural	2 (1,9)	38 (36.2)	20 (19.0)	12 (11.4)	27 (25.7)	1 (1,0)	3 (2,9)	2 (1,9)
B - Vegetales	1 (1,0)	48 (45.7)	34 (32.4)	9 (8,6)	10 (9.5)	1 (1,0)	1 (1,0)	1 (1,0)
C - Raíces y tubérculos	0 (0)	4 (3,8)	6 (5,7)	10 (9.5)	57 (54.3)	21 (20.0)	5 (4,8)	2 (1,9)
D - Semillas oleaginosas	0 (0)	0 (0)	2 (1,9)	0 (0)	4 (3,8)	2 (1,9)	7 (6,7)	(85.7)
E - Productos lácteos	2 (1,9)	38 (36.2)	26 (24.8)	6 (5,7)	19 (18.1)	4 (3,8)	4 (3,8)	6 (5,7)
F - Carne y huevos	0 (0)	55 (52.4)	29 (27.6)	9 (8,6)	10 (9.5)	2 (1,9)	0 (0)	0 (0)
G - Cereales (arroz)	1 (1,0)	62 (59.0)	34 (32.4)	6 (5,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1,9)
H - Legumbres (frijoles)	1 (1,0)	55 (52.4)	34 (32.4)	7 (6,7)	7 (6,7)	0 (0)	0 (0)	1 (1,0)
I - Frituras	0 (0)	1 (1,0)	3 (2,9)	4 (3,8)	26 (24.8)	23 (21.9)	31 (29.5)	(16.2)
Salchichas, alimentos enlatados, conservas y congelados	0 (0)	0 (0)	4 (3,8)	3 (2,9)	33 (31.4)	15 (14.3)	16 (15.2)	34 (32.4)
K - Comida rápida	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1,9)	5 (4,8)	29 (27.6)	69 (65.7)
L - Refrescos o jugos industrializados	1 (1,0)	6 (5,7)	12 (11.4)	8 (7,6)	20 (19.0)	12 (11.4)	22 (21.0)	24 (22.9)
M - Dulces, mermeladas y productos del azúcar	0 (0)	3 (2,9)	13 (12.4)	3 (2,9)	19 (18.1)	17 (16.2)	29 (27.6)	21 (20.0)

La práctica de ejercicio regular fue baja, aunque hay un predominio de la independencia de la capacidad funcional como la ADL. Similar a la identificada por otros estudios¹⁹⁻²¹, donde una minoría de personas de edad avanzada practican alguna actividad física. Dado los beneficios que el ejercicio regular puede proporcionar este público, se destaca la importancia de las instituciones de educación superior y los departamentos de salud a promover acciones e intervenciones en la comunidad en este sentido.

Es preocupante el considerable porcentaje de personas mayores con alguna dependencia de la capacidad funcional de la ADL, también informó de un 20,6% de los ancianos otra investigación¹⁹. La calidad de vida en la vejez está estrechamente relacionado con la independencia y autonomía para llevar a cabo las AVDs²⁴. Envejecimiento de la población requiere de alternativas que permitan la permanencia activa de las personas mayores en la sociedad.

En cuanto al estado nutricional, según el IMC, con un promedio de 27.24 kg / m² (\pm 5,5 kg / m²), la mayoría había exceso de peso corporal, lo que refuerza la disminución de la desnutrición en las últimas décadas y, a cambio, el crecimiento del exceso de peso y la obesidad en todos los grupos de edad, los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, que son las principales causas de muerte entre los adultos y los ancianos actualmente⁷. En otro estudio²⁵, la población de ancianos tenían sobrepeso (15,1%) y obesos (26,6%), con un promedio de 27.52 kg / m² (\pm 4,84 kg / m²) y otra búsqueda, en donde 58,8%²¹ y 46,5%²⁶ ancianos tuvieron exceso de peso corporal.

De acuerdo con la Asociación Brasileña de Obesidad - ABESO, el aumento de la obesidad se produce en las comidas más pobres y menos educadas, probablemente debido al bajo costo de los alimentos de alta densidad energética, así como factores tales como la disminución de hecho en casa; aumento de la "comida rápida" como en cadenas de comida rápida y el mayor tamaño de las porciones "normales", lo que lleva a un aumento de contenido calórico de las comidas⁹.

Para hacer frente a esta situación, se hace necesaria la ampliación de las acciones intersectoriales que se dirigen a los determinantes de la salud y la nutrición. Y la promoción de una alimentación adecuada y saludable en el Sistema Único de Salud (SUS).

