

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

## **Hábitos Alimentares de Idosos Pertencentes a grupo de convivência**

DIONARA SIMONI HERMES VOLKWEIS

Passo Fundo

2013

DIONARA SIMONI HERMES VOLKWEIS

Hábitos Alimentares de Idosos Pertencentes a grupo de convivência

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientador:  
Eliane Lucia Colussi  
Coorientador:  
Lia Mara Wibelinger

Passo Fundo

2013

CIP – Catalogação na Publicação

---

V922hVolkweis, Dionara Simoni Hermes

Hábitos alimentares de idosos pertencentes a grupo de convivência/ Dionara Simoni Hermes Volkweis. – 2013.  
105f. : il.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –  
Universidade de Passo Fundo, 2013.

Orientadora: Profa. Eliane Lucia Colussi.

Coorientadora: Profa. Lia Mara Wibelinger.

1. Idosos – Programas de saúde. 2. Idosos – Nutrição. 3. Qualidade de vida. I. Colussi, Eliane Lucia, orientadora. II. Wibelinger, Lia Mara, coorientadora. III. Título.

CDU:613.98

## ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



### ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DA ALUNA

#### DIONARA SIMONI HERMES VOLKWEIS

Aos vinte dias do mês de março do ano dois mil e treze às dez horas, realizou-se, na Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, a sessão pública de defesa da Dissertação: "Hábitos alimentares de idosos pertencentes a grupo de convivência", apresentada pela mestranda Dionara Simoni Hermes Volkweis, que concluiu os créditos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Envelhecimento Humano. Segundo os encaminhamentos do Conselho de Pós-Graduação (CPG) do Mestrado em Envelhecimento Humano e dos registros existentes nos arquivos da Secretaria do Programa, a aluna preencheu todos os requisitos necessários para a defesa. A banca foi composta pelos professores doutores Eliane Lucia Colussi - orientadora e presidente da banca examinadora (UPF), Lia Mara Wibelinger, Rosângela Ferigollo Binotto e Ana Carolina Bertolotti De Marchi. Após a apresentação e a arguição da dissertação, a banca examinadora considerou a candidata **APROVADA**, em conformidade com o disposto na Resolução Consun Nº 07/2010.

A banca recomenda a consideração dos pareceres, a realização dos ajustes sugeridos e a divulgação do trabalho em eventos científicos e em publicações.

Encerrados os trabalhos de defesa e proclamados os resultados, eu, Profª. Drª. Eliane Lucia Colussi, presidente, dou por encerrada a sessão pela banca.

Passo Fundo, 20 de março de 2013.

  
Profª. Drª. Eliane Lucia Colussi  
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora

  
Profª. Drª. Lia Mara Wibelinger  
Coordenadora - UFF / FEPF

  
Profª. Drª. Ana Carolina Bertolotti De Marchi  
Universidade de Passo Fundo - UPF

  
Profª. Drª. Rosângela Ferigollo Binotto  
UPF / FEPF

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho ao meu esposo, amor da minha vida Paulo Ricardo, por ter me apoiado e me incentivado, sendo companheiro de todas as horas, entendendo a necessidade da dedicação exclusiva ao mestrado, dizer-lhe que estamos finalizando juntos mais uma etapa de nossas vidas e com tamanha alegria de estar carregando em meu ventre a nossa filha Laura. Aos meus pais, Reneu e Fátima pelo apoio constante, incentivando-me a lutar sempre pelos meus objetivos, amo vocês. À minha coorientadora e amiga, Dra. Lia MaraWibelinger, obrigada por ter aparecido na minha vida, e me ajudado a ter calma e conseguir desenvolver meu trabalho, te adoro.

## AGRADECIMENTOS

Como já dizia Willian Shakespeare: “agradecer é o único tesouro dos humildes”.

Agradeço a Deus misericordioso, que me guiou, me protegeu, durante todos estes anos, viajando sozinha até Passo Fundo e por ter colocado pessoas maravilhosas em meu caminho.

Ao meu esposo, Paulo Ricardo, por compartilhar todos os meus momentos (tristeza, aflição e alegrias) pelo apoio, pela compreensão, dedicação e paciência.

Aos meus pais, Reneu e Fátima, que me amam, me incentivam sempre a lutar pelos meus ideais. Tenham certeza de que todas as minhas conquistas e vitórias são nossas, pois sem vocês não seria nada neste mundo. O meu esforço, o meu trabalho, é todo dedicado a vocês.

À minha irmã Daniela, meu cunhado Marcos e meu sobrinho e afilhado Nicolás, agradeço pelo vínculo de amor, pela amizade, pela torcida para que eu sempre tivesse aprovação em minhas atividades, projetos.

Agradeço à minha amiga e colega professora Dra. Rosangela Ferigollo Binotto, por me ajudar e incentivar na busca do título de mestre em envelhecimento humano.

À minha orientadora Dra. Eliane Lúcia Colussi, pela confiança no meu potencial.

À minha coorientadora Dra. Lia Mara Wibelinger, pelo carinho, pela disponibilidade constante e pelo apoio e dedicação, pois sempre que liguei, encaminhei e-mail, mensagem, retornou-me, com brevidade, ajudando-me a responder todas as minhas dúvidas/questionamentos. Você, Lia, é nota 1000.

Agradeço ao meu cunhado Everton, minha cunhada Cintya, que estiveram ao meu lado me incentivando e me acolhendo em sua casa, por todo este tempo de estudo.

Agradeço à Rita, secretária do mestrado, que sempre esteve dedicada a todos os mestrandos, enviando e reenviando e-mails com comunicados importantes. Obrigada, amiga, você é nota dez.

De forma muito especial, agradeço as minhas colegas da Universidade Regional Integrada, Camila e Ophélia, pois, ajudaram-me muito na finalização da dissertação. A

Camila por me ajudar a colocar a estrutura do trabalho dentro do template e a Ophélia por corrigir com muita dedicação a ortografia.

Em especial agradeço, aos diretores e colegas da Universidade Regional Integrada – URI/FW e aos gestores da Prefeitura Municipal de Frederico Westphalen, pela confiança e pela liberação sempre que precisei para me deslocar a Passo Fundo para os estudos no mestrado.

A VOCÊS, O MEU MAIS SINCERO “MUITO OBRIGADA”.

Dionara Simoni Hermes Volkweis

## EPÍGRAFE

Tem sempre presente que a pele se enrugua, o cabelo embranquece, os dias

convertem-se em anos...

Mas o que é importante não muda;

a tua força e convicção não têm idade.

O teu espírito é como qualquer teia de aranha.

Atrás de cada linha de chegada, há uma de partida.

Atrás de cada conquista, vem um novo desafio.

Enquanto estiveres viva, sente-te viva.

Se sentes saudades do que fazias, volta a fazê-lo.

Não vivas de fotografias amarelecidas...

Continua, quando todos esperam que desistas.

Não deixes que enferruje o ferro que existe em ti.

Faz com que em vez de pena, te tenham respeito.

Quando não conseguires correr através dos anos, trota.

Quando não conseguires trotar, caminha.

Quando não conseguires caminhar, usa uma bengala.

Mas nunca te detenhas!!!

Madre Teresa de Calcutá



## RESUMO

Volkweis, Dionara Simoni Hermes. Hábitos alimentares de idosos pertencentes a grupo de convivência. 2013. 105 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2013.

O prolongamento da expectativa de vida tem gerado sérias preocupações quanto à maneira com que esta população está envelhecendo. O envelhecimento bem sucedido tem sido associado aos hábitos alimentares saudáveis, práticas de atividades físicas e, conseqüentemente, a melhores padrões de saúde. Hábitos alimentares errôneos compõem os excessos de peso, devendo ser prevenidos e orientados. Neste contexto, objetivou-se avaliar os hábitos alimentares dos idosos pertencentes a grupo de convivência, bem como comparar os hábitos nos diferentes gêneros e caracterizar as condições sociodemográficas e de saúde. Foram avaliados 221 idosos, sendo 149 do sexo feminino e 72 do sexo masculino, ambos responderam ao questionário de frequência alimentar (QFA) que constou de perguntas sobre a ingestão alimentar, e, após, os alimentos foram agrupados em fibras, carboidratos, proteínas, lipídeos e vitaminas e o questionário de avaliação, contendo dados de identificação, sócio-demográfico e de saúde. Ao analisar a amostra estudada em relação aos hábitos alimentares e quando comparado com os gêneros observou-se que os lipídeos são os alimentos ingeridos com maior frequência pelos idosos e as fibras e vitaminas foram os grupos alimentares que os idosos menos consomem, e quanto à caracterização sócio-demográfica e de saúde, a maioria dos entrevistados é do sexo feminino, casada, católica, com renda até um salário mínimo, não praticante de atividade física, não consultam com nutricionista, hipertensa e usuária de medicamento. Ainda, podemos concluir que os dados devem servir para desencadear um programa de controle alimentar desta população que está ingerindo excesso de gordura saturada na alimentação, o que pode comprometer um processo de envelhecimento bem sucedido.

Palavras-chave: 1. Envelhecimento. 2. Idoso. 3. Consumo Alimentar. 4. Nutrição do Idoso. 5. Educação em Saúde

## ABSTRACT

Volkweis, Dionara Simoni Hermes. Eating habits of elderly participating in support group. 2013. 105 f. Thesis (MA in Human Aging) - University of Passo Fundo, Passo Fundo, 2013.

The extension of life expectancy have generated serious concerns about the way in which this population is envelhecendo. O successful aging has been associated with healthy eating habits, physical activity practices and consequently the best health standards. Eating habits make erroneous excess weight and should be advised and guided. In this context, the objective was to assess the dietary habits of the elderly belonging to group living, habits and compare the different genres and characterize the sociodemographic and health conditions. We evaluated 221 elderly, 149 females and 72 males, both answered the food frequency questionnaire (FFQ) that consisted of questions about food intake, and after, the foods were grouped into fibers, carbohydrates, proteins, lipids and vitamins and evaluation questionnaire, containing identification data, socio-demographic and health. By analyzing the sample in relation to food habits and compared with the genera observed that lipids are the foods eaten most often by the elderly and fiber and vitamins were the food groups that the elderly consume less, and as the characterization socio-demographic and health, most of the respondents are female, married, Catholic, with an income below the poverty level, non-practicing physical activity, do not consult with a nutritionist, and hypertensive drug user. Still, we can conclude that the data should be used to trigger a control program that feed this population are eating too much saturated fat in the diet, which can compromise a process of successful aging.

Key words: 1. Aging. 2. Elderlys. 3. Food Consumption. 4. NutritionElderly. 5. Health Education.

## LISTA DE TABELAS

### PRODUÇÃO CIENTÍFICA I

Tabela 1 –Amostra total ..... **Erro! Indicador não definido.**21

Tabela 2 - Distribuição por Gênero feminino e masculino ..... 21

Tabela 3 -Comparação entre os gêneros.....22

### PRODUÇÃO CIENTÍFICA II

**Nenhuma entrada de índice de ilustrações foi encontrada.**

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

QFA - Questionário de Frequência Alimentar

DCNT- Doença Crônica não transmissível

SPSS –StatisticalPackage for the Social Sciences

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

POF – Pesquisa de Orçamento Familiar

EFI - Ensino Fundamental Incompleto

EFC - Ensino Fundamental Completo

EMI - Ensino Médio Incompleto

EMC - Ensino Médio Completo

ESC - Ensino Superior Completo

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

DM – Diabetes Mellitus

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>PRODUÇÃO CIENTÍFICA I</b>	<b>17</b>
	<b>HÁBITOS ALIMENTARES EM IDOSOS</b>	<b>17</b>
2.1	<i>Introdução</i>	18
2.2	<i>Materiais e Métodos</i>	19
2.3	<i>Resultados</i>	21
2.4	<i>Discussão</i>	22
2.5	<i>Considerações Finais</i>	26
	<i>Referências</i>	27
<b>3</b>	<b>PRODUÇÃO CIENTÍFICA II</b>	<b>31</b>
	<b>CARACTERIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS</b>	<b>31</b>
3.1	<i>Introdução</i>	32
3.2	<i>Metodologia</i>	33
3.3	<i>Resultados</i>	34
3.4	<i>Discussão</i>	36
3.5	<i>Conclusão</i>	40
	<i>Referências Bibliográficas</i>	41
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>45</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>47</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>54</b>
Anexo A.	<i>Parecer Comitê de Ética</i>	55
Anexo B.	<i>Comprovante de submissão de artigo</i>	57
Anexo C.	<i>Comprovante de submissão do Artigo - Caracterização das condições de saúde de idosos</i>	59
	<b>APÊNDICES</b>	<b>61</b>
Apêndice A.	<i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	62
Apêndice B.	<i>Projeto de pesquisa</i>	65

## 1 INTRODUÇÃO

Há cerca de um século, países europeus e asiáticos vivenciam o envelhecimento de sua população. No Brasil, não é diferente, porém esta percepção sobre o envelhecimento foi, recentemente percebida, há pouco mais de 50 anos. Tal fenômeno vem a modificar a composição das populações em território brasileiro e mundial. Estima-se que os idosos contabilizem números acima do que as crianças nascidas e, por consequência do aumento da expectativa de vida, cresce, também, o número de idosos mais velhos, ou seja, pessoas com 80 anos ou mais, que estão aos poucos alterando a composição etária da população idosa no país (IBGE, 2010).

O aumento da população idosa trouxe consigo um fenômeno conhecido como a feminização da velhice, o que se torna mais um ponto importante do envelhecimento brasileiro e mundial. O Brasil, assim como em diversos países, segue esta tendência que, comprovada em diversas pesquisas tem mostrado que mais da metade das pessoas idosas são do sexo feminino. As mulheres, também, lideram, notavelmente, o grupo das mais idosas, onde esta proporção do contingente feminino é mais expressiva quanto mais idoso for o segmento, ou seja, quanto maior a idade, mais mulheres existem. Esta diferença pode ser observada pelo alto índice de mortalidade nos homens (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; BATISTA et al., 2008; IBGE, 2008).

A alimentação é fundamental para o desenvolvimento do ser humano, desde antes do nascimento até o fim de seus dias. O estado nutricional do idoso corresponde ao reflexo de sua vida passada, em que vários fatores afetam o estado nutricional e, automaticamente, a sua vida. Sabe-se que o padrão alimentar de um indivíduo segue critérios que variam de hábitos alimentares e socioculturais nele inculcados desde criança, até crenças e preceitos religiosos. Hábitos, gostos e aversões são solidificados nos primeiros anos de vida e carregados até a idade adulta, em que alterações são difíceis e enfrentam resistências (VELLOZO, 2009).

---

O envelhecimento afeta, diretamente, o estado nutricional do indivíduo por todas as alterações que ocorrem no organismo, tais como diminuição dos botões gustativos, redução do olfato e da visão, diminuição da secreção salivar e gástrica, falha na mastigação (pela ausência de dentes ou próteses impróprias), constipação intestinal, devido à redução da motilidade (GARCIA, ROMANI e LIRA, 2007).

Com o aumento da expectativa de vida, há mudanças nas condições de saúde da população idosa, com o aumento de doenças crônico-degenerativas, morbidade, incapacidade funcional e mortalidade. Ocorrendo um impacto sobre as famílias, nas formas de cuidado formal e informal e sobre o sistema de saúde (PARAHYBA E SIMÕES, 2006).

Um dos fatores envolvidos na maior expectativa de vida é o hábito nutricional adequado, pois as necessidades nutricionais do idoso são influenciadas por numerosos fatores, tais como: estado geral de saúde, alterações na capacidade de mastigar e digerir os alimentos e de absorver e aproveitar os nutrientes, modificações no sistema endócrino e alterações no estado emocional e na saúde mental (OLIVEIRA, 2006).

A alimentação é um processo que envolve não somente o ato de comer, mas os mais variados fatores que se influenciam uns aos outros, vinculados às questões de ordem social, econômica, familiar, ambiental, psicológica, física e funcional (DONINI; SAVINA; CANNELLA, 2003). Comporta abordagens que vão desde os aspectos relativos a políticas de uso da terra e produção, distribuição e comercialização dos alimentos até a escolha coletiva e/ou individual do que, com quem, onde, como comer, preferências, rejeições, atitudes, práticas alimentares, hábitos, desejos, prazeres, cuidados com a saúde, dietas, ideais de beleza corporal, lembranças, finitude, alegrias e tristezas (MENEZES et al., 2010). Nesse contexto, deve-se dar uma atenção especial à nutrição, pois o envelhecimento produz mudanças fisiológicas importantes que afetam a necessidade de ingestão de certos nutrientes, assim como a vontade e o prazer em se alimentar (DONINI; SAVINA; CANNELLA, 2003).

O estado nutricional dos idosos tem se modificado nos últimos anos, o que pode ser explicado pelo alto consumo alimentar de calorias provenientes de gorduras, principalmente de origem animal, açúcar e alimentos refinados, em detrimento de outros

---

nutrientes de baixa densidade energética como as frutas e verduras, bem como pela forma de obtenção e preparo dos alimentos (MARQUES, 2005).

Segundo Pfrimer e Ferriolli (2008), o hábito alimentar do idoso não é determinado somente por preferências ou mudanças fisiológicas, mas também, por questões de integração social como solidão, isolamento social, acesso ao transporte e condição financeira. Estes fatores predisõem o idoso à falta de preocupação consigo, fazendo com que se alimente de maneira inadequada em termos de quantidade e qualidade. Esta modificação no comportamento alimentar pode afetar a adequação de nutrientes ao organismo dos idosos e colocá-los em risco de má nutrição.

Entre as questões que norteiam o presente estudo, as principais foram saber quais são os hábitos alimentares dos idosos e caracterizar as condições de saúde desses indivíduos. Para tanto, esta dissertação está apresentada na seguinte forma: a introdução pontua questões de revisão de literatura, abordando conceitos referentes ao assunto em questão; duas publicações científicas, um artigo e um capítulo de livro, quais sejam: “Hábitos alimentares em idosos” e “Caracterização das condições de saúde dos idosos,” pertencentes a um grupo de convivência do Município de Frederico Westphalen (RS), onde ambos discutem os achados da pesquisa desenvolvida. Contudo, devido aos resultados encontrados, outras produções serão geradas, posteriormente, vindo a complementar esta pesquisa. Após, seguem as considerações finais da dissertação, nas quais se descrevem, de forma abrangente, as conclusões, bem como as recomendações e sugestões para trabalhos futuros.



