

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**

**CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE**

**UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE**

**CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO**

**KARLA THUANY DE OLIVEIRA SANTOS**

**CARACTERIZAÇÃO DE IDOSOS QUE PARTICIPAM DE UM  
GRUPO ASSISTENCIAL NO MUNICÍPIO DE RIO TINTO-PB**

Cuité/PB

2015

KARLA THUANY DE OLIVEIRA SANTOS

**CARACTERIZAÇÃO DE IDOSOS QUE PARTICIPAM DE UM GRUPO  
ASSISTENCIAL NO MUNICÍPIO DE RIO TINTO-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Nutrição Clínica.

Orientadora: Profa. Msc. Janaina Almeida Dantas Esmero.

Cuité/PB

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

S237c Santos, Karla Thuany de Oliveira.

Caracterização de idosos que participam de um grupo assistencial no município de Rio Tinto - PB. / Karla Thuany de Oliveira Santos. – Cuité: CES, 2015.

70 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Nutrição) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Janaina Almeida Dantas Esmero.

1. Estado nutricional - idosos. 2. Hábitos alimentares - idosos. 3. Envelhecimento. I. Título.

CDU 612.3

KARLA THUANY DE OLVEIRA SANTOS

**CARACTERIZAÇÃO DE IDOSOS QUE PARTICIPAM DE UM GRUPO  
ASSISTENCIAL NO MUNICÍPIO DE RIO TINTO-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Nutrição Clínica.

Aprovado em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Msc. Janaina Almeida Dantas Esmero  
UFCG  
Orientador

---

Prof<sup>a</sup>. Msc. Marília Ferreira Frazão Tavares de Melo  
UFCG  
Examinador

---

Prof<sup>a</sup>. Msc. Raphaela Araújo Veloso Rodrigues  
UFCG  
Examinador

Cuité/PB

2015

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ser minha luz, nos momentos de escuridão, por ser meu sustento nos momentos de fraqueza, e por ser minha esperança, nos momentos de dúvida.

Aos meus pais, Alderi Santos e Maria Izelda, pelo amor e apoio incondicional e por acreditarem em mim, mais do que eu mesma.

A meu irmão, Diego Santos, por ser um grande incentivador e servir de fonte de expiração para mim.

A minha orientadora Janaína Almeida, pela sua total competência e comprometimento. Por apontar erros e mostrar o caminho certo, nas horas necessárias e por desenvolver o papel de educadora, de forma impecável.

A minha amiga de longa data, Jéssica Alves, pela irmandade que construímos, pelas inúmeras ajudas e palavras de apoio na hora do desespero. E, por ter feito o elo entre eu e o local da pesquisa. E o seu namorado, Elivaldo Souza, pela sua ajuda, que foi de suma importância.

As minhas companheiras de curso, pelo laço fraterno que nos unem para toda uma vida, Fiama Rodrigues, Carine Gomes e Miniamy Nóbrega, assim como pelas incontáveis palavras de apoio e estímulo.

As amigas que Cuité me deu, Tamyres Leite e Vitória Medeiros, pelos laços de amizade feitos, pelos momentos compartilhados e pelas inúmeras ajudas, que foi de suma importância.

Aos meus amigos: Dyego Carlos, Flaviane Nascimento, Jéssica Ariane, Josildo Júnior, Joremilson Filho e Rodrigo Dutra, pela irmandade que criamos ao longo dos anos e pelo constante apoio, ajuda e confiança em mim.

A Secretaria de Ação Social, de Rio Tinto, Maria Lúcia, que com muita atenção, permitiu a realização de minha pesquisa com o grupo de idosos “Vivendo a melhor idade”.

A coordenadora do grupo de idosos, Alice, por sua total atenção e paciência, e pelas inúmeras palavras de apoio, nas horas de desespero.

E, a todos aqueles que contribuíram direta e indiretamente, para a concretização de momento único e especial.

*“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”.*

*Charles Chaplin*

## RESUMO

SANTOS, K. T. O. **Caracterização de idosos que participam de um grupo assistencial no município de Rio Tinto-PB.** 2015. 70f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação e Nutrição) - Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2015.