Había una alta prevalencia de riesgo de trastornos metabólicos CVD y, de acuerdo con la evaluación de la circunferencia abdominal, con un promedio 94,9cm (\pm 12,2cm). El exceso de grasa visceral y el peso en general se asocia con una alta incidencia de NCD y mortalidad²⁷. Situación que también se en otros estudios^{25,26}.

El riesgo de desnutrición proteico-energética o sarcopenia presentado en esta población es baja en la evaluación de la circunferencia de la pantorrilla, con una media de 34,9 cm (\pm 4.67 cm) y una mediana de 34,0 cm de ambos sexos. Datos similares se encontró en otro estudio, en el que las 44 mujeres de edad avanzada, siete (15,9%) mostraron CP menos de 31 cm²⁸.

Con respecto a la conducta de alimentación, se observó que la mayoría de las personas mayores realizan cuatro comidas al día: desayuno, almuerzo, merienda y cena. I estuvieron a la altura de las recomendaciones de los "Diez pasos para una alimentación saludable para las personas mayores", el Ministerio de salud², a saber: tres comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) y 2 meriendas saludables. Resultados similares a los encontrados en el otro estudio¹⁹.

Entre los principales motivos declarados por los ancianos por sus elecciones de alimentos y los hábitos alimentarios norma, son: preferencia o como el alimento; la declaración de propiedades saludables; precios de los alimentos o los ingresos mensuales; la apariencia; y la accesibilidad física a adquirir. Razones también encontraron en un estudio de los patrones de compra de los ancianos consumidores de sur de Minas Gerais²⁹, donde, factores económicos, tales como el precio de los alimentos, la calidad nutricional y declaración de propiedades saludables, el sabor, la apariencia y temas culturales aparecen como atributos importantes para la elección de alimentos. El poder es más que la ingesta de

nutrientes, lo que debería mejorar las prácticas alimenticias culturales, sociales y económicos⁷.

El comportamiento de alimentación de los ancianos también fue evaluada por un consumo de alimentos cualitativa cuestionario de frecuencia, como el estudio nacional muestra la importancia de la utilización de cuestionarios de frecuencia de consumo alimentario (CFCA) para identificar las relaciones entre los patrones dietéticos, la salud y la ocurrencia de eventos específicos en el estado salud de la población, tales como las enfermedades cardiovasculares y diabetes¹⁰.

La cultura alimentaria de las personas mayores en esta investigación, se caracteriza como un poder tradicional, lo que el consumo diario de alimentos frescos y menos frecuentemente procesado y ultraprocesados ricos azúcares, aditivos grasas, sodio y alimentos, riesgo de NCD como hipertensión sistémico mellitus tipo 2 diabetes y enfermedades cardiovasculares. De acuerdo con las recomendaciones para la comida adecuada y saludable presente en la "Guía de Nueva alimentos para la población brasileña"⁷, sugiere que se prefieren los alimentos perecederos, dando prioridad a los de origen vegetal. Y, los alimentos que se utilizan en pequeñas cantidades transformadas, y las ultraprocesados evitarse.

A pesar del consumo diario de fruta o zumo de frutas naturales, vegetales y productos lácteos, que se encuentra a sí mismo de baja frecuencia ingesta diaria de estos grupos de alimentos, para el consumo a menudo 2 o más veces al día allí por sólo 38,1%, 46,7% y 38,1% de los ancianos en general, respectivamente, por debajo de los valores recomendados para toda la población de edad avanzada de 3 o más porciones al día durante tres grupos².

Estudio para evaluar el poder del municipio paulista de ancianos también encontró promedio de porciones diarias de frutas, verduras y leche y productos ingeridos, por debajo del mínimo recomendado, lo que indica la necesidad de educación nutricional y fomentar el consumo de estos grupos

alimentarios para personas de la tercera edad³⁰.

Se encontró todavía baja ingesta del grupo de carne o huevos, en una ingestión semanal o menos frecuente en un 20% de la población, con la recomendación de que una porción de carne roja, aves de corral, pescado o huevos², grupo fuente de alimento de aminoácidos esenciales para, entre otras funciones, el mantenimiento de la masa muscular esquelética, el cual decae con el proceso de envejecimiento fisiológico.

El consumo de aceite resultó poco común entre las personas mayores, por lo tanto, el 85,7% de la muestra nunca o casi nunca se consume, posiblemente debido a que son alimentos que no son parte de la cultura alimentaria de la población de edad avanzada en el sureste de Brasil.

Algunos de estos datos cualitativos sobre la ingesta de alimentos por CFCA, reafirman traída por outra investigación¹⁹, que, en el análisis de alimentos encuentra a menudo el bajo consumo de los grupos de alimentos de frutas / verduras, leche / lácteos y la carne.