## HÁBITOS ALIMENTARES EM IDOSOS

Dionara Volkweis<sup>1</sup>  
Vinícius Dal Molin<sup>2</sup>  
Lia Mara Wibelinger<sup>3</sup>  
Eliane Lúcia Colussi<sup>4</sup>

**Resumo:** Com o aumento da população no Brasil, torna-se importante conhecer os hábitos alimentares dos mesmos, para que este envelhecimento possa acontecer com maior qualidade de vida possível. Objetivo: caracterizar os hábitos alimentares de uma população geriátrica participante de um grupo de convivência. Métodos: foram avaliados 221 idosos, sendo 149 do sexo feminino e 72 do sexo masculino, sendo que ambos responderam o questionário de frequência alimentar, que constou de perguntas, e após os alimentos foram agrupados em fibras, carboidratos, proteínas, lipídeos e vitaminas. Resultados: ao analisar a amostra estudada em relação aos hábitos alimentares, observou-se que os lipídeos são os alimentos ingeridos com maior frequência pelos idosos, e quando relacionado ao gênero foi possível verificar que os lipídeos são os alimentos mais ingeridos em ambos os gêneros e as fibras e vitaminas foram os grupos alimentares que os idosos menos ingerem. Conclusão: os dados devem servir para desencadear um programa de controle alimentar desta população que está ingerindo excesso de gordura na alimentação, o que pode comprometer um processo de envelhecimento bem sucedido.

**Palavras-chave:** Envelhecimento. Idosos. Consumo Alimentar. Nutrição do Idoso. Educação em Saúde.

**Abstract:** With the growing of the population in Brazil, knowing their eating habits becomes important, so they can age with the best quality of life as possible. Objective: Characterize the eating habits of a geriatric population participant in a living group. Method: 221 elders have been rated, 149 being female, and 72 male, both replied the food frequency survey, which consisted of questions, and then the foods have been grouped as fibers, carbohydrates, proteins, lipids and vitamins. Results: By analyzing the sample in relation to food habits observed that lipids are the foods most commonly eaten by the elderly, and when related to gender we found that lipids are the food eaten in both genders and fiber and vitamins were the food groups that the elderly eat less. Conclusion: The data should serve to initiate a diet control program with this population that is ingesting too much fat in the diet, which can compromise a process of successful aging.

**Keywords:** Aging. Elderly. Food Consumption. Nutrition Elderly. Health Education.

---

<sup>1</sup> Nutricionista, Mestranda em Envelhecimento Humano-UPF.

<sup>2</sup> Acadêmico do Curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo – RS;

<sup>3</sup> Fisioterapeuta. Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo –RS.

<sup>4</sup> Historiadora. Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano/UPF.

## 2.1 Introdução

O aumento da população idosa, as suas características e seus problemas de saúde determinam a necessidade de se buscar compreender os fatores que afetam o hábito alimentar e o estado nutricional desse grupo etário (MAHAN, LK.; ESCOTT-STUMP, 2002; SHILS ME, et al., 2003).

O envelhecimento afeta, diretamente, o estado nutricional do indivíduo por todas as alterações que ocorrem no organismo, tais como a diminuição dos botões gustativos, redução do olfato e da visão, diminuição da secreção salivar e gástrica, falha na mastigação (pela ausência de dentes ou próteses impróprias), constipação intestinal devido à redução da motilidade (GARCIA ANM; ROMANI SAM; LIRAPI, 2007).

Segundo Pfrimer e Ferrioli (2008), o hábito alimentar do idoso não é determinado somente por preferências ou mudanças fisiológicas, mas também, por questões de integração social como solidão, isolamento social, acesso ao transporte e condição financeira. Estes fatores predisõem o idoso à falta de preocupação consigo, fazendo com que se alimente de maneira inadequada em termos de quantidade e qualidade. Esta modificação no comportamento alimentar pode afetar a adequação de nutrientes ao organismo dos idosos e colocá-los em risco de má nutrição.

Conforme Relvas (2006), a alimentação do idoso requer muita atenção, pois suas funções normais se alteram sejam as condições internas de seu corpo ou as relacionadas aos contextos externos do ambiente, que modificam os seus hábitos. O estado nutricional do idoso corresponde ao reflexo de sua vida passada, em que vários fatores afetam o estado nutricional e, automaticamente, a sua vida. Sabe-se que o padrão alimentar de um indivíduo segue critérios que variam de hábitos alimentares e socioculturais nele inculcidos desde criança, até crenças e preceitos religiosos. Hábitos, gostos e aversões são solidificados nos primeiros anos de vida e carregados até a idade adulta, em que alterações são difíceis e enfrentam resistências (VELLOZO, 2009).

---

O presente estudo teve como objetivo principal caracterizar os hábitos alimentares de uma população idosa, participantes de grupos de convivência no Município de Frederico Westphalen (RS).

## *2.2 Materiais e Métodos*

O presente estudo é quantitativo, descritivo e analítico. A população foi composta por 221 indivíduos de ambos os gêneros, sendo 149 do sexo feminino e 72 do sexo masculino, sendo o tamanho da amostra (n) estimado para uma proporção com um nível de significância ( $\alpha$ ) de 5% e determinando um erro amostral de 5% da população. A técnica de amostragem é aleatória simples. Cabe ressaltar, que a população inicial foi composta de 260 indivíduos e devido a erros na coleta de dados, 39 desses foram despresados em função da idade ser inferior a 60 anos.

Para seleção da amostra foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, conforme definição de idoso preconizada pela OMS para países em desenvolvimento (NAJAS, 1994), com capacidade para responder as questões e que participassem do grupo de convivência estudado.

Os idosos interessados em participar do estudo assinaram e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas e coletas dos dados foram realizadas nas dependências dos grupos de terceira idade do Município de Frederico Westphalen –RS. Primeiramente, foi preenchido um questionário de avaliação, contendo dados de identificação do indivíduo, indicadores sócio-demográficos e clínicos; em seguida, realizou-se a aplicação do Questionário de Frequência Alimentar (QFA), validado por FISBERG et al., 2007.

O QFA é o método mais utilizado para mensurar a dieta pregressa, pois tem a capacidade de discriminar a frequência do consumo alimentar habitual por um determinado tempo. Além disso, é um instrumento de fácil aplicabilidade e baixo custo, o que viabiliza sua utilização em estudos populacionais para obter dados sobre o hábito

alimentar e correlacionar esse consumo com as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), (WILLETT, 1998; SLATER; VOCI; GALANTE, 2010).

Para visualizar o hábito alimentar dos idosos, os alimentos registrados no questionário de frequência alimentar foram reunidos por grupos alimentares: carboidratos, lipídeos, proteínas, fibras e vitaminas, sendo que os lipídeos foram representados no estudo por meio dos seguintes alimentos: salgados fritos, pizza, polenta frita, carne boi, carne porco, bacon, linguiça, embutidos, peixe e frango fritos, leite integral, queijos, salada de maionese, ovos, batata frita, óleos e azeites, maionese, molhos para saladas, manteiga, margarina, chocolates e sobremesas.

Os carboidratos foram representados pelos alimentos: salgados assados e fritos, macarrão, panqueca, pizza, polenta, arroz branco, arroz integral, batata, salada de maionese, farinha de mandioca, farofa, aveia, pães, biscoitos, bolos, sanduíche, chocolates, doces, sobremesas, açúcar, mel, melado, refrigerante, cerveja, sucos industrializados.

As proteínas foram representadas pelos alimentos: carne de boi, carne de porco, carne de frango e peixe, leites, embutidos, linguiça, queijos, ovos, feijão, lentilha, feijoadada, iogurte.

As vitaminas foram representadas no estudo pelos alimentos: suco natural, abacate, laranja, banana, maçã, pera, melão, melancia, mamão, alface, tomate, cenoura, abobrinha, rúcula, chuchu, pepino, acelga, agrião, couve, couve-flor, brócolis, repolho.

As fibras foram representadas pelos alimentos: suco natural, laranja, maçã, pera, melão, melancia, mamão, goiaba, cenoura, abobrinha, pepino, rúcula, agrião, couve, brócolis, espinafre, repolho, couve-flor, acelga, aveia, arroz integral, macarrão integral, biscoitos e pães integrais. Através desses alimentos foi possível visualizar, estatisticamente, os grupos alimentares que os idosos ingerem com maior frequência.

Os dados foram analisados através do programa estatístico SPSS 15 e, ainda, através dos aplicativos Microsoft Excel 2007.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Passo Fundo, sob o número 626/2011, que atende à resolução da CNS 196/96.

### 2.3 Resultados

A tabela 1 apresenta os resultados da amostra total participante do estudo.

Tabela 1-Amostra Total

	<b>Porcentagem</b>
<b>Carboidratos</b>	19%
<b>Vitaminas</b>	18%
<b>Proteínas</b>	20%
<b>Lipídeos</b>	31%
<b>Fibras</b>	12%

Fonte: VOLKWEIS, D. S. H., 2012.

A tabela 1 demonstra que os indivíduos da amostra utilizam na sua alimentação diária uma elevada quantidade de lipídeos, seguida, também, de alta quantidade na ingestão de proteínas e carboidratos. As fibras e as vitaminas foram os grupos alimentares menos consumidos pelos idosos, estes que são de extrema importância, pois os idosos necessitam de quantidades adequadas desses grupos alimentares associados à ingestão hídrica, a fim de evitar a obstipação, uma queixa comum entre os indivíduos nesta faixa etária, melhor controle da glicemia e do colesterol.

Tabela 2 - Distribuição por Gênero Feminino e Masculino

	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>
<b>Fibras</b>	16%	17%
<b>Vitaminas</b>	18%	18%
<b>Proteínas</b>	19%	20%
<b>Carboidratos</b>	19%	21%
<b>Lipídeos</b>	28%	24%

Fonte: VOLKWEIS, D. S. H., 2012.

A tabela 2 representa a distribuição dos grupos alimentares por gênero. O feminino ingere, no seu dia a dia, mais lipídeos, em seguida ficam com alta ingestão os carboidratos e proteínas, e o masculino teve uma ingestão maior de lipídeos e, também, proteínas. Seguida de alta quantidade de carboidratos. Grupos alimentares de alto valor

energético devem ser ingeridos com moderação. Justifica-se tal resultado, devido ao alto consumo de alimentos com alto teor energético e alta quantidade destes na ingestão diária.

A tabela 3 apresenta os resultados da comparação de ambos os gêneros em relação aos hábitos alimentares.

Tabela 3 - Comparação entre os gêneros

	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>p-value</b>
<b>Carboidratos</b>	257	115	0,615
<b>Fibras</b>	218	100	0,792
<b>Proteínas</b>	259	119	0,199
<b>Lipídeos</b>	378	135	0,000*
<b>Vitaminas</b>	252	106	0,041*

\*Significativo

Fonte: VOLKWEIS, D. S. H., 2012.

É possível observar que, somente em relação ao consumo de lipídeos e vitaminas, existem resultados, estatisticamente, significativos.

Todos os alimentos X Sexo p-value = 0,106 não significativo.

#### 2.4 Discussão

Pickering (2004) ressalta que dentre os principais fatores da fragilidade nos idosos, o estado nutricional e a nutrição são parâmetros predominantes para uma melhor avaliação de seu estado de saúde.

O estado nutricional expressa o grau no qual as necessidades fisiológicas por nutrientes estão sendo alcançadas, para manter a composição e funções adequadas do organismo, resultando do equilíbrio entre ingestão e necessidade de nutrientes. As alterações do estado nutricional contribuem para aumento da morbimortalidade. (ACUNÃ K; CRUZ T., 2004).

Uma dieta balanceada é considerada condição fundamental para prevenção e, até mesmo, cura de várias doenças. Do ponto de vista nutricional, essa deve conter carboidratos, proteínas e lipídeos em proporções e quantidades adequadas que atendam às necessidades funcionais e plásticas do organismo (LANCHA Jr AH, 2002).

---

As sociedades modernas e industrializadas parecem convergir em um hábito alimentar com alto conteúdo de gorduras saturadas, colesterol, açúcar, carboidratos refinados, baixo teor de ácidos graxos insaturados e de fibras, padrão denominado “dieta ocidental” e ligado ao aumento de vida sedentária. Esta característica, observada nas sociedades de alta renda, também, verifica-se, em proporção crescente, na população de baixa renda, resultando no incremento da obesidade e no surgimento de DCNT (SANTANA, 2001; PASCOAL et al., 2002).

Ao analisar a amostra total estudada e os diferentes gêneros em relação aos hábitos alimentares, observou-se que os lipídeos são os alimentos ingeridos com maior frequência. Ao relacionar aos diferentes gêneros, observou-se que, somente o consumo de vitaminas e de lipídeos apresentou diferenças, estatisticamente, significativas.

As fibras alimentares proporcionam benefícios sobre o trânsito gastrointestinal e sobre os níveis séricos de colesterol e glicemia (SLAVIN JL, 2004; DAVY BM, DAVY KP, Ho RC, BESKE SD, DAVRATH LR, MELBY CL, 2002). Recomenda-se, ainda, aos idosos, maior ingestão de hidratos de carbono complexos (fibras) (PAPALÉO Neto M; CARVALHO Filho ET; SALLES RFN. 2002).

O efeito da idade sobre o hábito alimentar não se dá, linearmente, isto é, indivíduos adolescentes e idosos possuem uma maior inadequação de consumo de fibras alimentares do que indivíduos adultos e crianças (Evans A, Booth H, Cashel K. Sociodemographic determinantsofenergy, fatanddietaryfibreintake in Australianadults. Public Health Nutr, 2000).

Alguns estudos mostram que idosos consomem menos alimentos ricos em fibras por estarem expostos a barreiras mecânicas, como, por exemplo, não possuir arcada dentária completa o que dificulta a mastigação dos alimentos, especialmente daqueles com alto teor de fibras (HUNG HC, WILLETT W, ASCHERIO A, ROSNER BA, RIMM E, JOSHIPURA KJ, 2003). O que vai de encontro a este estudo que, ao analisar a amostra total, encontrou nas fibras o tipo de alimentação menos consumido.

O consumo de fibras junto com uma ingestão hídrica adequada previne a constipação, favorece um melhor controle da glicemia e do colesterol e reduz o risco de algumas neoplasias. O aporte de carboidratos deve constituir, no mínimo, 50% do valor

---

calórico total e a quantidade mínima diária indispensável deve ser de 150g; já as fibras, encontradas em frutas e verduras, devem oscilar entre 20 a 30g diárias, sendo 10-13g/1.000 kcal (DURGANTE P; MILANI R., 2007).

Alimentos ricos na fração fibra devem ser consumidos diariamente. Eles beneficiam o trânsito intestinal, amenizando o quadro de constipação intestinal apresentado por grande parte dos indivíduos idosos, caracterizando-se como uma condição prevalente e de morbidade importante na população geriátrica e que pode acarretar várias complicações, como incapacitação fecal (fecaloma), complicações hemorroidárias, risco de fístula anal, câncer de cólon, obstrução intestinal e até perfuração do cólon (RAMOS LR., 2003).

O aumento significativo na ingestão de gordura e açúcar e a diminuição do consumo de fibras e carboidratos complexos nesta fase de vida ocasionam um estado nutricional inadequados (PENA M; BACALLAO J. 2000).

Najas (1994), analisando o padrão de consumo alimentar de 283 idosos, sendo 46% do sexo masculino e 54% do sexo feminino, agrupados em três regiões, por ordem crescente de nível socioeconômico, verificou que, do grupo dos alimentos energéticos, o pão e o arroz foram os mais citados, com diferenciação de consumo por região. Enquanto o arroz foi menos consumido na região III, o pão foi na região I, de menor poder aquisitivo (NAJAS, MS, et al. 1994).

A baixa ingestão de proteína tem sido associada com comprometimento da massa magra, da resposta imune e da função muscular, bem como do aumento da perda óssea. Aconselha-se, para o idoso saudável, uma ingestão protéica de 0,9-1,1g/kg de peso. As necessidades protéicas aumentam em relação à gravidade e duração da maioria das principais doenças crônicas que aparecem na terceira idade (MUÑIZ CM, MARTINEZ CV, COS BLANCO AI. 2004).

Segundo Sachs (2002), as proteínas contribuem com 10 a 20% do total de energia diária, e o restante (80 a 90%) deve ser distribuído entre gorduras e carboidratos. Alimentos muito gordurosos podem não ser boas fontes de minerais e micronutrientes, cerca de 30-40% da energia total não protéica deve ser obtida da ingestão de gordura, sendo 7 a 10% gordura saturada, 10% de gordura poli-insaturada e



---

o restante gordura monoinsaturada (MARCHINI JS, FERRIOLI E, MORIGUTI JC., 1998). O que concorda com o presente estudo que encontrou boa quantidade de ingestão de proteína, pela amostra estudada e, também, quando se compararam os diferentes gêneros.

Abreu (2003), avaliando 183 idosos, encontrou uma ingestão de carboidratos abaixo de 60% em 42% das pessoas, 45,2% ingeriram de 60% a 70% e, cerca de, 12,8% tiveram uma alta ingestão de carboidratos, acima de 70%.

A alimentação adequada, para os idosos, deve constar de uma alimentação equilibrada com proteínas, vitaminas, e sais minerais; com baixo teor de gordura; rica em fibras; moderada em sal e açúcar; conter líquidos; e serem efetuadas em menor quantidade, mas em maior número de vezes ao dia de refeição; de fácil digestão; com aspectos agradáveis; respeitar seus hábitos adquiridos ao longo de sua vida (RODRIGUES, 2000).

Estudos apontaram que, no último século, o consumo de gorduras aumentou em torno de 67% e de açúcar em 64%. O alto consumo de gorduras, em destaque a gordura saturada, trans e colesterol estão comprovadamente ligados a incidência de doenças cardiovasculares, bem como ao alto consumo de açúcar, conforme divulgado pela última Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), que constatou um desequilíbrio entre os alimentos disponíveis no domicílio devido à presença excessiva de açúcar. Segundo o POF, realizado entre 2002 e 2003, o teor de sacarose presente na dieta é de, aproximadamente, 14% da energia total disponível, enquanto que o recomendável é, no máximo, 10% para uma população adulta e saudável.

A ingestão de verduras, frutas e legumes também reduziu em 26% e o consumo de fibra alimentar em 18% (POF, 2002 e 2003). De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, um adulto saudável deve ingerir, diariamente, 50 gramas de proteínas, ou seja, cerca de um bife bovino grande para suprir a demanda protéica. Uma ingestão abaixo do recomendado faz com que o organismo reduza sua própria massa protéica corporal, como resposta imediata, induzindo o desenvolvimento de uma futura desnutrição (WAITZBERG, 2009).

---

Ainda, no nível mais distal, a associação dos hábitos alimentares e o sexo se mostram bastante controversa. Porém, na maioria dos achados há uma tendência de que as mulheres apresentam uma frequência mais elevada de adequação de consumo de fibras alimentares (BLACKWELL, et al. 2005; RAMOS, 2003). As mulheres se mostraram-se mais preocupadas com o controle do peso e com a saúde em geral e consomem maior quantidade de frutas e vegetais. Entretanto, estudo realizado por (BLACKWELL, et al. 2005), demonstrou que, devido ao consumo de feijão ser, significativamente, maior entre os homens e este ser o alimento com maior teor de fibras alimentares consumidas pela população avaliada, a inadequação de consumo de fibras alimentares entre os homens torna-se menor quando comparada à das mulheres.

No presente estudo, constatou-se que as vitaminas e as fibras foram o grupo alimentar que os idosos menos ingerem, estes grupos alimentares são de suma importância nesta fase da vida. Não há dados científicos de que as necessidades vitamínicas diminuam com a idade, assim, pode-se afirmar que as pessoas idosas necessitam de todas as vitaminas da mesma forma que quando mais jovens, em especial a vitamina A, as vitaminas do complexo B e a vitamina C. A melhor maneira de assegurar o aporte de vitaminas diário, está na dieta variada, colorida.

### *2.5 Considerações Finais*

Ao analisar os resultados observou-se que na amostra total as fibras e as vitaminas são os alimentos menos ingeridos, isso ocorre devido ao consumo diário reduzido de frutas, legumes, verduras, carboidratos complexos; o que concorda com Hunget et al. (2003), que, em estudos com idosos, mostraram que o consumo de fibras é diminuído nessa fase da vida por estarem expostos a barreiras mecânicas, como, por exemplo, não possuir a arcada dentária completa. E, quando diferenciado por gêneros, o estudo apresenta alta incidência na ingestão de lipídeos, em ambos os sexos, resultados estes que vão ao encontro do que diz Pascoal et al. (2002), que as sociedades modernas e industrializadas, bem como a de baixa renda estão ingerindo alto conteúdo de gorduras saturadas, colesterol, ácidos graxos insaturados, resultando em aumento de peso

(obesidade) e o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis. Já, quando comparados os diferentes gêneros, verificou-se que houve diferenças, estatisticamente significativas, em relação às fibras, vitaminas e lipídeos, pois o consumo de fibras e vitaminas é baixo e, nesta fase da vida a ingestão adequada de todos os grupos alimentares é de suma importância, é necessário respeitar os hábitos e condições dos idosos, assim oferecendo uma alimentação variada, de fácil digestão e com aparência agradável.

Contudo, tem-se a necessidade de desenvolver estratégias de promoção da saúde a esses indivíduos, tendo a educação nutricional como uma das prioridades, a fim de orientar e incentivar a população idosa à prática de uma alimentação saudável com qualidade, quantidade, adequação e harmonia, promovendo uma melhor longevidade.

#### *Referências Bibliográficas*

ABREU, W.C. *Aspectos socioeconômicos, de saúde e nutrição, com ênfase no consumo alimentar, de idosos atendidos pelo Programa Municipal da terceira Idade (PMTI), de Viçosa – MG*. Minas Gerais, 2003. 81 f. (Tese de Doutorado, Ciências da Nutrição) - Universidade Federal de Viçosa.

ACUNÃ, K.; CRUZ, T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* v. 48. n.3.p.345-358, 2004.

BLACKWELL, R.D.; MINIARD, P.; ENGEL, J.F. *Comportamento do Consumidor*. 9.ed. São Paulo: Thomson, 2005.

DAVY, B. M.; DAVY, K. P.; HO R. C.; BESKE, S. D.; DAVRATH, L. R.; MELBY, C. L. High-fiber oat cereal compared with wheat cereal consumption favorably alters LDL-cholesterol subclass and particle numbers in middle-aged and older men. *Am J Clin Nutr.* V.76. n. 2. p. 351-8, 2002.

DURGANTE, P.; MILANI, R. Recomendações Dietéticas e Nutrientes Necessários para a Manutenção da Saúde no Processo do Envelhecimento. In: Busnello F. *Aspectos Nutricionais do Processo do Envelhecimento*. Porto Alegre: Atheneu, 2007.p. 67-78.

EVANS, A.; BOOTH, H.; CASTEL, K. Sociodemographic determinants of energy, fat and dietary fibre intake in Australian adults. *Public Health Nutr.* v. 3. n. 1. p. 67-75, 2000.

FISBERG, R. M.; SLATER, B.; MARCHIONI, D. M. L. et al. *Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas*. 1. ed. São Paulo: Manole, 2007.

GARCIA, A. N. M.; ROMANI, S. A. M.; LIRA, P. I. C. Indicadores antropométricos na avaliação nutricional de idosos: um estudo comparativo. *Revista de Nutrição*, Campinas, n. 20.v. 4. p. 371-378, 2007.

HUNG, H.C.; WILLET, W.; ASCHERIO, A.; ROSNER, B. A.; RIMM, E.; JOSHIPURA, K.J. Tooth loss and dietary intake. *J Am Dent Assoc.* v. 134. n. 9. p. 1185-92, 2003.

LANCHA, Jr. A. H. *Nutrição e metabolismo aplicados à atividade motora*. São Paulo: Atheneu, 2002.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. *Krause: Alimentos, nutrição e dietoterapia*. Traduzido por FAVANO, A. 10. ed. São Paulo: Roca, 2002.

MARCHINI, J.S.; FERRIOLI, E.; MORIGUTI, J.C. Suporte nutricional no paciente idoso. In: SIMPÓSIO: NUTRIÇÃO CLÍNICA, 1998, Ribeirão Preto. *Anais do Simpósio de Nutrição Clínica*. Ribeirão Preto: medicina, 1998. p. 54-61.

MUÑIZ, C. M.; MARTINEZ, C. V.; COS BLANCO, A. I. Medicina, Alimentación en el anciano. In: Candela CG, Fernández JMR. (Coord.) *Manual de recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos*. Barcelona: Novartis, 2004, parte II, cap. 1, p. 99-108.

NAJAS, MS. Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidade urbana da Região Sudeste, Brasil. *Revista Saúde Pública*, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 11/08/2012.

PAPALÉO, Neto M.; CARVALHO, Filho E.T.,; SALLES, R. F. N. Fisiologia do envelhecimento. In: Papaléo Neto M, Carvalho Filho ET. *Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2002. p.43-62.

PFRIMER, K; FERRIOLI, E. Fatores que interferem no Estado Nutricional do Idoso. In: Vítolo, M. R. *Nutrição da gestação ao envelhecimento*. Rio de Janeiro: Rubio, 2008, pág. 459-460.

---

PICKERING, G. *Frail Elderly nutritional status and drugs*. Arch. Gerontol. Geriatr. n.38, p. 174-180, 2004.

VELLOZO, EP. *Envelhecimento: transição alimentar e doenças nutricionais*. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/pforum/nue3.htm>>. Acesso em 15/05/2012.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2003000300011&lng=pt&nrm=iso&userID=-2](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000300011&lng=pt&nrm=iso&userID=-2)>. Acesso em 30/04/2012.

RELVAS, K.; MENDONÇA, P. S. M. *Hábitos de compra e consumo alimentar de idosos nas cidades de São Paulo, Porto Alegre, Goiânia, Recife*. Mato Grosso do Sul, 2006. 124 p. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2006.

RODRIGUES, R. A. P.; DIOGO, M. J. D. E. *Como cuidar dos idosos*. 3.ed. Coleção Viva Idade. Rio de Janeiro: Papirus, 2000.

SACHS, Anita. Diabetes Mellitus. In: CUPPARI, Lílian (coord.). *Guia de Nutrição: nutrição clínica no adulto*. Barueri: Manole, 2002. Cap. 8, p. 151-165.

SANTANA, C. M. Aspectos clínicos na prática geriátrica. In: Pereira CU, Andrade Filho AS. *Neurogeriatria*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.p.43-50.

SCHLINDWEIN, M. M.; KASSOUF, A. L. *Mudanças no padrão de consumo de alimentos tempo-intensivos e de alimentos poupadores de tempo, por região no Brasil*. v. 2. Brasília: Ipea, 2007.

SHILS, M. E.; OLSON, J.A.; SKIKE, M.; ROSS, C. *Tratado de Nutrição Moderna na Saúde e na Doença*. 9.ed. v.1. São Paulo: Manole, 2003.

SLATER, B.; VOICI, S.; GALANTE, A. P. Inquéritos dietéticos. In: SILVA, S.M.C.S.S.; MURA, J. D. P. *Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia*. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010.

SLAVIN, J. L. *Whole grains and human health*. Nutrition Research Reviews. 2004;17:99-110.

WAITZBERG, D. L. *Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica*. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. v.1 e 2.

WILLETT, W. C. *Nutritional Epidemiology*. 2.ed. New York: Oxford University Press, 1998.

### 3 PRODUÇÃO CIENTÍFICA II

#### CARACTERIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS

Dionara Volkweis<sup>1</sup>  
Vinícius Dal Molin<sup>2</sup>  
Aline Morás Borges<sup>3</sup>  
Thais Soder<sup>4</sup>  
Lia Mara Wibeling<sup>5</sup>  
Eliane Lúcia Colussi<sup>6</sup>

Resumo: Os idosos constituem a população que mais cresce no Brasil. Uma das maiores preocupações é em relação às condições de saúde com as quais esta população está envelhecendo, tanto nos aspectos físicos, quanto sociais, emocionais, culturais e econômicos. Baseado nisso é que nos propomos a caracterizar as condições de saúde de idosos pertencentes a um grupo de convivência. Metodologia: O presente estudo é quantitativo, descritivo e de cunho transversal. E envolveu os grupos de convivência de um município do interior do Rio Grande do Sul. Fizeram parte da amostra 221 idosos. Sendo 149 do sexo feminino e 72 do sexo masculino. Resultados: a maioria dos entrevistados é do sexo feminino, casada, católica, com renda até um salário mínimo, não praticante de atividade física, hipertensa e usuária de medicamentos. Conclusão: gerar ações preventivas para que esta população envelheça com mais saúde, sem comprometer a capacidade funcional.

---

<sup>1</sup>Nutricionista, Mestranda em Envelhecimento Humano-UPF-RS.

<sup>2</sup>Fisioterapeuta. Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo –RS.

<sup>3</sup>Fisioterapeuta. Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo –RS.

<sup>4</sup>Nutricionista. Docente do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada URI/FW –RS.

<sup>5</sup>Fisioterapeuta. Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo –RS.

<sup>6</sup>Historiadora. Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano/UPF.

### 3.1 Introdução

Os idosos constituem a parcela da população que mais cresce em todo o mundo. No Brasil, um novo processo de transição demográfica vem se estabelecendo de forma rápida e acentuada, pois vem ocorrendo uma transformação na estrutura etária, iniciada em 2000 com 13,9 milhões. E, segundo as projeções, em 2020, elevar-se-á para 28 milhões (BRASIL, 2003).

Segundo Parahyba (2006), com o aumento da expectativa de vida, há mudanças nas condições de saúde da população idosa, que fazem com que as doenças crônico-degenerativas, a morbidade, a incapacidade funcional e a mortalidade se acentuem, desencadeando um impacto sobre as famílias, nas formas de cuidado formal e informal e sobre o sistema de saúde.

Um envelhecimento saudável depende da interação multidimensional de vários fatores. No entanto, são poucos os trabalhos que exploram um modelo que combine a idade, o sexo, o arranjo familiar, o estado conjugal, a educação, a renda, as doenças crônicas e a capacidade funcional, especialmente nos países em desenvolvimento, como é o caso específico do Brasil (PEREIRA et al., 2003).

Desta forma, conhecer a população de idosos, não deve ser visto somente como subsídio para o aprimoramento das políticas e estratégias de ação em saúde. Este conhecimento deve servir como base para a prática clínica dos profissionais que atendem o idoso na comunidade. Esta inter-relação entre os modelos clínicos e epidemiológicos deve ser uma constante na busca do melhor atendimento ao idoso (FARINASSO, 2005).

Assim, investir na saúde dos idosos é investir no desenvolvimento. Com o atendimento adequado desta população na área da saúde, a aplicação de estratégias de saúde pública pode promover o envelhecimento ativo, inclusive a mudança no perfil de adoecimento, que passa a enfatizar a promoção da saúde, a manutenção da autonomia e a valorização das redes de suporte social, gerando impactos nas diversas formas de se prestar assistência aos idosos (RODRIGUES et al., 2007).



---

Desta forma, o levantamento do perfil dos idosos que participam de grupos de convivência poderia favorecer o direcionamento de ações tanto no plano da saúde quanto nos aspectos físicos, sociais, emocionais, culturais e econômicos; além de delinear as necessidades de adequação destes locais e de suas atividades para o público-frequente (CHAIMOWICZ, 1997). Do ponto de vista da saúde pública, investir na promoção e prevenção da saúde dos idosos deveria ser considerado fundamental para reduzir a necessidade de investimentos em prevenções secundária e terciária, em tratamentos, reabilitação e institucionalização (CHAIMOWICZ, 1997 e OPAS, 2005).

### *3.2 Metodologia*

O presente estudo é quantitativo, descritivo e analítico. E envolveu os grupos de convivência de um município da região do Médio Alto Uruguai do Estado do Rio Grande do Sul. Fizeram parte da amostra 221 idosos. Sendo 149 do sexo feminino e 72 do sexo masculino. Cabe ressaltar, que a amostra inicial foi composta de 260 indivíduos e, devido a perdas da coleta de dados, 39 desses foram despresados em função da idade ser inferior a 60 anos.

O tamanho da amostra (n) foi estimado para uma proporção com um nível de significância ( $\alpha$ ) de 5% e determinando um erro amostral de 5% da população. A técnica de amostragem é aleatória simples.

Para seleção da amostra foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: indivíduos com idade igual ou maior de 60 anos, conforme definição de idoso preconizada pela OMS para países em desenvolvimento (NAJAS, 1994), com capacidade cognitiva para responder as questões e que participassem do grupo de convivência estudado.

Os idosos interessados em participar do estudo assinaram e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As coletas dos dados foram realizadas nas dependências dos Grupos de Terceira Idade do Município de Frederico Westphalen - RS, primeiramente, foi preenchido um

questionário de avaliação, contendo dados de identificação do indivíduo, indicadores sócio-demográficos e clínicos.

Para a estruturação do banco de dados utilizaram-se aplicativos Excel 2007 e, para as análises, os programas estatísticos SPSS 15. A análise do questionário de avaliação, contendo dados de identificação do indivíduo, indicadores sociodemográficos e clínicos.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Passo Fundo, sob o número 626/2011, que atende a resolução da CNS 196/96.

### 3.3 Resultados

A tabela 1 apresenta os resultados em relação ao perfil da amostra estudada.

Tabela 1 - Amostra Estudada

		Frequencia	Porcentagem
<b>Idade</b>		69,37±6,77	
<b>Sexo</b>	Feminino	149	67,4%
	Masculino	72	32,6%
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	4	1,8%
	Casado	150	67,9%
	Viúvo	59	26,7%
	Divorciado/separado	8	3,6%
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto	11	5%
	EFI	180	81,4%
	EFC	8	3,6%
	EMI	10	4,5%
	EMC	9	4,1%
	ESC	3	1,4%
<b>Tabagista</b>	Sim	23	10,5%
	Não	198	89,5%
<b>Renda</b>	Até 1 salário mínimo	141	63,3%
	2 salários mínimos	68	31,2%
	3 salários mínimos	11	5%
	4 ou mais	(1)	0,5%
<b>Toma medicamentos</b>	Sim	179	81%

<b>Pratica ativ. física</b>	Não	41	19%
	Sim	76	34,9%
<b>Alteração visual</b>	Não	145	65,1%
	Sim	148	67%
<b>Nutricionista</b>	Não	73	33%
	Sim	27	12,2%
<b>Bebida</b>	Não	194	87,8%
	Sim	73	33%
<b>Casa própria</b>	Não	148	77%
	Sim	203	91,9%
<b>Médico</b>	Não	5	2,3%
	Não respondeu	13	5,9%
	Sim	142	64,3%
	Não	6	2,7%
	Só quando adoece	69	31,2%
<b>Risco cardiovascular</b>	Não respondeu	4	1,8%
	Não	79	35,7%
	HAS	107	48,4%
	DIABETES	6	2,7%
	FUMANTE	7	3,2%
	HAS e fumante	6	2,7%
	Diabetes e fumante	1	0,5%
	HAS e diabetes	14	6,3%
	HAS, diabetes e fumante	1	0,5%
	<b>Como está sua saúde</b>	Ótima	4
	Boa	134	60,6%
	Regular	76	34,4%
	Ruim	2	1,4%
	Não respondeu	3	1,8%

Fonte: VOLKWEIS, D. S. H., 2012.

É possível observar que a maior parte da amostra é do sexo feminino, aposentada, não praticante de atividade física e nunca consultou com profissional nutricionista.

### 3.4 Discussão

O envelhecimento dos brasileiros tem despertado o interesse das políticas de saúde pública, visto que esta demanda já foi observada em países desenvolvidos. Com o aumento de indivíduos acima de 60 anos de idade, aumenta a necessidade de estudos que investiguem o perfil nutricional e o estado de saúde desta população, para que novas propostas de educação sejam aderidas e impactem na qualidade de vida desses indivíduos. Pois quando estamos à frente de uma população homogênea, um indicador importante da condição de saúde é a morbidade referida (RODRIGUES et al. 2000) e (SHILS et al. 2003).

Ao analisar os resultados do estudo, observou-se que a maioria dos indivíduos erado sexo feminino. O que concorda com Santos et al. (2002) que dizem que, desde 1950, as mulheres possuem maior esperança de vida. Em 1980, enquanto a expectativa de vida para os homens era de 59 anos, para as mulheres era de 65 anos. Já em 1991, essa diferença cresceu para sete anos.

Quanto ao estado civil a maioria dos entrevistados é casada, o que concorda com Benedetti et al. (2006), que avaliaram 875 sujeitos de 60 anos ou mais e concluíram que 61,4% deles eram casados. Mastroenietet al. (2007) entrevistaram 660 idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina, sendo que a maioria (57,6%) eram mulheres. Os referidos autores concluíram que grande parte dos idosos (62,0%) vivia com o cônjuge, o grupo etário predominante situava-se entre 60 e 69 anos (54,8%). Em relação à escolaridade, 72,9% não completaram o ensino fundamental, assim como no estudo ora apresentado, em que 30,61% dos entrevistados têm ensino fundamental incompleto.