Hubo consumo diario de los grupos de alimentos de cereales, como el arroz y legumbres, como los frijoles, la mayoría de las personas mayores, de acuerdo con las recomendaciones diarias de consumo de arroz y frijoles todos los días o al menos 5 veces semana, por ser un plato brasileño con la combinación completa de aminoácidos esenciales².

Sin consumo diario de comidas rápidas ha sido registrado, nunca informes de consumo o casi nunca el 65,7% de las personas mayores en general es. El consumo de los grupos de alimentos de la fritura, los embutidos, las conservas, enlatados, congelados y dulces, mermeladas y otros productos azucarados en la frecuencia de 1 vez por semana o menos, lo que demuestra que estos grupos de alimentos que no son parte de la rutina de alimentación de esta población.

Sin embargo, hubo un alto porcentaje de personas mayores con el consumo diario y semanal de refrescos o jugos industrializados, ricos en azúcares, sodio y aditivos

alimentarios que pertenecen al grupo de los alimentos ultraprocesados que debe ser evitado o se consume como máximo dos veces a la semana².

CONCLUSIÓN

El estado nutricional de los ancianos evaluado, había una alta prevalencia de sobrepeso y el riesgo para los trastornos de CVD y metabólicas, sin embargo, bajo riesgo de desnutrición proteico-energética o sarcopenia.

En cuanto al comportamiento de comer, se encontró que realizar cuatro comidas diarias. Es el principal motivos a la elección de alimentos, preferencia o gusto de los alimentos consumidos, la declaración de propiedades saludables, el precio o el ingreso, la apariencia y la accesibilidad física a la alimentación. Esto se debe a la El poder es más que la ingesta de nutrientes, y también establece retrata las dimensiones culturales, sociales y económicos.

Con la CFCA fue posible delinear y hacer un seguimiento del consumo diario de fRutas o zumo natural de fruta, verduras, productos lácteos, carne o huevos, cereales, legumbres, sin embargo, sobre una base diaria insuficiente para frutas, verduras y productos lácteos. Tm o menos tasa de consumo semanal raíces y tubérculos leaginosas, alimentos fritos, embutidos, enlatados, conservados y congelados, comida rápida, refrescos y jugos procesados, dulces, mermeladas y productos azucarados. Por lo tanto, Se necesitan mejoras en los alimentos, con especial atención a la necesidad de aumentar la frecuencia diaria de consumo de frutas, verduras y productos lácteos. Destacando la importancia de la política de fomento de una mejor nutrición en los ancianos.

Algunas limitaciones de este estudio merecen mención: el sesgo de la memoria de los participantes en la encuesta como las respuestas a la CFCA cualitativa, nNo obstante, su velocidad y facilidad de administración y bajo costo hace que sea un método de referencia para la evaluación del consumo de alimentos; aspectos de la Cruz enfoque de búsqueda, donde no existe la posibilidad de establecer la temporalidad de

los factores asociados y la limitación de la interpretación en relación con el papel causal de las asociaciones; el uso de IMC para evaluar el estado nutricional de los ancianos, a fin de no predecir la distribución de la grasa corporal y la masa grasa no diferenciar la masa magra, pero bastante contenido utilizado para producir información básica de las variaciones físicas de los individuos, lo que permite la clasificación grados en la nutrición, y es una ejecución no invasivo, de bajo costo, fácil y rápido, con buena correlación con los indicadores de morbilidad y mortalidad y recomendado por la Organización Mundial de la Salud debido a su comodidad y accesibilidad.

Teniendo en cuenta esto y el envejecimiento de la población real, que tiene repercusiones en el ámbito social y sanitario, y las políticas públicas, se recomienda la creación de alternativas a la permanencia de las personas mayores en la sociedad con autonomía e independencia, la disponibilidad de servicios de salud para satisfacer las nuevas demandas, la seguridad, la seguridad social y las políticas públicas que aborden adecuadamente las necesidades de esta población. De lo contrario, el envejecimiento de la población brasileña podría caer a reflejar un grave problema social.

En este contexto, el reconocimiento de las condiciones sociodemográficas, salud y alimentación de los ancianos, que se presentan en este documento, puede añadir a otras investigaciones sobre el tema, lo que ayuda a identificar a los grupos vulnerables con la necesidad de mejorar la asistencia sanitaria. En este mismo escenario, todavía puede contribuir al desarrollo e implementación de programas y políticas públicas en la regiónbuscadoPero también a través de programas de intervención, contribuir a la salud, producción y difusión del conocimiento científico.