A escolaridade é um importante indicador de caracterização socioeconômica, relacionando-se às possibilidades de acesso à renda e utilização de serviços de saúde. O baixo nível de escolaridade associado aos fatores socioeconômicos e culturais contribuem para o surgimento da doença, pois podem dificultar a conscientização das pessoas para a necessidade de cuidado com a saúde (PERLINE, 2000).

No estudo, verificou-se que 81,4% da população estudada têm ensino fundamental incompleto. O que concorda com Danilowet et al. 2007, que estudou 149

idosos institucionalizados no Distrito Federal e concluíram que 81,9 % têm estudo fundamental incompleto.

Segundo Abreu (2003), outro fator com estreita relação entre idoso e saúde é a renda. Idosos com maior renda têm melhores níveis de saúde, o inverso ocorre com idosos de menor renda. No Brasil, estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) aponta que 50% dos idosos têm renda pessoal menor que um salário mínimo (LIMA-COSTA et al. (2003). Nesse estudo, com relação à análise de renda, observou-se que a maioria dos entrevistados recebe até um salário mínimo.

Em estudo realizado pelo SESC, em 2007, quanto à distribuição de renda mensal, 48% dos idosos recebem de 1 a 3 salários mínimos. Pode-se, ainda, observar que a renda familiar está, diretamente, atrelada à renda do idoso, já que 76% dos senis recebem uma renda inferior a 5 salários mínimos, enquanto que 52% da renda total familiar é composta por mais de 5 salários mínimos. O que vem de encontro ao estudo.

Ao analisar a ocorrência de tabagismo, observou-se que a prevalência é baixa entre os idosos, o que concorda com pesquisa de Cabrera et al. (2005), que diz que, a prevalência de tabagismo entre idosos é mais baixa do que a observada entre os indivíduos mais jovens. E que isto ocorre, provavelmente, em decorrência do hábito de fumar diminuir com o aumento da idade, da presença de morbidades, das diferenças entre as gerações ou da morte prematura dos tabagistas. Idosos estão sob maior risco de desenvolver doenças relacionadas ao cigarro porque tendem a exposições mais longas e mais intensas ao tabaco.

Farinasso (2005) entrevistou 119 idosos com mais de 75 anos da área urbana e concluiu que a ocorrência de tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas se apresentaram em níveis baixos.

Gazalle et al. (2004) estudaram idosos na cidade de Pelotas, no Rio Grande do Sul, e verificaram uma prevalência de tabagismo de 14%. Fatores de risco para doença arterial em idosos, também foram estudados na cidade de São Paulo e observou-se que entre os 100 idosos envolvidos 18% eram fumantes (SILVA et al. 2008).

De acordo com Mckeown et al. (2002), a hipertensão em diabéticos é, pelo menos, duas vezes maior que nos não diabéticos, sendo que os adultos diabéticos que

---

chegam aos 65 anos sem HAS têm, aproximadamente, 90% de chance de se tornarem hipertensos.

A correlação entre a idade e a prevalência de DM e na tolerância à glicose diminuída foi evidenciada pelo Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes no Brasil, que demonstrou prevalência de 2,7% para a faixa etária de 30-59 anos e de 17,4% para a de 60-69 anos, ou seja, um aumento de 6,4 vezes (DIAETES CONTROL AND COMPLICATIONS TREAL RESEARCHGROUP,1993).

A prevalência de diabetes mellitus neste estudo (19,1%) foi superior ao registrado por outras pesquisas, de 10,3% na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 13; de 14,0% no estudo IDANT com adultos e idosos 14; e de 17,8% em amostra brasileira de idosos; (PEREIRA et al. 2008), bem como foi encontrado em estudos internacionais, de 15,6% na coorte Epicardianda Espanha (SÁNCHEZ et al. 2004), e 16,9% em estimativas nos Estados Unidos (CENTER FOR DISEASE, 2007).O que vai ao encontro ao estudo, que visualizou 2 % de idosos diabéticos na amostra estudada.

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus estão associados à morbidade e à mortalidade dos idosos e são responsáveis por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas (TOSCANO 2004). No estudo, os índices da associação das doenças foram considerados baixos.

Dos entrevistados analisados a grande maioria faz uso de medicação, sendo diuréticos e hipotensores os medicamentos mais relevantes com 18,5% de incidência.

O consumo de medicamentos entre os idosos é muito alto, tendência que acompanha o processo de envelhecimento com o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis e suas comorbidades (EBERWINE, 2002). Já, estudo de Menezes e Wadt (2008), revelou que 88,6% (n=320) utilizavam, rotineiramente, fármacos. O consumo de medicamentos e fatores associados foi avaliado em 1.598 idosos de Belo Horizonte, encontrando frequência de uso de medicamentos de 72,1%, predominando as drogas com ação sobre o sistema cardiovascular. Sendo que esta relação não parece ser um fator limitante da participação em grupos de convivência de idosos (LOYOLA et al. 2006).

---

O estudo visualizou índices baixos quanto à prática de atividade física. O que está em acordo com Farinasso (2005), que estudou 86 idosos do município de Jandaia do Sul, no Paraná e observou que, no que diz respeito às atividades físicas, a maioria dos idosos não possui tal hábito, sendo que entre aqueles que praticam algum tipo de exercício físico, a caminhada é o tipo mais relevante.

Segundo Lima et al. (2003), a principal vantagem dessa variável é que o resultado da pergunta se associa com o estado real ou objetivo de saúde das pessoas, sugerindo que a autopercepção da saúde possa ser utilizada como uma fonte de dados intermediária das avaliações objetivas de saúde. Além disso, por ser considerada um forte preditor de saúde e mortalidade Kaplan et al. (1983) e Ilder et al. (1997), a auto-percepção de saúde tem sido utilizada para estimar a expectativa de vida saudável (OFSTEDAL et al. 2003).

Em uma pesquisa que avaliou os determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, 48,9% dos idosos consideraram sua saúde como regular, 25,7% consideraram ter boa saúde, 6,6% avaliaram como ótima sua condição de saúde e 17,8% consideraram como má sua condição de saúde (RODRIGUES e ALVES, 2005).

O perfil sociodemográfico e condições de saúde autorreferidas de idosos de Porto Alegre foi avaliado e quanto aos aspectos relacionados à saúde, a maioria dos idosos (81%) considerava-se saudável; 30,8% referiram não ter problemas de saúde e 23,3% relataram não fazer uso de medicação sistemática (PASKULINA e VIANNA, 2007).

De acordo com Rodrigues e Alves (2005), pessoas que consideram seu estado de saúde ruim possuem maior risco de mortalidade por todas as causas, comparando-se com aquelas que percebem sua saúde como excelente.

Araújo e Carvalho (2004) encontraram boa percepção de saúde, enquanto Lima-Costa et al. (2003) verificaram um nível de percepção de saúde regular. Esses resultados sugerem que os grupos de convivência de idosos podem ser considerados importantes veículos para informações nos três níveis de saúde do idoso, visando a

---

informar sobre a prevenção e controle dos principais problemas de saúde do envelhecimento.

A inclusão dos grupos de convivência nas campanhas e medidas de saúde pública voltadas para o idoso, também não deve ser desconsiderada (ARAÚJO e CARVALHO, 2004).

Flores e Mengue (2005) realizaram uma pesquisa no Município de Porto Alegre, capital gaúcha, entre 2001 e 2002, com idosos residentes na zona de cobertura do Serviço de Saúde Comunitária, e concluíram que, em relação a cuidados com a saúde, 76% afirmaram que procuravam atendimento médico, mas 15% disseram que buscavam esse tipo de serviço, somente às vezes, e 9% não o consultavam. Estes dados concordam com o presente estudo, que demonstrou ser de 64,3% da amostra de idosos consultam o médico regularmente.

Dos idosos ora estudados, 87,7% nunca consultaram com o profissional nutricionista, pode-se afirmar que é necessário este contato paciente/profissional, quando terão orientações de alimentação saudável, já que muitos dos idosos relatam ter algum risco cardiovascular e serem sedentários.

### *3.5 Conclusão*

Com base na análise dos resultados referentes à amostra estudada, é possível concluir que existe uma alta incidência de feminilização da velhice, baixa renda, excesso de uso de medicamentos, alta incidência de doenças crônicas, baixa prática de atividade física, falta de orientações sobre os alimentos ingeridos e a relação com as patologias, pois nunca consultaram com o profissional nutricionista, a maioria dos idosos percebe sua condição de saúde como boa. Portanto, baseado nestes fatores é que se faz necessário, neste estudo, gerar ações preventivas de educação em saúde para que esta população envelheça com melhores condições de saúde.



---

*Referências Bibliográficas*

ABREU, W.C. *Aspectos socioeconômicos, de saúde e nutrição, com ênfase no consumo alimentar, de idosos atendidos pelo Programa Municipal da terceira Idade (PMTI), de Viçosa – MG*. Minas Gerais, 2003. 81 f. (Tese de Doutorado, Ciências da Nutrição) - Universidade Federal de Viçosa.

ARAÚJO, J.C.; ALVES, M. I. C. Perfil da população idosa no Brasil. *Textos sobre Envelhecimento*. Rio de Janeiro: UERJ/UnATI, 2000, v. 3. n. 3. p.7-19.

ARAÚJO, L. F.; CARVALHO, V. M. L. Velhices: estudo comparativo das representações sociais entre idosos de grupo de convivência. *Textos sobre Envelhecimento*, 2004, v. 6. p.10-22.

APPELS, A.; BOSMA, H.; GRABAUSKAS, V.; GOSTAUTAS, A.; STURMANS, F. Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population. *Soc.Sci.Med*, n. 42. v.5. p.681-689, 1996.

BRASIL. *Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BENEDETTI, T. B.; PETROSKI, E. L.; GONÇALVES, L. T. Condições de saúde nos idosos de Florianópolis. *Arq. Catarin. Med.*, 2006 jan/mar, v.35. n.1. p. 44-51.

BUENO, M. J.; MARTINO, H. S. D.; FRENANDES, M. F. S. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.13. n.4. p. 1323-1246, 2008.

CABRERA, M. A. S.; WAJNGARTEN, M.; GEBARA, O. C. E.; DIAMENT J. Relação do índice de massa corporal, da relação cintura-quadril e da circunferência abdominal com a mortalidade em mulheres idosas: seguimento de 5 anos. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 21. n. 3. p. 767-75, 2005.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública*. v. 31. p. 184-200, 1997.

DANILOW, M. Z. et al. Perfil epidemiológico, Sócio demográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. *Comunicação em Ciências da Saúde*.v. 18. n. 1. p. 9 -16, 2007.

Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *NEngl J Med*. 1993;329:977-86.

EBERWINW, D. Globesity: the crisis of growing proportions. *The magazine of the Pan American Health Organization*.v. 7. n.4. 2002.

FARINASSO, A. L. D. C. *Perfil dos Idosos em uma Área de abrangência da estratégia de saúde da família*. Ribeirão Preto. 2005. 112f. (Dissertação de Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de Ribeirão Preto, 2005.

FLORES, L. M. , MENGUE S. S. Uso de medicamento por idosos em região do sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. v. 39. n. 6. p. 924-929, 2005.

GAZALLE, F. K.; LIMA, M. S.; TAVARES, B. F.; HALLAL, P. C. Depressive symptoms and associated factors in an elderly population in southern Brazil. *Rev. Saúde Pública*. v. 38. n. 3. p. 365-371, 2004.

IDLER, E. L.; BENYAMINI, Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*.v. 38. n. 1. p. 21-37, 1997.

KAPLAN, G. A.; CAMACHO, T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol*.v. 117. n. 3. p. 292-304, 1983.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO S. M.; GIATTI, L. Health status, physical functioning, health services utilization, and expenditures on medicines among Brazilian elderly: a descriptive study using data from the National Household Survey. *Cadernos de Saúde Pública*.v. 19. n. 3. p. 735-43, 2003.

LIMA, Filho. et al. *Comportamento Alimentar do Consumo Idoso*. Campo Grande: UFMS, 2003.

LOYOLA, F. A. I.; UCHO, E.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo epidemiológico de base populacional sobre o uso de medicamentos entre idosos na região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 22. n. 26 p. 57-67, 2006.

MASTROENI, M. F.; ERZINGER, G. S.; MASTROENI, S. B. S.; SILVA, N. N.; MARUCCI, M. F. N. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: estudo de base domiciliar. *Rev. Bras. Epidemiol.* v. 10. n. 2. p.190-201, 2007.

MENEZES, F.G.; WADT, N. S. Y.; SOUSA, R.; SANTOS, A. S. Consumo medicamentoso em idosos na região centro-oeste da cidade de São Paulo. *Saúde Coletiva.* v. 5. n. 22. p. 126-130, 2008.

MCKEOWN, N. M.; MEIGS, J. B.; LIU, S.; WILSON, P. W. F.; JACQUES, P.F.; Whole-grain intake is favorably associated with metabolic risk factors for type 2 diabetes and cardiovascular disease in the Framingham Offspring Study. *AmClinNutr.* v. 76. p. 390-98, 2002.

NERI, Anita Liberalesso. *Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na 3ª idade.* Serviço Social do Comércio (SESC NACIONAL), 2007.

OFSTEDAL, M. B.; ZIMMER, Z.; CRUZ, G.; CHAN, A.; LIN, Y. Self-assessed health expectancy among older Asians: a comparison of Sullivan and multistate life table methods. Ann Arbor: *Population Studies Center*; 2003. (Report No. 03-60).

Organização Pan-Americana da Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde OPAS, 2005.

PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva.* v.11. n. 4. p. 967- 974, 2006.

PASKULIN, Lisiane; M. G. and VIANNA, Lucila A. C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. *Rev. Saúde Pública* [online]. v. 41. n. 5. p. 757-768, 2007.

PENTEADO, P. T. P. O uso de medicamentos por idosos. *Visão acadêmica.* v.3. n. 1. p.35-42, 2002.

PEREIRA, J.C.; BARRETO, S.M.; PASSOS, V. M. A. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. *Arq. Bras. Cardiol.* v. 91. n. 1. p. 1-10, 2008.

PEREIRA, R. S.; CURIONI, C. C.; VERAS, R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. *Textos sobre Envelhecimento.* v. 6. n. 1. p.43-59, 2003.

---

PERLINI, N.M.O.G. *Cuidar da pessoa incapacitada por acidente cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar*. São Paulo. 2000. 122f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

RODRIGUES, Rosalinda Aparecida Partezani; KUSUMOTA, Luciana; MARQUES, Sueli; FABRÍCIO, Suzele Cristina Coelho; CRUZ, Idiane Rosset; LANGE, Celmira. Política Nacional de atenção ao idoso e contribuição da enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis SC, v. 16. n.3.julho-setembro, 2007.

RODRIGUES, R. A. P.; DIOGO, M. J. D. E. *Como cuidar dos idosos*. 3.ed. Coleção Viva Idade.Rio de Janeiro: Papirus, 2000.

RODRIGUES, R. N.;ALVES, L. C.;Determinantes de auto percepção de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev. Panam SaludPúblic*. v. 17. n. 5-6. p.333-341, 2005.

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. H. D.; LATORRE, M. R. D. O.; RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública*.v. 37.n.1. p. 40-48, 2003.

SÁNCHEZ, R. G.;ARRIBAS, B. N.; ARROYO, M.A.; QUIROGA, S. V.; GARCÍA, I. L.; FERNÁNDEZ C. S.;et al. El proyecto EPICARDIAN: um estudio de cohortes sobre enfermedades y factores de riesgo cardiovascular em ancianos españoles: consideraciones metodológicas y principales hallazgos demográficos. *Rev. Esp. SaludPública*.v. 78. n.2. p. 243-55, 2004.

SANTOS, S. R.et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*. v. 10. n. 6. p.757-64, 2002.

SILVA, A. L.; SALES,P. C. Participação familiar na prevenção primária dos fatores de risco para doença arterial coronária em idosos. *Rev. Saúde Coletiva*.v.5. n. 22. p.110-115, 2008.

SHILS, M. E.; OLSON, J. A.; SKIKE, M.; ROSS, C. *Tratado de Nutrição Moderna na Saúde e na Doença*. 9. ed. v.1. São Paulo: Manole. 2003.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Cienc. eSaúde Coletiva*.v.4. n.9. p885-895, 2004.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir esse estudo verificou-se que os pesquisados necessitam de mais informações no que se refere à ingestão alimentar diária, quando poderão definir, visualizar qual alimento é mais saudável para seu organismo, pois a maioria encontra-se com alguma patologia (HAS, DM, HAS e DM).

Quanto aos hábitos alimentares da amostra total e quando diferenciado por gêneros ambos apresentaram alta incidência na ingestão de lipídeos. Já quando comparados os diferentes gêneros verificou-se que houve diferenças, estatisticamente significativas, somente em relação às vitaminas, às fibras e lipídeos, demonstrando que, diariamente, os idosos estudados ingerem grandes quantidades de alimentos ricos em gorduras saturadas, carboidratos simples e redução na ingestão dos alimentos de baixa densidade energética, como: frutas, legumes, verduras, carboidratos complexos.

Percebe-se através do QFCA, que os idosos devem ter cuidados com os alimentos ingeridos, em relação à quantidade e qualidade dos mesmos, pois os alimentos calóricos devem ser ingeridos com moderação. Os alimentos ricos em lipídeos e os carboidratos simples têm consumo diário significativo entre os idosos, estes que podem contribuir para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, aumento de peso, obesidade, fatores estes que podem desencadear várias patologias.

A partir da análise dos resultados encontrados no presente estudo, é possível concluir que existe uma alta incidência de feminilização da velhice, de baixa renda, de excesso de uso de medicamentos, alta incidência de doenças crônicas e de baixa prática de atividade física, apesar de a maioria dos idosos perceberem sua condição de saúde como boa. O incentivo para que os mesmos pratiquem atividade física e tenham uma alimentação saudável é de suma importância, pois faz com que aja como um fator de proteção para doenças, bem como para a recuperação da saúde dos idosos.

Contudo, cabe ressaltar a necessidade de promover estratégias de saúde, nas quais os idosos possam ter acesso às informações e que cada profissional de saúde possa

realizar intervenção pontual, que interaja no contexto diário do idoso, assim promovendo uma vida mais saudável.

*REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

ABREU, W.C. *Aspectos socioeconômicos, de saúde e nutrição, com ênfase no consumo alimentar, de idosos atendidos pelo Programa Municipal da terceira Idade (PMTI), de Viçosa – MG*. Minas Gerais, 2003. 81 f. (Tese de Doutorado, Ciências da Nutrição) - Universidade Federal de Viçosa.

ACUNÃ, K.; CRUZ, T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* v. 48. n.3. p. 345-358, 2004.

APPELS, A.; BOSMA, H.; GRABAUSKAS, V.; GOSTAUTAS, A.; STURMANS, F. Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population. *Soc. Sci. Med.*, n. 42. v.5. p.681-689, 1996.

ARAÚJO, J.C.; ALVES, M. I. C. Perfil da população idosa no Brasil. *Textos sobre Envelhecimento*. Rio de Janeiro: UERJ/UnATI, 2000, v. 3. n. 3. p.7-19.

ARAÚJO, L. F.; CARVALHO, V. M. L. Velhices: estudo comparativo das representações sociais entre idosos de grupo de convivência. *Textos sobre Envelhecimento*, 2004, v. 6. p.10-22.

BENEDETTI, T. B.; PETROSKI, E. L.; GONÇALVES, L. T. Condições de saúde nos idosos de Florianópolis. *Arq. Catarin. Med.*, 2006 jan/mar, v.35. n.1. p.44-51.

BLACKWELL, R.D.; MINIARD, P.; ENGEL, J.F. *Comportamento do Consumidor*. 9. ed. São Paulo: Thomson, 2005.

BRASIL. *Lei nº10.741, de 1 de outubro de 2003*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BUENO, M. J.; MARTINO, H. S. D.; FRENANDES, M. F. S. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.13. n.4. p. 1323-1246, 2008.

CABRERA, M. A. S.; WAJNGARTEN, M.; GEBARA, O. C. E.; DIAMENT J. Relação do índice de massa corporal, da relação cintura-quadril e da circunferência abdominal com a mortalidade em mulheres idosas: seguimento de 5 anos. *Cadernos de Saúde Pública*.v. 21. n. 3. p. 767-75, 2005.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública*. v. 31. p. 184-200, 1997.

DANILOW, M. Z. et al. Perfil epidemiológico, Sócio demográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. *Comunicação em Ciências da Saúde*. v. 18. n. 1. p. 9 -16, 2007.

DAVY, B. M.; DAVY, K. P.; HO R. C.; BESKE, S. D.; DAVRATH, L. R.; MELBY, C. L. High-fiber oat cereal compared with wheat cereal consumption favorably alters LDL-cholesterol subclass and particle numbers in middle-aged and older men. *Am J Clin Nutr*.V.76. n. 2.p. 351-8, 2002.

Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *NEngl J Med*. 1993;329:977-86.

DURGANTE, P.; MILANI, R. Recomendações Dietéticas e Nutrientes Necessários para a Manutenção da Saúde no Processo do Envelhecimento. In: Busnello F. *Aspectos Nutricionais do Processo do Envelhecimento*. Porto Alegre: Atheneu, 2007.p. 67-78.

EBERWINW, D. Globesity: the crisis of growing proportions. *The magazine of the Pan American Health Organization*. v. 7. n.4. 2002.

EVANS, A.; BOOTH, H.; CASTEL, K. Sociodemographic determinants of energy, fat and dietary fibre intake in Australian adults. *Public Health Nutr*.v. 3. n. 1. p. 67-75, 2000.

FARINASSO, A. L. D. C. *Perfil dos Idosos em uma Área de abrangência da estratégia de saúde da família*. Ribeirão Preto. 2005. 112f. (Dissertação de Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de Ribeirão Preto, 2005.



---

FISBERG, R. M.; SLATER, B.; MARCHIONI, D. M. L. et al. *Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas*. 1. ed. São Paulo: Manole, 2007.

FLORES, L. M. , MENGUE S. S. Uso de medicamento por idosos em região do sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. v. 39. n. 6. p. 924-929, 2005.

GARCIA, A. N. M.; ROMANI, S. A. M.; LIRA, P. I. C. Indicadores antropométricos na avaliação nutricional de idosos: um estudo comparativo. *Revista de Nutrição*, Campinas, n. 20. v. 4. p. 371-378, 2007.

GAZALLE, F. K.; LIMA, M. S.; TAVARES, B. F.; HALLAL, P. C. Depressive symptoms and associated factors in an elderly population in southern Brazil. *Rev. Saúde Pública*. v. 38. n. 3. p. 365-371, 2004.

HUNG, H.C.; WILLET, W.; ASCHERIO, A.; ROSNER, B. A.; RIMM, E.; JOSHIPURA, K. J. Tooth loss and dietary intake. *J Am Dent Assoc*. v. 134. n. 9. p. 1185-92, 2003.

IDLER, E. L.; BENYAMINI, Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. v. 38. n. 1. p. 21-37, 1997.

KAPLAN, G. A.; CAMACHO, T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol*. v. 117. n. 3. p. 292-304, 1983.

LANCHA, Jr. A. H. *Nutrição e metabolismo aplicados à atividade motora*. São Paulo: Atheneu, 2002.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO S. M.; GIATTI, L. Health status, physical functioning, health services utilization, and expenditures on medicines among Brazilian elderly: a descriptive study using data from the National Household Survey. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 19. n. 3. p. 735-43, 2003.

LIMA, Filho. et al. *Comportamento Alimentar do Consumo Idoso*. Campo Grande: UFMS, 2003.

LOYOLA, F. A. I.; UCHO, E.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo epidemiológico de base populacional sobre o uso de medicamentos entre idosos na região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 22. n. 26 p. 57-67, 2006.

---

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. *Krause: Alimentos, nutrição edietoterapia*. Traduzido por FAVANO, A. 10. ed. São Paulo: Roca, 2002.

MARCHINI, J.S.; FERRIOLI, E.; MORIGUTI, J.C. Suporte nutricional no paciente idoso. In: SIMPÓSIO: NUTRIÇÃO CLÍNICA, 1998, Ribeirão Preto. *Anais do Simpósio de Nutrição Clínica*. Ribeirão Preto: medicina, 1998.p.54-61.

MASTROENI, M. F.; ERZINGER, G. S.; MASTROENI, S. B. S.; SILVA, N. N.; MARUCCI, M. F. N. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: estudo de base domiciliar. *Rev. Bras. Epidemiol.* v. 10. n. 2. p. 190-201, 2007.

MCKEOWN, N. M.; MEIGS, J. B.; LIU, S.; WILSON, P. W. F.; JACQUES, P.F.; Whole-grain intake is favorably associated with metabolic risk factors for type 2 diabetes and cardiovascular disease in the Framingham Offspring Study. *AmClin Nutr.* v. 76. p. 390-98, 2002.

MENEZES, F.G.; WADT, N. S. Y.; SOUSA, R.; SANTOS, A. S. Consumo medicamentoso em idosos na região centro-oeste da cidade de São Paulo. *Saúde Coletiva.* v. 5. n. 22. p. 126-130, 2008.

MUÑIZ, C. M.; MARTINEZ, C. V.; COS BLANCO, A. I. Medicina, Alimentación en el anciano. In: Candela CG, Fernández JMR. (Coord.) *Manual de recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos*. Barcelona: Novartis, 2004, parte II, cap. 1, p. 99-108.

NAJAS, MS. Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidade urbana da Região Sudeste, Brasil. *Revista Saúde Pública*, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 11/08/2012.

NERI, Anita Liberalesso. *Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na 3ª idade*. Serviço Social do Comércio (SESC NACIONAL), 2007.

OFSTEDAL, M. B.; ZIMMER, Z.; CRUZ, G.; CHAN, A.; LIN, Y. Self-assessed health expectancy among older Asians: a comparison of Sullivan and multistate life table methods. Ann Arbor: *Population Studies Center*; 2003. (Report No. 03-60).

Organização Pan-Americana da Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde OPAS, 2005.

PAPALÉO, Neto M.; CARVALHO, Filho E.T.; SALLES, R. F. N. Fisiologia do envelhecimento. In: Papaléo Neto M, Carvalho Filho ET. *Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2002. p.43-62.

PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*.v.11. n. 4.p. 967- 974, 2006.

PASKULIN, Lisiane; M. G. and VIANNA, Lucila A. C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. *Rev. Saúde Pública* [online]. v. 41. n. 5.p. 757-768, 2007.

PENTEADO, P. T. P. O uso de medicamentos por idosos. *Visão acadêmica*.v.3. n. 1. p.35-42, 2002.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. *Arq. Bras. Cardiol*.v. 91. n. 1. p. 1-10, 2008.

PEREIRA, R. S.; CURIONI, C. C.; VERAS, R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. *Textos sobre Envelhecimento*. v. 6. n. 1. p.43-59, 2003.

PERLINI, N.M.O.G. *Cuidar da pessoa incapacitada por acidente cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar*. São Paulo. 2000. 122f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PFRIMER, K; FERRIOLI, E. Fatores que interferem no Estado Nutricional do Idoso. In: Vítolo, M. R. *Nutrição da gestação ao envelhecimento*. Rio de Janeiro: Rubio, 2008, pág. 459-460.

PICKERING, G. *Frail Elderly nutritional status and drugs*.Arch. Gerontol. Geriatr. n.38, p. 174-180, 2004.

VELLOZO, EP. *Envelhecimento: transição alimentar e doenças nutricionais*.Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/pforum/nue3.htm>>. Acesso em 15/05/2012.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2003000300011&lng=pt&nrm=iso&userID=-2](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000300011&lng=pt&nrm=iso&userID=-2)>. Acesso em 30/04/2012.

RELVAS, K.; MENDONÇA, P. S. M. *Hábitos de compra e consumo alimentar de idosos nas cidades de São Paulo, Porto Alegre, Goiânia, Recife*.Mato Grosso do Sul,

---

---

2006. 124 p. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2006.

RODRIGUES, Rosalinda Aparecida Partezani; KUSUMOTA, Luciana; MARQUES, Sueli; FABRÍCIO, Suzele Cristina Coelho; CRUZ, Idiane Rosset; LANGE, Celmira. Política Nacional de atenção ao idoso e contribuição da enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis SC, v. 16. n.3.julho-setembro, 2007.

RODRIGUES, R. A. P.; DIOGO, M. J. D. E. *Como cuidar dos idosos*. 3.ed. Coleção Viva Idade. Rio de Janeiro: Papirus, 2000.

RODRIGUES, R. N.;ALVES, L. C.;Determinantes de auto percepção de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev. Panam SaludPúblic.* v. 17. n. 5-6. p. 333-341, 2005.

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. H. D.; LATORRE, M. R. D. O.; RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública*.v. 37.n.1. p. 40-48, 2003.

SACHS, Anita. Diabetes Mellitus. In: CUPPARI, LÍlian (coord.). *Guia de Nutrição: nutrição clínica no adulto*. Barueri: Manole, 2002. Cap. 8, p. 151-165.

SÁNCHEZ, R. G.;ARRIBAS, B. N.; ARROYO, M.A.; QUIROGA, S. V.; GARCÍA, I. L.; FERNÁNDEZ C. S.;et al. El proyecto EPICARDIAN: um estudio de cohortes sobre enfermedades y factores de riesgo cardiovascular em ancianos españoles: consideraciones metodológicas y principales hallazgos demográficos. *Rev. Esp. SaludPública*.v. 78. n.2. p. 243-55, 2004.

SANTANA, C. M. Aspectos clínicos na prática geriátrica. In: Pereira CU, Andrade Filho AS. *Neurogeriatria*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.p. 43-50.

SANTOS, S. R.et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*. v. 10. n. 6. p.757-64, 2002.

SCHLINDWEIN, M. M.; KASSOUF, A. L. *Mudanças no padrão de consumo dealimentos tempo-intensivos e de alimentos poupadores de tempo, por região no Brasil*.v. 2. Brasília: Ipea, 2007.

SHILS, M. E.; OLSON, J. A.; SKIKE, M.; ROSS, C. *Tratado de Nutrição Moderna na Saúde e na Doença*. 9. ed. v.1. São Paulo: Manole. 2003.

---

SILVA, A. L.; SALES, P. C. Participação familiar na prevenção primária dos fatores de risco para doença arterial coronária em idosos. *Rev. Saúde Coletiva*.v.5. n. 22. p.110-115, 2008.

SLATER, B.; VOICI, S.; GALANTE, A. P. Inquéritos dietéticos. In: SILVA, S.M.C.S.S.; MURA, J. D. P. *Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia*. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010.

SLAVIN, J. L. *Whole grains and human health*. Nutrition Research Reviews. 2004;17:99–110.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Cienc. e Saúde Coletiva*.v.4. n.9. p885-895, 2004.

WAITZBERG, D. L. *Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica*. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. v.1 e 2.

WILLETT, W. C. *Nutritional Epidemiology*. 2.ed. New York: Oxford University Press, 1998.

## ANEXOS

Anexo A. Parecer Comitê de Ética



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO  
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER N. 626/2011

O Comitê de Ética em Pesquisa – UPF, em reunião no dia 77/12/2011, analisou o protocolo de pesquisa “**Hábitos alimentares em idosos pertencentes a um grupo de convivência**”, CAAE nº 0330.0.398.000-11, de responsabilidade da pesquisadora **Dionara Simoni Hermes Volkweis**.

O prolongamento da expectativa de vida tem levado a esforços para que a qualidade de vida e a produtividade dos idosos tornem-se cada vez melhores. A qualidade de vida é fundamental para que se possa viver bem, pois independente da idade, é importante procurar sempre melhorar a qualidade de vida, buscando saúde, não somente a ausência de doenças. O estilo de vida saudável tem sido associado aos hábitos alimentares saudáveis, práticas de atividades físicas e, conseqüentemente, a melhores padrões de saúde e qualidade de vida. O envelhecimento saudável é assim entendido como a interação entre saúde física e mental, independência nas atividades de vida diária (capacidade de vestir-se, tomar banho, fazer higiene, locomover-se, transferir-se, alimentar-se, ser continente), integração social, suporte familiar e independência econômica. O combate à obesidade está entre as medidas necessárias à promoção da saúde da população idosa. Assim, hábitos alimentares errôneos compõem os excessos de peso, devendo ser prevenidos e orientados.

O principal objetivo deste estudo é avaliar os hábitos alimentares de idosos freqüentadores de um grupo de convivência. A pesquisa pretende analisar o processo de envelhecimento humano a partir da ótica da nutrição e dos hábitos alimentares de um grupo pré-estabelecido de idosos.

A pesquisa é um estudo longitudinal, de coorte, de natureza descritiva e analítica, com idosos da cidade de Frederico Westphalen – RS, em forma de entrevista para responder questionários.

As pendências foram ajustadas.

Os direitos fundamentais dos participantes foram garantidos no projeto e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos da pesquisadora e da instituição envolvida estavam presentes. O projeto foi considerado claro em seus aspectos científicos, metodológicos e éticos.

Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto.

Solicita-se que o (a) pesquisador (a) apresente relatório a este CEP no final do estudo.

**Situação: PROTOCOLO APROVADO**

Passo Fundo, 20 de dezembro de 2011.

Nadir Antonio Pichler

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa



Anexo B. Comprovante de submissão do Artigo – Hábitos Alimentares em Idosos.

**Revista:** ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE O ENVELHECIMENTO

#37218 SINOPSE  
RESUMO AVALIAÇÃO EDIÇÃO

**SUBMISSÃO**

**Autores:** Dionara Simoni Hermes Volkweis, Vinícius Dal Molin, Liamara Wibelinger, Eliane Lúcia Colussi

**Título:** HÁBITOS ALIMENTARES EM IDOSOS

**Documento original:** 37218-147882-2-SM.DOC 18-02-2013

**Docs. sup.:** Nenhum(a)

**Submetido por** Dionara Simoni Hermes Volkweis

**Data de submissão:** fevereiro 18, 2013 - 20:45

Seção Artigos

**Editor:** Nenhum(a) designado(a)

**Situação:** Aguardando designação

Iniciado 18-02-2013

Última alteração 18-02-2013

Anexo C. Comprovante de submissão do Artigo – Caracterização das condições de saúde de idosos.

Passo Fundo, 08 de fevereiro de 2013.

## DECLARAÇÃO

Declaro paraos devidos fins que o artigo intitulado “CARACTERIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS”, de autoria de Dionara Simoni Hermes Volkweis, Aline Morás Borges, Vinícius Dal Molin, Thais Soder, Lia Mara Wibeling, Eliane Lúcia Colussi, irá compor a obra FISIOTERAPIA MÚSCULO-ESQUELÉTICA- DA PREVENÇÃO À REABILITAÇÃO e será o capítulo 09 da referida obra, que tem como organizadora a Profa. Dr<sup>a</sup> Lia Mara Wibeling, com previsão de lançamento em maio de 2013.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lia Mara Wibeling', with a stylized flourish at the end.

Prof. Dr<sup>a</sup> Lia Mara Wibeling

Doutora em Gerontologia Biomédica

## APÊNDICES

Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade de Passo Fundo

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

---

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: Hábitos alimentares em idosos pertencentes a grupo de convivência. Este estudo tem como objetivo avaliar os hábitos alimentares de idosos frequentadores de um grupo de convivência. Esta pesquisa se justifica, devido a hábitos alimentares inadequados que, dentre outras coisas, podem provocar excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis. Para tanto, a prevenção e orientações sobre hábitos alimentares e estilo de vida saudáveis é de suma importância.

O (a) Sr. (a) participará desta pesquisa, interagindo de forma individual e grupal, com duração de três meses, com atendimentos quinzenais, nas quartas-feiras ou nas quintas-feiras, no período da tarde, com duração de uma hora.

A participação do (a) Sr (a) não implicará em risco algum, tendo como desconforto dispor de alguns minutos do seu tempo para a realização das entrevistas e avaliações nutricionais. Se ocorrer algum constrangimento gerado por algum questionamento de caráter pessoal, o (a) Sr.(a) poderá não responder se assim desejar.

Os benefícios da participação do (a) Sr. (a) na pesquisa serão a participação em atendimento de nutrição, pois, sabemos da importância da alimentação e o estilo de vida sobre a saúde da população e, também, suas influências no surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, que têm grande ocorrência em idosos, e a possibilidade de criação de relações e senso de pertencimento em espaços interacionais. Os resultados da pesquisa serão utilizados com a finalidade de desenvolver a pesquisa citada e as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e será mantido sigilo da sua participação. Os depoimentos serão divulgados de modo que não permitam a identificação do (a) Sr. (a).

O (a) Sr.(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, a qualquer momento. Se o (a) Sr.(a) não quiser participar, não haverá nenhuma mudança no seu tratamento ou na sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Mesmo que o (a) Sr.(a) aceite participar, estará livre para desistir a qualquer momento.