REFERENCIAS

1. Melo NCV, Ferreira MAM, Teixeira KMD. Condições de vida dos idosos no Brasil: uma análise a partir da renda e nível de escolaridade. Oikos (Viçosa): família e sociedade em debate [Internet]. 2014 [citado

- 08 may 2018]; 25(1):4-19. Disponible en: <https://oikos.ufv.br/index.php/oikos/article/view/154>
2. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009 [citado 01 may 2018]. 36p. Disponible en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_saudavel_idosa_profissionais_saude.pdf
3. Andrews GA. Los desafíos del proceso de envejecimiento en las sociedades de hoy y del futuro. In: Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad: ponencias presentadas al Seminario técnico [Internet]; 1999; Santiago de Chile. Santiago de Chile: CELADE; 2000 [citado 08 may 2018]. p. 247-56. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7074/S00080711_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [citado 01 may 2018]. 141p. Disponible en: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050: revisão 2008. Rio de Janeiro; IBGE; 2008 [citado 01 may 2018]. Disponible en: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/default.shtm
6. Santos ACO, Machado MMDO, Leite EM. Envelhecimento e alterações do estado nutricional. Geriatr Gerontol. [Internet]. 2010 [citado 30 abr 2018]; 4(3):168-75. Disponible en: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/2010-4.pdf#page=52>
7. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira [Internet]. 2ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [citado 01 ago 2018]. 156p. Disponible en: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira.pdf
8. Tomasi E, Nunes BP, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Piccini RX, et al. Utilização de serviços de saúde no Brasil: associação com indicadores de excesso de peso e gordura abdominal. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 [citado 05 ago 2018]; 30(7):1515-24. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2014000801515&script=sci_arttext&tln g=es
9. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade [Internet]. 4ed. São Paulo: ABESO; 2016 [citado 01 may 2018]. 186 p. Disponible en: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fcc403e5da.pdf>
10. Mannato LW, Pereira TSS, Velasquez-Melendez G, Cardoso LO, Benseñor IM, Molina MCB. Comparison of a short version of the Food Frequency Questionnaire with its long version – a cross sectional analysis in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA Brasil). São Paulo Med J. [Internet]. 2015 [citado 01 may 2018]; 133(5):414-20. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802015000500414
11. Fisberg RM, Marchionil DML, Castro MA, Verly Junior E, Araújo MC, Bezerra IN, et al. Ingestão inadequada de nutrientes na população de idosos do Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. Rev Saúde Pública [Internet]. 2013 [citado 01 may 2018]; 47(1):222-30. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47s1/08.pdf>
12. Assumpção D, Domene SMA, Fisberg RM, Barros MBA. Qualidade da dieta e fatores associados entre idosos: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 [citado 01 may 2018]; 30(8):1680-94. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/v30n8/0102-311X-csp-30-8-1680.pdf>

13. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care* [Internet]. 1994 [citado 01 may 2018]; 21(1):55-67. Disponível en: <http://europepmc.org/abstract/med/8197257>
14. Chumlea WC, Roche AF, Steinbaugh ML. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *J Am Geriatr Soc*. [Internet]. 1985 [citado 08 may 2018]; 33(2):116-20. Disponível en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1532-5415.1985.tb02276.x> DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1985.tb02276.x>
15. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation [Internet]. Geneva: WHO; 2000 [citado 09 oct 2018]. 252p. (WHO Obesity Technical Report Series, 284). Disponível en: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/
16. Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME, Rolland Y, Guigoz Y, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. [Internet]. 2006 [citado 01 may 2018]; 10:456-465. Disponível en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17183418>
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado 01 may 2018]. 30p. Disponível en: <https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000275.pdf>
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2002 [citado 01 may 2018]. Disponível en: <https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>
19. Santos AS, Damião R. Perfil de saúde da população idosa dos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba-Minas Gerais. Uberaba, MG: Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2014. cap. 25. Município de Uberaba; p. 319-31.
20. Santos AS, Silveira RE, Sousa MC, Monteiro T, Silvano CM. Perfil de saúde de idosos residentes em um município do interior mineiro. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Internet]. 2012 [citado 01 may 2018]; 1(1):80-90. Disponível en: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/300/280>
21. Lobo LB, Lima RC, Souza MCC. Polifarmácia entre os idosos de Dourados, Mato Grosso do Sul: um estudo de base populacional [Internet]. [Dissertação]. Dourados, MS: Universidade Federal da Grande Dourados/UFGD; 2015 [citado 02 abr 2018]. 75p. Disponível en: [http://files.ufgd.edu.br/arquivos/arquivos/78/MESTRADO-DOCTORADO-CIENCIAS-SAUDE/27.06.15%20TESE%20LIGIA%20\(PT%20\)%20defesa.pdf](http://files.ufgd.edu.br/arquivos/arquivos/78/MESTRADO-DOCTORADO-CIENCIAS-SAUDE/27.06.15%20TESE%20LIGIA%20(PT%20)%20defesa.pdf)
22. Silva ABJ, Oliveira AVK, Silva JD, Quintaes KD, Fonseca VAS, Nemer ASA. Relação entre consumo de bebidas alcoólicas por universitárias e adiposidade corporal. *J Bras Psiquiatr*. [Internet]. 2011 [citado 02 may 2018]; 60(3):210-5. Disponível en: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n3/10.pdf>
23. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado 02 may 2018]; 160p. Disponível en: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-brasil-2016.pdf>
24. Rocha SV. Condição de saúde autorreferida e autonomia funcional entre idosos do nordeste do Brasil. *Rev APS*. [Internet]. 2010 [citado 02 may 2018]; 13(2):170-4. Disponível en: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/551>
25. Moretto MC, Tadoni MI, Neri AL, Guariento ME. Associations among self-reported