Dionara Simoni Hermes Volkweis  
Frederico Westphalen – RS  
CEP 98400-000  
Fone: (055) 99138890

Dra. Eliane Lucia Colussi  
Passo Fundo – RS  
CEP 99010-1100  
Fone: (054) 99654897

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Nome do entrevistado ou responsável

---

Assinatura do entrevistado ou responsável



## Apêndice B. Projeto de pesquisa

**UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO**

**Dionara Simoni Hermes Volkweis**

**HÁBITOS ALIMENTARES EM IDOSOS  
PERTENCENTES A GRUPO DE CONVIVÊNCIA**

**Passo Fundo**

**2012**

**Dionara Simoni Hermes Volkweis**

# **HÁBITOS ALIMENTARES EM IDOSOS PERTENCENTES A GRUPO DE CONVIVÊNCIA**

Projeto de Mestrado apresentado ao Programa de Stricto Sensu em Envelhecimento Humano - como requisito para a qualificação de dissertação sob Orientação da Professora. Dra. Eliane Lucia Colussi.

**Passo Fundo**

**2012**

**Dionara Simoni Hermes Volkweis**

**HÁBITOS ALIMENTARES EM IDOSOS PERTENCENTES A GRUPO DE  
CONVIVÊNCIA**

Projeto de Mestrado apresentado ao Programa de  
Stricto Sensu em Envelhecimento Humano - como  
requisito para a qualificação de dissertação sob  
Orientação da Professora. Dra. Eliane Lucia  
Colussi.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Banca examinadora:

---

Dra. Eliane Lucia Colussi

Prof. Dr.:

---

Prof. Dr.:

---

## RESUMO

O prolongamento da expectativa de vida tem levado a esforços para que a qualidade desta e a produtividade dos idosos se tornem cada vez melhores. A qualidade de vida é fundamental para que se possa viver bem, pois independente da idade, é importante procurar sempre melhorar a qualidade de vida, buscando saúde, não somente a ausência de doenças. O estilo de vida saudável tem sido associado aos hábitos alimentares saudáveis, práticas de atividades físicas e, conseqüentemente, a melhores padrões de saúde e qualidade de vida. O envelhecimento saudável é assim entendido, como a interação entre saúde física e mental, independência nas atividades de vida diária (capacidade de vestir-se, tomar banho, fazer higiene, locomover-se, transferir-se, alimentar-se, ser continente), integração social, suporte familiar e independência econômica. Hábitos alimentares errôneos compõem os excessos de peso, devendo ser prevenidos e orientados. O principal objetivo deste estudo é avaliar os hábitos alimentares de idosos frequentadores de um grupo de convivência.

**Palavras-chaves:** Envelhecimento. Nutrição do Idoso. Consumo Alimentar. Educação em Saúde.

## ABSTRACT

The extension of life expectancy has led to efforts to make the quality and productivity of this elderly become increasingly better. The quality of life is essential so that you can live well, because regardless of age, it is important to always seek to improve quality of life, seeking health, not merely the absence of disease. The healthy lifestyle has been associated with healthy eating habits, physical activity practices and consequently the highest standards of health and quality of life. Healthy aging is well understood, how the interaction between physical and mental health, independence in activities of daily living (ability to dress, bathe, do hygiene, getting up, move up, eating, being continent), social integration, family support and economic independence. Eating habits make erroneous excess weight and should be advised and guided. The main objective of this study is to assess the dietary habits of elderly patrons of a support group.

Keywords: Aging. Elderly. Nutrition. Food Consumption. Health Education.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	72
<b>1 OBJETIVOS</b> .....	75
1.1 Geral .....	75
1.2 Específicos .....	75
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	76
2.1 Delineamento do estudo, população e procedimento amostral .....	76
2.2 Procedimentos de avaliação das condições de saúde e nutricional.....	77
2.3 Análise dos dados .....	77
2.4 Considerações éticas.....	77
2.5 Difusão do conhecimento gerado .....	78
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	78
3.1 Envelhecimento.....	79
3.2 Hábitos alimentares.....	81
<b>4 CRONOGRAMA</b> .....	88
<b>5 ORÇAMENTO</b> .....	89
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	90
<b>ANEXOS</b> .....	Erro! Indicador não definido.

## INTRODUÇÃO

A pesquisa pretende analisar o processo de envelhecimento humano a partir da ótica da nutrição e dos hábitos alimentares de um grupo pré-estabelecido de idosos. Neste sentido, torna-se relevante um estudo dessa natureza, uma vez que os indicadores de envelhecimento da população vêm sendo confirmados pelos indicadores demográficos que sugerem o aumento no número de idosos e a crescente longevidade nas próximas décadas.

Em termos quantitativos, nas últimas décadas, o Brasil tem registrado redução significativa na participação da população com idades até 25 anos e aumento no número de idosos. Tal diferença é mais evidente se comparada às populações de, até quatro anos de idade, e acima dos 65 anos. De acordo com dados do IBGE, de 2010, o país tem 13,8 milhões de crianças de, até quatro anos, e 14 milhões de pessoas com mais de 65 anos.

Tal contexto impõe aos pesquisadores novos desafios nos estudos que deem conta de uma realidade e temática complexa. Conforme Silva e Mura(2007), o envelhecimento é considerado natural, dinâmico, progressivo e irreversível, ocorrendo alterações morfológicas, bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e psicossociais. Essas modificações, apesar de serem normais do processo de envelhecimento, acarretam perdas progressivas da capacidade de adaptação ao meio ambiente e prejuízo na forma de se alimentar, tornando o indivíduo mais vulnerável, o que causa aumento da incidência da má nutrição e de processos patológicos nesse grupo.

Segundo Mahan e Escott-Stump (2002), os fatores envolvidos na maior expectativa de vida incluem melhoria nos cuidados médicos, melhores padrões de vida e, em grande parte, nutrição melhor. A maior consciência sobre a relação da nutrição e outras práticas de estilo de vida com a ocorrência de doenças do envelhecimento podem levar a mais aumento na expectativa de vida.

A alimentação é fundamental para o desenvolvimento do ser humano, desde antes do nascimento até o fim de seus dias. O estado nutricional do idoso corresponde ao reflexo de sua vida passada, em que vários fatores afetam o estado nutricional e, automaticamente, a sua vida. Sabe-se que o padrão alimentar de um indivíduo segue critérios que variam de hábitos alimentares e socioculturais nele incutidos, desde criança, até crenças e preceitos religiosos. Hábitos, gostos e aversões são solidificados



nos primeiros anos de vida e carregados até a idade adulta, em que alterações são difíceis e enfrentam resistências (PORTAL DO ENVELHECIMENTO, 2009).

O estado nutricional dos idosos tem se modificado nos últimos anos, o que pode ser explicado pelo alto consumo alimentar de calorias provenientes de gorduras, principalmente de origem animal, açúcar e alimentos refinados, em detrimento de outros nutrientes de baixa densidade energética como as frutas e verduras, bem como pela forma de obtenção e preparo dos alimentos (MARQUES, 2005).

Afim de que o idoso, como paciente, possa realmente, aderir ao plano de tratamento prescrito, é necessário que o mesmo saiba qual a importância entre hábitos alimentares e as patologias, assim percebendo a necessidade destes para sua qualidade de vida, para que, desta forma, se possa atuar dentro do princípio da equidade, no momento que se respeita a necessidade individual do sujeito, o que só se torna possível mediante o real conhecimento destes valores para o paciente.

O combate à obesidade está entre as medidas necessárias à promoção da saúde da população idosa. Na faixa etária acima de 60 anos, a obesidade é um problema que acomete cerca de 24% das mulheres e 9% dos homens. Embora o excesso de gordura corpórea seja mais comum no sexo feminino, as complicações metabólicas associadas à obesidade afetam principalmente os homens.

De acordo com Silva e Mura (2007), com o envelhecimento ocorre aumento progressivo da massa gordurosa e diminuição da massa magra (água, tecido muscular e tecido ósseo), A distribuição do tecido adiposo caracteriza-se por um padrão típico em que há concentração na região do tronco, com aumento de gordura abdominal e diminuição da gordura periférica.

Segundo Terra e Dornelles (2003), a obesidade deve ser encarada numa perspectiva de educação e reeducação alimentar. Os hábitos alimentares errôneos compõem os excessos de peso, devendo ser prevenidos e orientados não apenas na ótica das dietas, mas também na busca de hábitos saudáveis. A formação de hábitos saudáveis na alimentação contribui para um envelhecimento bem sucedido e uma melhor qualidade de vida.

Tem-se registrado envelhecimento mundial das populações. Este fato gera maior necessidade em aprofundar a compreensão sobre o papel da nutrição na promoção e manutenção da independência e autonomia dos idosos. A determinação do diagnóstico

nutricional e a identificação dos fatores que contribuem para tal diagnóstico no indivíduo idoso são, portanto, processos fundamentais, mas complexos. A complexidade deve-se à ocorrência de diversas alterações, tanto fisiológicas quanto patológicas, além de modificações de aspectos econômicos e de estilo de vida, entre outros, com o avançar da idade (SAMPAIO, 2004).

A intervenção nutricional tem como objetivo a prevenção de doenças, a proteção e a promoção de uma vida mais saudável, conduzindo ao bem-estar geral do indivíduo. A educação ou aconselhamento nutricional é o processo pelo qual pessoas são, efetivamente, auxiliadas a selecionar e programar comportamentos desejáveis de nutrição e estilo de vida. O resultado desse processo é a mudança de comportamento e não somente a melhora do conhecimento sobre nutrição.

A mudança desejada de um comportamento deve ser específica às necessidades e à situação de cada indivíduo. O paciente deve reconhecer que existe o problema e que existe de fato o desejo de mudá-lo. Sem esse desejo interno de cada indivíduo, todo o trabalho de educação é inútil (MENDONÇA, 2006).

Em vista do exposto, o presente estudo terá como objetivo avaliar os hábitos alimentares e caracterizar as condições de saúde de idosos frequentadores de convivência.

# **1 OBJETIVOS**

## **1.1 Geral**

Avaliar os hábitos alimentares de idosos frequentadores de grupo de convivência.

## **1.2 Específicos**

- Identificar os hábitos alimentares dos pesquisados.
- Caracterizar as condições sociodemográficas e de saúde.
- Comparar os hábitos alimentares dos diferentes gêneros.

## 2 METODOLOGIA

### 2.1 Delineamento do estudo, população e procedimento amostral

A pesquisa é um estudo quantitativo de natureza descritiva e analítica. O estudo será realizado na cidade de Frederico Westphalen - RS. Participará do estudo uma corte de idosos, isto é, pessoas com idade igual ou maior de 60 anos, conforme definição de idoso preconizada pela OMS para países em desenvolvimento (NAJAS, 1994), desde que possuam capacidade cognitiva para responder às questões, ou que estejam acompanhados de seu cuidador. O tamanho da amostra ( $n$ ) foi estimado para uma proporção com um nível de significância ( $\alpha$ ) de 5% e determinando um erro amostral de 5% da população. A Tabela 1 apresenta a proporção de pessoas idosas que participará da pesquisa. A técnica de amostragem é aleatória simples.

$$n = \frac{N \times \frac{1}{E^2}}{N + \frac{1}{E^2}} = \frac{740 \times \frac{1}{0,05^2}}{740 + \frac{1}{0,05^2}} = 259,6 = 260 \text{ sujeitos}$$

Onde  $E$  = erro amostral.

Tabela 1 - Distribuição da população e definição da amostra dos grupos de convivência de Frederico Westphalen – RS (idades entre 60 a 80 anos, sendo que 75% são mulheres).

Grupos	N	N
Um passo a mais	40	14
Comunidades Unidas	40	14
Novo Jeito de Viver	40	14
Boa Esperança	40	14
Novo Horizonte	40	14
Em busca de Um bom Viver	40	14
Unidos para Viver	40	14

Viver e Ser Feliz	40	14
União de São José	40	14
Esperança	40	14
Vem viver com Alegria	40	14
Recanto Amigo	100	35
Amigos para Sempre	100	35
Recanto da Felicidade	100	35
Total	740	260

## **2.2 Procedimentos de avaliação das condições de saúde e consumo alimentar**

Para a identificação dos idosos e avaliação dos hábitos alimentares será realizada pela pesquisadora uma entrevista: primeiramente, será preenchido um questionário de avaliação, contendo dados de identificação do indivíduo, indicadores socio-demográficos e clínicos (ANEXO I) e o Questionário de Frequência Alimentar (FISBERG et.al 2007), (ANEXO II), junto aos idosos.

## **2.3 Análises dos dados**

Para a estruturação do banco de dados utilizar-se-ão os aplicativos Excel 2007 e para as análises os programas estatísticos SPSS 15. A análise do questionário de avaliação, contendo dados de identificação do indivíduo, indicadores sócio-demográficos e clínicos (ANEXO I). Para a avaliação do hábito alimentar será aplicado o Questionário de Frequência Alimentar (QFA), proposto por Fisberget al. (2007), (ANEXO II).

## **2.4 Considerações éticas**

O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Passo Fundo (UPF) para verificar se contempla as normas da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes do estudo assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo IV).

## **2.5 Difusão do conhecimento gerado**

Quanto às contribuições científicas, os conhecimentos gerados a partir do desenvolvimento da pesquisa serão divulgados em eventos e revistas indexadas. Além disso, pretende-se contribuir para que os aspectos nutricionais possam ser redimensionados, de acordo com as necessidades e expectativas de um envelhecimento saudável.

## **3 REVISÃO DE LITERATURA**

### 3.1 Envelhecimento

Os indicadores de envelhecimento da população confirmados pelos dados demográficos (IBGE, 2010) sugerem o aumento no número de idosos e a crescente longevidade nas próximas décadas. Tal contexto impõe aos pesquisadores novos desafios nos estudos que deem conta de uma realidade e temática complexa. As variadas dimensões que envolvem os estudos sobre o processo de envelhecimento humano exigem, também um diálogo cada vez mais próximo entre as diversas áreas do conhecimento. Em termos quantitativos, nas últimas décadas, o Brasil tem registrado redução significativa na participação da população com idades até 25 anos e aumento no número de idosos. Tal diferença é mais evidente se comparadas às populações de até quatro anos de idade e acima dos 65 anos. De acordo com dados do IBGE (2010), o país tem 13,8 milhões de crianças de até quatro anos e 14 milhões de pessoas com mais de 65 anos.

A melhora na expectativa de vida e a queda na mortalidade da população de 6,6% para 6,23% num período de dez anos foram responsáveis por um aumento considerável no número de idosos no Brasil. Hoje, os maiores de 60 anos representam 10,5% da população e somam quase 20 milhões de pessoas. Na última década, o aumento foi de 47,8%, sendo que o crescimento total da população brasileira no período foi bem menor: 21,6%. Se se considerarem apenas os com mais de 80 anos (longevos), que representam 1,4% da população e somam 2,6 milhões de pessoas, o aumento foi ainda mais relevante: 86,1% (SILVA, 2007).

O envelhecimento saudável é, assim, entendido como a interação entre saúde física e mental, independência nas atividades de vida diária (capacidade de vestir-se, tomar banho, fazer higiene, transferir-se, alimentar-se, ser continente), integração social, suporte familiar e independência econômica (MOTTA e AGUIAR, 2007).

O termo “envelhecimento produtivo” tem sido, largamente utilizado, para significar uma tendência crescente de estilo de vida em uma sociedade que envelhece. Os idosos estão promovendo e organizando estilos de vida que permitam sua participação ativa nos avanços econômicos e sociais de seus países, de modo a assegurar que eles sejam considerados mais contribuintes do que dependentes. Esta participação

tem o benefício adicional de contribuir para melhorar a sua própria saúde, independência e bem-estar.

O envelhecimento saudável é hoje resultado de fatores físicos, psíquicos, sociais, espirituais e de trabalho entre outros, que exigem estar atento a diferentes possibilidades de tomada de decisão que possam ajudar a promover capacidades existentes a promoção do autocuidado, da autoestima e a relação com os outros (TERRA, 2003).

O envelhecimento saudável é, assim, entendido como a interação entre saúde física e mental, independência nas atividades de vida diária (capacidade de vestir-se, tomar banho, fazer higiene, transferir-se, alimentar-se, ser continente), integração social, suporte familiar e independência econômica (BR MONOGRAFIAS, 2009).

Na área da saúde, estudos sinalizam que as características ambientais, a dieta, os hábitos de vida, os fatores de risco como, por exemplo, o fumo, o álcool, a obesidade, o colesterol, dentre outros, têm repercussão sobre os aspectos fisiológicos e metabólicos do organismo envelhecido. Tomando como espelho essa inferência, é possível buscar o envelhecimento saudável por meio da promoção da saúde e da prevenção das doenças, mantendo a capacidade funcional pelo maior tempo possível. Em sendo assim, é importante entender que a capacidade funcional no idoso é resultante do cuidado preventivo, a partir de um enfoque holístico da saúde, envolvendo alimentação, atividade física, atividade mental e equilíbrio emocional, incorporados no curso de sua vida (ALENCAR, JUNIOR e CARVALHO, 2008).

No Brasil e em diversos outros países em desenvolvimento, o aumento da população idosa vem ocorrendo de forma muito rápida, sem a correspondente modificação nas condições de vida. Problemas de saúde como doenças infecto-contagiosas e parasitárias, ainda persistem sem solução, bem como as doenças crônicas não transmissíveis, cuja incidência aumenta, ocupando lugar de destaque no perfil de mortalidade desses países. Esse envelhecimento populacional determina um substancial aumento, tanto nos recursos materiais e humanos necessários aos serviços de saúde do país, como nos seus custos, visto que, em geral, as doenças que acometem essa camada da população necessitam de tratamento por períodos prolongados com alta tecnologia (CERVATO, 2005).

Para Camarano (2004), o envelhecimento é percebido e entendido de várias maneiras diferentes, levando sempre em consideração as variações culturais. Ele pode



se referir a processos biológicos, aparência física, eventos de desengajamento da vida social, como aposentadoria e aparecimento de novos papéis sociais, como o de avós. Como o segmento idoso compreende um intervalo etário amplo, aproximadamente 30 anos, é comum distinguir dois grupos: os idosos jovens e os mais idosos.

O envelhecimento populacional não é mais uma característica única dos países desenvolvidos, pois o Brasil, também, passa por um processo de mudança demográfica. No último século, o homem conquistou um aumento na expectativa de vida de mais de 30 anos graças às melhorias nos serviços de saneamento, nutrição, descobertas de antibióticos e a construção de ambientes mais seguros e saudáveis que revolucionaram a condição humana na Terra (FELIPE, 2006).

Para Junior (2008), o aumento na perspectiva de vida acarreta em profundas mudanças inclusive na própria maneira de ver o idoso. A velhice, que sempre foi vista como o período da vida de decadência física e mental, e como um problema, aos poucos está ganhando uma nova perspectiva e conceito sobre terceira idade.

O envelhecimento e a presença da população de idosos nos processos sociais estão alterando as relações de valores e condições de vida; as mudanças de estrutura da população vêm introduzindo novos objetivos políticos e sociais para os velhos que farão parte do futuro (FELIPE, 2008).

### **3.2 Hábitos alimentares**

No processo de envelhecimento a importância da alimentação é comprovada por estudos epidemiológicos, clínicos e de intervenção, entre outros, que têm demonstrado ligação consistente entre o tipo de dieta e o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, incluindo as doenças cardíacas coronarianas, doenças cérebro vasculares, vários tipos de cânceres, diabetes melito, cálculos biliares, cáries dentárias, distúrbios gastrointestinais e várias doenças ósseas e de articulações (CERVATO, 2005).

Conforme Relvas (2006), a alimentação do idoso requer muita atenção, pois suas funções normais se alteram sejam as condições internas de seu corpo ou as relacionadas aos contextos externos do ambiente, que modificam os seus hábitos.

Quanto à alimentação, Rodrigues e Diogo (2000) afirmam que o alimento é toda substância ingerida para manutenção e fornecimento de energia. Os nutrientes são compostos por carboidratos, proteínas, gorduras, vitaminas, minerais e água, determinados como alimentos funcionais. Com a idade e o processo de envelhecimento o consumidor idoso passa a sofrer algumas alterações em sua estrutura física (interna e externa) e alterações mentais.

A alimentação adequada para os idosos deve ser equilibrada, com proteínas, vitaminas e sais minerais; baixo teor de gordura; ser rica em fibras; moderada em sal e açúcar; conter líquidos. Deve ser ingerida menor quantidade, mas em maior número de vezes ao dia. Deve ser de fácil digestão, ter aspecto agradável e respeitar os hábitos adquiridos ao longo de sua vida (RODRIGUES e DIOGO, 2000).

Os mesmos autores identificaram alguns dos fatores que interferem na alimentação do idoso, são eles: alteração digestiva, hábitos culturais e religiosos, fatores psicológicos, problemas de saúde e fatores socioeconômicos. Além disso, segundo a Revista 3ª Idade (2008), os seguintes fatores, também, são afetados com a idade:

**1 – fatores fisiológicos:** sensoriais, gastrintestinais, metabólicos, cardiovasculares e renais;

**2 – fatores psicossociais:** mudanças radicais nos hábitos alimentares, assim como alteração nos alimentos, não são bem-vindas a este grupo;

**3 – fatores físicos:** quando atingida por uma diminuição da visão e incapacidade física, a pessoa idosa encontra-se na armadilha da imobilidade. A compra de alimentos é difícil. Portanto, no estudo do comportamento de consumo de produtos alimentícios, abordando os hábitos alimentares dos idosos, esses fatores são indispensáveis na análise.

Ruga (2003) investigou a alimentação de idosas, revelando hábitos alimentares inapropriados para a idade, tendo constatado que 66,5% das entrevistadas não se alimentam, adequadamente, e, apenas 6% consomem carne diariamente. Tais percentuais são considerados, extremamente baixos, para um universo de pessoas de classe média e com bom nível de escolaridade.

Segundo Ruga (2003), uma das explicações para o baixo índice de consumo de alimentos essenciais para a terceira idade seria o fator social, como, por exemplo, a falta

de motivação para preparar a alimentação e a desmotivação psicológica das idosas, causada por isolamento, depressão e perdas.

Campos, Monteiro e Ornelas (2000) identificaram que os fatores que afetam o consumo de nutrientes nos idosos são socioeconômicos; alterações fisiológicas, tais como aquelas que comprometem o funcionamento do aparelho digestivo, percepção sensorial, capacidade mastigatória, composição e fluxo salivar, mucosa oral, estrutura e função do esôfago e do intestino; alterações no pâncreas, na estrutura e na função do fígado e vias biliares; diminuição da sensibilidade à sede e efeitos secundários dos fármacos.

A desnutrição pode ser causada pelo acesso limitado a alimentos, dificuldades socioeconômicas, falta de informação e conhecimento sobre nutrição, escolhas erradas de alimentos (alimentos ricos em gordura, por exemplo), doenças e uso de medicamentos, perda de dentes, isolamento social, deficiências cognitivas ou físicas que inibem a capacidade de comprar comida e prepará-la, situações de emergência e falta de atividade física. Para Campos (1996, apud FELIPE, 2006), os problemas nutricionais na terceira idade, como sobrepeso, desnutrição, são comuns, sendo a má alimentação a principal causa da inadequação nutricional. Quanto à inadequação alimentar do idoso o Ministério da Saúde (2005) afirma que o consumo excessivo de calorias aumenta muito o risco de obesidade, doenças crônicas e deficiências durante o processo de envelhecimento.

Para o Ministério da Saúde (2008), dietas ricas em gordura (saturada) e sal, pobres em frutas, legumes/verduras e que não suprem uma quantidade suficiente de fibras e vitaminas, combinadas ao sedentarismo, são os maiores fatores de riscos de problemas crônicos, como diabete, doença cardiovascular, pressão alta, obesidade, artrite e alguns tipos de câncer.

Na visão de Garcia (2003), a globalização atinge a indústria de alimentos, o setor agropecuário, a distribuição de alimentos em redes de mercados de grande superfície e cadeias de lanchonetes e restaurantes. Segundo Garcia (2003), as novas demandas geradas pelo modo de vida urbano, a necessidade de adequar a vida segundo as condições das quais dispõe, como tempo, recursos financeiros, locais disponíveis para se alimentar, levaram a indústria e comércio, a apresentarem alternativas adaptadas às

condições urbanas. Assim, oferece novas modalidades no modo de comer, o que, certamente, contribui para mudanças no consumo alimentar.

De acordo com o Ministério da Saúde (2008), o ritmo agitado imposto pelo mercado de trabalho deixa, cada vez menos tempo livre, para alimentação e lazer. Os intervalos precisam ser bem aproveitados e o horário das refeições, em especial o do almoço, acaba servindo para várias atividades. Para Garcia (2003), o meio urbano, principalmente os grandes centros, caracterizam-se pela escassez de tempo para o preparo e o consumo de alimentos; pela presença de produtos produzidos com novas técnicas de conservação e de preparo, que agregam tempo e trabalho; pelo vasto leque de itens alimentares; pelos deslocamentos das refeições feitas em casa para estabelecimentos que comercializam alimentos, como restaurantes, lanchonetes, vendedores ambulantes, padarias etc.

Para Schlindwein e Kassouf (2007), existem sérias implicações resultantes de mudanças nos padrões dietéticos e de atividades associadas com a urbanização. O maior consumo de gorduras e açúcar refinado, combinado a um estilo de vida mais sedentário, por exemplo, aumenta os riscos de obesidade, doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer e outras doenças crônicas. Na concepção de Bleil (1998) esses novos hábitos alimentares da população urbana, orientando para escolhas de alimentos mais condizentes com o novo estilo de vida, são menos satisfatórias ao paladar e são menos ricos em nutrientes.

Para os mesmos autores, existem muitos problemas decorrentes tanto do de uma dieta alimentar insuficiente que acarreta em deficiências nutricionais, quanto do consumo alimentar excessivo que provoque a obesidade. Uma boa qualidade de vida e de saúde requer uma dieta adequada em quantidade e qualidade.

O padrão alimentar da população urbana brasileira sofreu modificações expressivas, com aumento no consumo de proteínas de origem animal e lipídios de origem animal e vegetal, e redução no consumo de cereais, leguminosas, raízes e tubérculos (MONTEIRO, 2009), o que, associado a fatores como hereditariedade, obesidade e inatividade física, tem contribuído para a elevação na prevalência da hipertensão e do diabetes (RIBEIRO, 2006).

Pesquisas recentes sugerem efeito complexo da ingestão de frutas e hortaliças no controle das doenças cardiovasculares e de outras morbidades. Neste sentido, o

consumo insuficiente de frutas e hortaliças aumenta o risco de DCNT (STEPFEN, 2007). A importância das frutas e hortaliças na alimentação é destacada pelo fato de que estas se constituem em fontes de minerais, vitaminas, fibras alimentares, antioxidantes e fitoquímicos que protegem o organismo contra o envelhecimento precoce, a aterosclerose e alguns tipos de câncer (HOLLMAN, 1999. RESNICK, 2000)

Segundo Schlindwein e Kassouf (2007), a urbanização está associada à mudança no estilo de vida das pessoas. Estas passam a ser mais sedentárias e a se defrontarem com uma gama de opções para o consumo de diferentes tipos de alimentos. A urbanização é acompanhada por um maior número de ocupações que demandam menos esforço físico devido, principalmente, às novas tecnologias. Maiores opções de transportes públicos e mudanças das atividades de lazer – para jogos de computador e televisor – também contribuem para a redução das atividades físicas. Enquanto as mudanças no trabalho afetam, basicamente, os adultos, a tecnologia, os transportes e o lazer afetam, também, as crianças e podem ser responsáveis, em grande parte, pelo crescimento da obesidade infantil observada mundialmente.

Para o Ministério da Saúde (2008), a alimentação dá-se em função do consumo de alimentos e não de nutrientes; uma alimentação saudável deve estar baseada em práticas alimentares que tenham significado social e cultural.

Já, segundo estudo realizado por Martins et.al (2010), a alimentação dos idosos avaliados apresenta-se inadequada nos aspectos quantitativo e qualitativo, o que é preocupante visto que os erros alimentares representam um risco ao controle de sua doença, podendo, inclusive, contribuir para o agravamento da mesma. A maioria dos idosos apresentou consumo inadequado de frutas, hortaliças, leite e derivados, e observou-se que, quanto maior o consumo desses alimentos pelos participantes menores os valores de pressão arterial sistólica e diastólica encontrados. Houve, também, redução na glicação da hemoglobina com o aumento do consumo de hortaliças, além de associação positiva entre aumento dos níveis de triglicérides e aumento do consumo de cereais (MARTINS, 2010).

A adoção de dietas balanceadas e a redução de sal e açúcar, por exemplo, são consideradas alterações substanciais em práticas alimentares de pessoas idosas, principalmente entre indivíduos que passaram parte significativa de suas vidas consumindo gordura e grandes quantidades de carboidratos para realizarem trabalhos

que lhes demandaram grande esforço físico. Assim, em alguns segmentos de idosos, pode-se encontrar resistência em adquirir novos hábitos, devido à valorização da cultura alimentar vivenciada na família e à consolidação de práticas estabelecidas, valorizadas simbolicamente, por esses (LAUREATI et al., 2006).

McKie et al. (2000) mostraram, através de um estudo conduzido na Escócia com 232 idosos, que a definição de uma comida saudável para aquele grupo abrangue significados, como: a) comida caseira: composta de ingredientes naturais, tais como carne fresca e vegetais frescos, b) comida variada: variedade de ingredientes de uma lista de alimentos “familiares”; o entendimento é que variedade é uma coisa boa; c) comer com moderação: reduzir o risco de ganhar peso para não se tornar dependente de locomoção e para não comprometer a saúde em outros aspectos; comer com sabedoria “não comer por comer”; d) manutenção do ritual de compra, preparação e consumo, de modo a superar as flutuações no apetite e na motivação para comer; isto é, a regularidade é considerada uma dieta adequada para “manter-se bem”. Os pratos prontos e semiprontos e a comida industrializada não tiveram a aprovação dos entrevistados na presente pesquisa, pois a conveniência de forma e tempo não foi considerada um fator determinante na compra de alimentos. Para os autores, os pratos industrializados foram vistos como “porcaria” ou “refugo”.

Nas últimas três décadas, a sociedade vem passando por transformações que acabam por refletir nos hábitos alimentares da população. Estas mudanças podem ser exemplificadas pelo aumento da alimentação fora de casa, pela maior participação da mulher no mercado de trabalho, pela taxa de urbanização, pela busca da melhoria de qualidade de vida e pelo aumento da população idosa (LIMA, 2008).

A pessoa idosa tende a seguir o hábito alimentar adquirido na infância e adolescência, período em que, provavelmente, formam-se as preferências alimentares. Este resultado da refeição “arroz com feijão” é coerente com as conclusões a que chegou Najas (1994), quando analisou os padrões alimentares dos idosos de diferentes classes socioeconômicas da cidade de São Paulo.

Nesse sentido, as políticas públicas dirigidas, especificamente aos idosos, ou não, a exemplo do Programa de Saúde da Família (PSF), do Programa Bolsa Família, da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, devem considerar a diversidade de gostos, respeitando os valores alimentares desse segmento e não tentar impor hábitos culturais

que confrontam aos dessa população. Segundo Gustafsson e Sindenvall (2002), a imposição de novos hábitos pode levar o idoso a se sentir frustrado e infeliz, podendo comprometer sua autoestima, possibilitando, por sua vez, o aparecimento de doenças somáticas que, segundo a psicanálise, "escondem" afetos.





## 5 ORÇAMENTO

Material de consumo	
Materiais de expediente	R\$ 1.100,00
Fotocópias	R\$ 400,00
Subtotal	R\$ 1.500,00

OBS: Os custos mencionados acima serão de responsabilidade do pesquisador.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Notícia. Geriatria/ Idoso – *Na terceira idade a obesidade é mais comum em mulheres do que nos homens*. 2004. Disponível em: <<http://www.drashirleydecampus.com.br>>. Acesso em: nov. de 2009.

ALENCAR, M.S.S.; JUNIOR, F.O.B.; CARVALHO, C.M.R.G. Os Aportes Sócio-políticos da educação nutricional na perspectiva de um envelhecimento saudável.*Revista Nutrição*, Campinas, v.21.n.4. July/aug., 2008.

MOTTA, L.B. *Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade*. Disponível em: <<http://br.monografias.com/trabalhos903/competencias-profissionais-saude/competencias-profissionais-saude.shtml#intro>>. Acesso em: 10 nov. 2009.

CAMARANO, A. A. (org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?*. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMPOS, M.; Monteiro, J.; Oonelas, A. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso.*Revista Nutrição*, Campinas, v. 13. n. 3.set./dez., 2000.

CERVATO, A.M.; DERNTL, A.M.; LATORRE, M.R.D.O.; MARICCI, M.F.N. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a terceira Idade.*Revista Nutrição*, Campinas, v.18. n.1. Jan/Fev., 2005.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux. *Atendimento Domiciliar*. Um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

FELIPE, M. R. *Atenção nutricional a turistas idosos: Um Estudo da Rede Hoteleira do Balneário Camboriú/SC*. 2006. 136f. Dissertação de (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação do Centro de Educação de Balneário Camboriú, Universidade do vale do Itajaí, Balneário Camboriú, 2006. Disponível em: <[http://www6.univali.br/tede/tde\\_arquivos/9/TDE-2007-03-26T123536Z-185/Publico/Marcia%20Reis%20Felipe.pdf](http://www6.univali.br/tede/tde_arquivos/9/TDE-2007-03-26T123536Z-185/Publico/Marcia%20Reis%20Felipe.pdf)> Acesso em: 03 set. 2008.

FISBERG, R.M.; SLATER, B.; MARCHIONI, D.M.L. et al. *Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas*. 1. ed. São Paulo: Manole, 2007.

GARCIA, RWD. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana.*Revista Nutrição*, Campinas, v.16.n.4.Oct./Dec., 2003.<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S14155273200300040011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14155273200300040011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 9 nov. 2008.

GUSTAFSSON, K.; SIDENVALL, B. Food-related health perceptions and foods habits among older women. *Journal of Advanced Nursing*, v.39.n.2. p.164-173, 2002.

HOLLMAN, P. C. H.; KATANMB. Dietary flavonoids: intake, health effects and bioavailability. *FoodChemToxicol*. 1999; 37(10):937-42.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. 2010. Disponível em: <[http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados\\_do\\_censo2010.php](http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php)>. Acesso em: 05 jul. 2011.

Institute of Medicine/Food and Nutrition Board. *Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and aminoacids (macronutrients)*. Washington, National Academy Press, 2002. p.697-736. In: Cuppari L. *Nutrição Clínica do Adulto*. 2. ed. São Paulo: Manole, 2006.

JUNIOR, J. C. B. R. *Perspectivas Sociais do Processo de Envelhecimento*. 2008. Disponível em: <<http://www.partes.com.br/terceiridade/perspectivassociais.asp>> Acesso em: 6 set. 2008.

KALACHE, Alexandre. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13. n. 4., 2008.

LAUREATI, M. et al. Sensory acceptability of traditional food preparations by elderly people. *FoodQualityandPreference*, v.17.p.43-52, 2006.

LIMA, Filho D. O.; et.al. Comportamento alimentar do consumidor idoso. *Revista de Negócios*, Blumenau, v. 13.n. 4. p. 27 – 39 Outubro/Dezembro, 2008.

MAHAN, Kathleem L.; ESCOTT-STUMP, Sylvia. *Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia*. 10. ed. São Paulo: Roca, 2002.

MARQUES, Ana Paula; ARRUDA, Ilma; ESPIRITO SANTO, Antônio; GUERRA, Mariana. Consumo alimentar em mulheres idosas com sobrepeso. *Textos Envelhecer*. v. 8. n.2. p. 169-186, 2005.

MARTINS, M. P. S. C.; et.al. Consumo Alimentar, Pressão Arterial e Controle Metabólico em Idosos Diabéticos Hipertensos. *Rev. Bras. Cardiol*, v.23. n. 3. p. 162-170 maio/junho, 2010.

MENDONÇA, Deise Regina Baptista. *A Importância da Educação Nutricional. Sociedade Brasileira De Diabetes*, 15/04/2006. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/contagem-de-carboidratos/181-a-importancia-da-educacao-nutricional>>. Acesso em 30 mai. 2011.

MCKIE, L. et al. The food consumption patterns and perceptions of dietary advice of older people. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, v.13, p.173-183, 2000.

Ministério Da Saúde (BR). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde*. Brasília, DF: 2005. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimento\\_ativo\\_idoso.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimento_ativo_idoso.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2008.

\_\_\_\_\_. *Alimentação saudável*. Brasília, DF: 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao\\_saudavel.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_saudavel.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2008.

MONTEIRO, C. A.; BENÍCIO, M. H. D. A.; GOUVEIA, N.C.; CARDOSO, M.A. *Evolução da desnutrição infantil*. In: Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde. Universidade de São Paulo: Hucitec; 2000. p.93-114.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.12 n.2 Mar./Abr., 2007.

NAJAS, MS. et al. Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidade urbana da região sudeste, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v.28. n. 3. p.187-191, 1994.

Portal do Envelhecimento. *Envelhecimento: transição alimentar e doenças nutricionais*. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/pforum/nue3.htm>> Acesso em: 10 nov. 2009.