diabetes, nutritional status, and socio-demographic variables in community-dwelling older adults. *Rev Nutr.* [Internet]. 2014 [citado 05 may 2018]; 27(6):653-64. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v27n6/1415-5273-rn-27-06-00653.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-52732014000600001>

26. Santos RKF, Vital AVD. Perfil nutricional de idosos: relação obesidade e circunferência da cintura após sessenta anos. *Rev Saúde.com* [Internet]. 2014 [citado 04 abr 2018]; 10(3): 254-62. Disponible en: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/310>

27. Pereira IFS, Spyrides MHC, Andrade LMB. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado 09 oct 2018]; 32(5):1-12. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n5/1678-4464-csp-32-05-e00178814.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00178814>

28. Salmaso FV, Vigário OS, Mendonça LMC, Madeira M, Netto LV, Guimarães MRM, et al. Análise de idosos ambulatoriais quanto ao estado nutricional, sarcopenia, função renal e densidade óssea. *Arq Bras Endocrinol Metab.* [Internet]. 2014 [citado 09 oct 2018]; 58(3):226-31. Disponible en:

<http://www.scielo.br/pdf/abem/v58n3/0004-2730-abem-58-3-0226.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0004-2730000002580>

29. Almeida IC, Guimarães GF, Rezende DC, Sette RS. Hábitos alimentares da população idosa: padrões de compra e consumo. In: VIII SEMEAD Seminários em Administração [Internet]; 2010; São Paulo. São Paulo: USP; 2010 [citado 10 abr 2018]. p. 1-17. Disponible en: <http://sistema.semead.com.br/13semead/resultado/trabalhosPDF/867.pdf>

30. Malta MB, Papini SJ, Corrente JE. Avaliação da alimentação de idosos de município paulista: aplicação do Índice de Alimentação Saudável. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2013 [citado 09 oct 2018]; 18(2):377-84. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/09.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000200009>

CONTRIBUCIONES

Hayanny Pires Netto Guimarães participó en la concepción, diseño, recopilación y tabulación, análisis e interpretación de datos, redacción y revisión crítica. **Márcia Clara Simões** y **Guilherme Rocha Pardi** contribuido a la concepción y diseño del estudio, análisis de resultados y revisión crítica.

Como citar este artículo (Vancouver)

Guimarães HPN, Simões MC, Pardi GR. Perfil sociodemográfico, condiciones de salud y hábitos alimentarios de ancianos seguidos en dispensario geriátrico. *REFACS* [Internet]. 2019 [citado el *insertar día, mes y año de acceso*]; 7(2):186-199. Disponible en: *insertar link de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.

Como citar este artículo (ABNT)

GUIMARÃES, H. P. N.; SIMÕES, M. C.; PARDI, G. R. Perfil sociodemográfico, condiciones de salud y hábitos alimentarios de ancianos seguidos en dispensario geriátrico. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 7, n. 2, p. 186-199, 2019. DOI: *insertar link del DOI*. Disponible en: *insertar link de acceso*, acceso el: *insertar día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Guimarães, H.P.N., Simões, M.C. & Pardi, G.R (2019). Perfil sociodemográfico, condiciones de salud y hábitos alimentarios de ancianos seguidos en dispensario geriátrico. *REFACS*, 7(2), 186-199. Recuperado en: *insertar día, mes y año de acceso* de *insertar link de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.