RELVAS, K.; MENDONÇA, P. S. M. *Hábitos de compra e consumo alimentar de idosos nas cidades de São Paulo, Porto Alegre, Goiânia, Recife*. Mato Grosso do Sul, 2006. 124 p. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2006.

RESNICK, M.; OPARIL, S.; CHAIT, A. Q.; HAYNES, R. B.; KRIS-ETHERTON, P.; STERN, J. S.; et al. Factors affecting blood pressure responses to diet: the Vanguard study. *Am J Hypertens*, v. 13. n.9. p. 56-65, 2000.

Revista 3ª Idade. *A terceira idade: há 20 anos divulgando experiências e reflexões sobre o envelhecimento*. *Revista 3ª Idade*, São Paulo, v. 19. n. 43. out. 2008.

RIBEIRO, R. Q. C.; LOTUFO, P. A.; LAMOUNIER, J.A.; OLIVEIRA, R.G.; SOARES, J.F.; BOTTER, D.A. Fatores adicionais de risco cardiovascular associados ao excesso de peso em crianças e adolescentes. *Arq Bras Cardiol*. v.86 n.6. p. 08-18, 2006.

RODRIGUES, R. A. P.; DIOGO, M. J. D. E. *Como cuidar dos idosos*. 3. ed. Rio de Janeiro: Papirus., 2000. Coleção Viva Idade

RUGA, G. *Percepção gustativa, consumo e preferências alimentares de mulheres da 3ª idade: um estudo de caso*. Campinas. 2003. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Engenharia de Alimentos, UNICAMP, 2003.

SAMPAIO, LÍLIAN RAMOS. Avaliação nutricional e envelhecimento. *Revista Nutrição*, Campinas, v.17. n.4. Oct./Dec., 2004.

SCHLINDWEIN, M. M.; KASSOUF, A. L. *Mudanças no padrão de consumo de alimentos tempo-intensivos e de alimentos poupadores de tempo, por região no Brasil*. v. 2. Brasília: Ipea, 2007.

SILVA, Sandra M.C.S.; MURA, Joana D.P. *Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia*. São Paulo/ SP: Roca, 2007.

STEPFEN, L. M.; FOLSOM, A.R.; CUSHMAN, M.; ROASAMOND, W. D. Greater fish, fruit, vegetables intakes are related to lower incidence of venous thromboembolism. *Circulation*, v.115. n. 2. p. 88-95, 2007.

TERRA, Newton Luiz; DORNELLES, Beatriz (orgs). *Envelhecimento bem-sucedido*. 2. ed. Programa GERON, PUCRS. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population division. *World Population Prospects: the 2008 revision: highlights. Key findings*. New York: United Nations; 2009. Working paper No. ESA/P/WP.210. p..IX-XIII. [107p.] Disponível em: <<http://WWW.un.org/esa/population/publications/wpp2008/wpp2008highlights.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

## **ANEXOS**

## ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ D.N: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_ Sexo: ( )F ( )M

Faixa Etária: ( ) 60-69

( ) 70-79

( ) 80-89

( ) + de 90 anos

Estado Civil: ( ) solteiro ( ) casado ( ) viúvo ( ) divorciado./separado

Religião: ( ) católico ( ) evangélico ( ) protestante ( ) espírita ( ) outra \_\_\_\_\_

Escolaridade:

( ) Ensino Fundamental incompleto

( ) Ensino Fundamental completo

( ) Ensino Médio incompleto

( ) Ensino Médio completo

( ) Nível Superior incompleto

( ) Nível Superior completo

Tabagista? ( ) sim \_\_\_ Cigarros/dia ( ) não

Há quanto tempo fuma?

( ) – de 6m ( ) 6m-1 ano ( ) 1-5anos ( ) 5-10 anos ( ) 10-20anos ( ) + de 20 anos \_\_\_

Parou de fumar a quanto tempo?

( ) menos de 6 meses ( ) 6meses-1 ano ( ) 1-5anos ( ) 5-10anos ( ) 10-20anos

( ) + de 20 anos

Ingere bebida alcoolica? ( ) não ( ) sim

Se sim, \_\_ vezes por semana

Quantidade? ( ) 1 taça ( ) + de uma

Renda individual:

( ) até 1 salário mínimo ( ) 2 salários ( ) 3 salários ( ) 4 salários ou mais

Tem casa própria? ( ) sim ( ) não

Consulta médico regularmente? ( ) sim ( ) não ( ) só quando adoecer

Já fez algum tipo de cirurgia?

( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_

Já consultou com nutricionista? ( ) sim ( ) não

Frequênta grupos da terceira idade?( ) sim ( ) não

Há quanto tempo? ( ) 1 ano ( ) 2 anos ( ) 5 anos ou mais

Tem alguma doença? ( ) não ( ) sim

( ) Diabetes ( ) Dislipidemia ( ) Hipertensão ( ) Cardiovascular ( ) AVC

Fatores de risco cardiovasculares:

( ) Hipertenso ( ) Diabético ( ) Fumante

Faz uso de medicamentos?

( ) sim ( ) não

Qual? ( ) diuréticos ( ) hipotensores ( ) antidepressivos ( ) outro \_\_\_\_\_



Tem dificuldade em alguma AVD? ( ) não

( ) vestir-se ( ) higiene ( ) pentear os cabelos ( ) transferências ( ) caminhar

Foi internado nos últimos 5 anos? ( ) não ( ) sim

Quantas vezes? ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) + de 5

Considera sua visão: ( ) ruim ( ) regular ( ) boa

Tem alteração visual? ( ) sim ( ) não

Faz uso de óculos? ( ) sim ( ) não

Tem algum plano de saúde? ( ) não ( ) sim

( ) IPE ( ) Unimed ( ) outro \_\_\_\_\_

Qual sua ocupação atual?

1. ( ) Aposentado/ Aposentada 2. ( ) Pensionista 3. ( ) Nunca trabalhou

4. ( ) Dona de casa 5. ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Qual era sua profissão anterior?

---

Mora sozinho? ( ) sim ( ) não

Quantas pessoas moram na sua casa?

( ) 2 ( ) 3 ( ) 4

Você tem filhos? ( ) não ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) + que 6

Você tem netos? ( ) não ( ) sim ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) + que 6

Pratica atividade física: ( ) não ( ) sim

( ) 1x/sem. ( ) 2x/sem. ( ) 3x/sem. ( ) 4x/sem. ( ) todos dias

Quanto tempo faz de atividade?

10 min/dia  20-30  30-40  40-60  + 60

Há quanto tempo ?  -de 6 m  6m  1 ano  + de 1 ano

Que tipo de atividade física pratica:

caminhada  alongamento  dança  hidroginástica  musculação

outro \_\_\_\_\_

Há quanto tempo pratica essa atividade física?

- de 6 meses  6m-1 ano  2-3 anos  4-5 anos  + 5 anos

Em geral, como diria que sua saúde está:

1. Ótima 2. Boa 3. Regular 4. Ruim 5. Péssima

## ANEXO II – QUESTIONÁRIOS QUANTITATIVO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
 FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA  
 DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO  
 Av. Dr. Arnaldo, 715 - Cerqueira César - São Paulo/SP CEP: 01246-904  
 ☎ (011) 3066-7701/7705 - Fax (011) 3062-6748

### QUESTIONÁRIO QUANTITATIVO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR

Data da entrevista \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 N° de identificação: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_ Sexo ( ) F ( ) M  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Tel. para contato: \_\_\_\_\_  
 Idade atual: \_\_\_\_\_ anos      Data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Dia da semana: \_\_\_\_\_

1. Você mudou seus hábitos alimentares recentemente ou está fazendo dieta para emagrecer ou por qualquer outro motivo?

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| (1) não   | (5) sim, para redução de sal        |
| (2) sim, para perda de peso                                     | (6) sim, para redução de colesterol |
| (3) sim, por orientação médica                                  | (7) sim, para ganho de peso         |
| (4) sim, para dieta vegetariana ou redução do consumo de carnes | Outro motivo: _____                 |

2. Você está tomando algo para suplementar sua dieta (vitaminas, minerais e outros produtos)?

- (1) não                                      (2) sim, regularmente                                      (3) sim, mas não regularmente

3. Se a resposta da pergunta anterior for sim, favor preencher o quadro abaixo:

SUPLEMENTO	COMPOSIÇÃO	DOSE	FREQUÊNCIA

4. As questões seguintes relacionam-se ao seu hábito alimentar usual no PERÍODO DE UM ANO. Para cada quadro responda, por favor, a frequência que melhor descreva QUANTAS VEZES você costuma comer cada item e a respectiva UNIDADE DE TEMPO (se por dia, por semana, por mês ou no ano). Depois, responda qual a sua PORÇÃO INDIVIDUAL USUAL em relação à porção média indicada. ESCOLHA SOMENTE UM CÍRCULO PARA CADA COLUNA.

Muitos grupos de alimentos incluem exemplos. Eles são sugestões e você pode não consumir todos os itens indicados. Se você não come ou raramente come um determinado item, preencha o círculo da primeira coluna (N = nunca come). NÃO DEIXE ITENS EM BRANCO.

GRUPO DE ALIMENTOS	Com que frequência você costuma comer?		Qual é o tamanho de sua porção em relação à porção média?	
	QUANTAS VEZES VOCE COME:	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Alimentos e preparações	Número de vezes: 1, 2, 3 etc. (N = nunca ou raramente comeu no último ano)	D = por dia S = por semana M = por mês A = por ano	Porção média de referência	P = menor que a porção média M = igual à porção média (M) G = maior que a porção M E = bem maior que a porção M

SOPAS E MASSAS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Sopas (de legumes, canja, creme, etc)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 concha média (150g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Salgados fritos (pastel, coxinha, risssólis, bolinho)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 unidade grande (80g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Salgados assados (esfiha, bauruzinho, torta)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	2 unidades ou 2 pedaços médios (140g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Macarrão com molho sem carne	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 prato raso (200g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Macarrão com molho com carne, lasanha, nhoque	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 escumadeira ou 1 pedaço pequeno (110g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Pizza, panqueca	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	2 fatias pequenas ou 2 unidades (180g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Polenta cozida ou frita	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 1/2 colheres de arroz (90g)	P M G E ○ ○ ○ ○

CARNES E PEIXES	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Carne de boi (bife, cozida, assada), miúdos, vísceras	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 bife médio ou 2 pedaços (100g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Carne de porco (lombo, bisteca)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 fatia média (100g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Carne seca, carne de sol, bacon	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	2 pedaços pequenos (40g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Linguiça	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 gomo médio (60g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Embutidos (presunto, mortadela, salsicha)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	2 fatias médias (30g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Frango (cozido, frito, grelhado, assado)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 pedaço ou 1 filé pequeno (60g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Hambúrguer, nuggets, almôndega	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 unidade média (60g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Peixe (cozido, frito, assado) e frutos do mar	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 filé pequeno ou 1 posta pequena (100g)	P M G E ○ ○ ○ ○

LEITE E DERIVADOS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Leite - tipo: ( ) integral ( ) desnatado ( ) semi-desnatado	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1/2 copo requeijão (125ml)	P M G E ○ ○ ○ ○
iogurte - tipo: ( ) natural ( ) com frutas	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 1/2 de frutas (150g) ou 1 natural média (160g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Queijo mussarela, prato, parmesão, provolone	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 1/2 fatias grossas (30g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Queijo minas, ricota	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 fatia média (30g)	P M G E ○ ○ ○ ○

LEGUMINOSAS E OVOS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Ovo (cozido, frito)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 unidade (50g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Feijão (carioca, roxo preto, verde)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 concha média (86g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Lentilha, ervilha seca, grão de bico, soja	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 colher de servir (35g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Feijoadá, feijão tropeiro	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 concha média (210g)	P M G E ○ ○ ○ ○

ARROZ E TUBÉRCULOS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Arroz branco ou integral cozido com óleo e temperos	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	2 escumadeiras médias (120g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Batata frita ou mandioca frita	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	2 colheres de servir cheia (100g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Batata, mandioca, inhame (cozida ou assada), purê	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 escumadeira cheia (90g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Salada de maionese com legumes	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	3 colheres de sopa (90g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Farinha de mandioca, farofa, cuscuz, aveia, tapioca	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	3 colheres de sopa (40g)	P M G E ○ ○ ○ ○

VERDURAS E LEGUMES	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Alface	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	3 folhas médias (30g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Tomate	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	3 fatias médias (40g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Cenoura	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 colher de sopa (25g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Outros legumes (abobrinha, berinjela, chuchu, pepino)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 colher de sopa cheia (30g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Outras verduras cruas (acelga, rúcula, agrião)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 prato de sobremesa (38g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Outras verduras cozidas (acelga, espinafre, escarola, couve)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 prato de sobremesa ou 1 colher de servir (30g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Brócolis, couve-flor, repolho	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 ramo ou 2 colheres de sopa (30g)	P M G E ○ ○ ○ ○

MOLHOS E TEMPEROS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Óleo, azeite ou vinagrete para tempero de salada	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 fio (5ml)	P M G E ○ ○ ○ ○
Maionese, molho para salada, patê, chantilly	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 colher de sobremesa cheia (17g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Sal para tempero de salada	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 pitada (0,35g)	P M G E ○ ○ ○ ○

FRUTAS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Laranja, mexerica	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 unidade média ou 1 fatia grande (180g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Banana	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 unidade média (86g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Maçã, pêra, abacaxi	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 unidade média (120g) 2 fatias pequenas (100g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Melão, melancia	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 fatia média melão (90g) 1 fatia pequena (100g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Mamão	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 1/2 fatias pequenas ou 1/2 unidade (155g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Goiaba	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 unidade média (170g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Abacate	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	2 colheres de sopa cheias (90g)	P M G E ○ ○ ○ ○

BEBIDAS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	ORÇÃO
Suco natural	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 copo de requeijão (240ml)	P M G E ○ ○ ○ ○
Suco industrializado	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 copo de requeijão (240ml)	P M G E ○ ○ ○ ○
Café ou chá sem açúcar	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	2 xícaras de café (90ml)	P M G E ○ ○ ○ ○
Café ou chá com açúcar	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	2 xícaras de café (90ml)	P M G E ○ ○ ○ ○
Refrigerante ( ) comum ( ) diet/light	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 copo de requeijão (240ml)	P M G E ○ ○ ○ ○
Cerveja	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	2 latas (700ml)	P M G E ○ ○ ○ ○

PÃES E BISCOITOS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	ORÇÃO
Pão francês, pão de forma, integral, pão doce, torrada	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 unidade ou 2 fatias (50g)	P M G E O O O O
Biscoito sem recheio (doce, salgado)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	4 unidades (24g)	P M G E O O O O
Biscoito recheado, waffer, amanteigado	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	3 unidades (41g)	P M G E O O O O
Bolo (simples, recheado)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 fatia média (60g)	P M G E O O O O
Manteiga ou margarina ( ) comum ( ) light	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	3 pontas de faca (15g)	P M G E O O O O
Sanduíche (cachorro-quente, hambúrguer)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	2 unidades simples (220g)	P M G E O O O O

DOCES E SOBREMESAS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	ORÇÃO
Chocolate, bombom, brigadeiro	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	2 bombons ou 3 brigadeiros (45g)	P M G E O O O O
Achocolatado em pó (adicionado ao leite)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	2 colheres de sopa (25g)	P M G E O O O O
Sobremesas, doces, tortas e pudins	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 pedaço ou 1 fatia média (60g)	P M G E O O O O
Açúcar, mel, geléia	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1/2 colher de sopa (6g)	P M G E O O O O

5. Quando você come carne bovina ou suína, você costuma comer a gordura visível?

( 1 ) nunca ou raramente    ( 2 ) algumas vezes    ( 3 ) sempre    ( 9 ) não sabe   

6. Quando você come frango ou peru, você costuma comer a pele?

( 1 ) nunca ou raramente    ( 2 ) algumas vezes    ( 3 ) sempre    ( 9 ) não sabe   

Por favor, liste qualquer outro alimento ou preparação importante que você costuma comer ou beber pelo menos UMA VEZ POR SEMANA que não foram citados aqui (por exemplo: leite-de-coco, outros tipos de carnes, receitas caseiras, creme de leite, leite condensado, gelatina e outros doces etc. ).

ALIMENTO	FREQUENCIA POR SEMANA	QUANTIDADE CONSUMIDA

Hora do Término da entrevista \_\_\_\_\_

(Fisberg RM, Slater B, Marchioni DML, et al Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2007).

## ANEXO IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade de Passo Fundo

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

---

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: Hábitos alimentares em idosos pertencentes a um grupo de convivência. Este estudo tem como objetivo avaliar os hábitos alimentares de idosos frequentadores de um grupo de convivência. Esta pesquisa se justifica, devido a hábitos alimentares inadequados que dentre outras coisas, podem provocar excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis. Para tanto, a prevenção e orientações sobre hábitos alimentares e estilo de vida saudáveis é de suma importância.

O (a) Sr. (a) participará desta pesquisa, interagindo de forma individual e grupal, com duração de três meses, com atendimentos quinzenais, nas quartas-feiras ou nas quintas-feiras, no período da tarde, com duração de uma hora.

A participação do (a) Sr (a) não implicará em risco algum, tendo como desconforto dispor de alguns minutos do seu tempo para a realização das entrevistas e avaliações nutricionais. Se ocorrer algum constrangimento gerado por algum questionamento de caráter pessoal, o (a) Sr.(a) poderá não responder se assim desejar.

Os benefícios da participação do (a) Sr. (a) na pesquisa serão a participação em atendimento de nutrição, pois, sabemos da importância da alimentação e o estilo de vida sobre a saúde da população e, também, suas influências no surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, que têm grande ocorrência em idosos, e a possibilidade de criação de relações e senso de pertencimento em espaços interacionais. Os resultados da pesquisa serão utilizados com a finalidade de desenvolver a pesquisa citada e as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e será mantido sigilo da



sua participação. Os depoimentos serão divulgados de modo que não permitam a identificação do (a) Sr. (a).

O (a) Sr.(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, a qualquer momento. Se o (a) Sr.(a) não quiser participar, não haverá nenhuma mudança no seu tratamento ou na sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Mesmo que o (a) Sr.(a) aceite participar, estará livre para desistir a qualquer momento.

Dionara Simoni Hermes Volkweis  
Frederico Westphalen – RS  
CEP 98400-000  
Fone: (055) 99138890

Dr<sup>a</sup> Eliane Lúcia Colussi  
Passo Fundo – RS  
CEP 99010-1100  
Fone: (054) 99654897

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Nome do entrevistado ou responsável

---

Assinatura do entrevistado ou responsável