O número de idosos no Brasil está crescendo de forma acelerada, explicado principalmente pelo aumento da expectativa de vida, baixa taxa de natalidade e avanços tecnológicos no âmbito da saúde. O processo de envelhecimento envolve muitas mudanças de âmbito físico, mental e metabólico. Concomitante a isto, esta fase é mais propícia ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), provenientes de um estilo de vida inadequado e maus hábitos alimentares. Logo, o objetivo deste trabalho é caracterizar os idosos que participam de um grupo assistencial da cidade de Rio Tinto- PB, a fim de identificar possíveis inadequações de estilo de vida e alimentares. Os dados foram coletados durante as realizações das atividades do grupo. Os idosos foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Foram aplicados questionários para abordagem socioeconômica e clínica da população em estudo. Foi feita a avaliação do estado nutricional por meio da aferição de algumas medidas antropométricas. Para conhecimento das práticas alimentares, foi aplicado um questionário de frequência alimentar. Foi observada a predominância do sexo feminino (100%) com média de idade  $70,42 \pm 6,78$  anos, variando de 60 a 91 anos. A maioria era viúvas (42,11%) e possuíam ensino fundamental incompleto (57,89%). A renda familiar prevaleceu para aquelas que recebiam até 2 salários mínimos (50,00%). Cerca de 92,11% do grupo mencionaram não consumir bebidas alcoólicas e 97,37% não fumavam. Na avaliação nutricional, em relação ao IMC, houve predominância de sobrepeso (57,89%). A média da Circunferência da Cintura foi  $95 \pm 11,32$ cm e a maioria dos participantes apresentaram risco para DCV, segundo a RCQ (86,84%). Em relação à situação clínica, observou-se uma alta prevalência de hipertensão (60,53%), seguida de dislipidemia (36,84%) e diabetes (31,58%). Quanto as práticas alimentares, a maioria consumia 4 refeições (44,74%). As idosas preferiam consumir leite desnatado (31,58 %) em detrimento ao integral; consumiam diariamente carnes (94,74%), frutas (76,32%) e verduras (63,16%). Metade preferia utilizar o óleo vegetal e 44,74% não consumiam oleaginosas. Houve preferência pelo consumo de cereais refinados (47,37%). Os tubérculos (94,74%) e leguminosas (84,21%) ocuparam um lugar de destaque na alimentação diária. Respectivamente 34,21% e 42,11% dos idosos, raramente ingeriam diariamente doces e refrigerantes. O café ocupou um lugar de destaque, com um consumo diário de 89,47 %. A utilização de produtos *light/diet* ou *shaks*



não foi relevante. É imprescindível investigar o comportamento alimentar de grupos, pois reflete em seu estado nutricional e de saúde. A implantação de estratégias e ações educativas auxilia na viabilização de mudança no estilo de vida e na garantia de uma melhor qualidade de vida.

Palavras- chaves: Envelhecimento; Estado Nutricional; Hábitos Alimentares.

## ABSTRACT

SANTOS, K. T. O. **Characterization of elderly participating in an assistance group in the city of Rio Tinto -PB** . 2015. 70f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação e Nutrição) - Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2015.

The number of elderly in Brazil is growing an accelerated rate. That is explained mainly by high life expectancy, low birth rate and technological advances in health. The aging process involves many changes of physical, mental and metabolic level. Concomitant with this, this phase is more favorable to the development of DCNT, from an unsuitable lifestyle and poor eating habits. Therefore, the aim of this work is to characterize the elderly participating in an assistance group in the city of Rio Tinto- PB in order to identify possible inadequacies of lifestyle and food. Data were collected during the achievements of the group's activities. The elderly were informed about the research objectives and signed a free and informed consent. Questionnaires were applied to socioeconomic and clinical approach of the study population. We made assessment of nutritional status by measuring some anthropometric measurements. To knowledge of breastfeeding practices a food frequency questionnaire was applied. We observe the predominance of females (100%) with a mean age  $70.42 \pm 6.78$  years, ranging from 60 to 91 years. Most were widows (42.11%) and had completed elementary school (57.89%). Family income prevailed for those receiving up to 2 minimum wages (50.00%). 92.11% of the group did not mention drinking alcohol and 97.37% did not smoke. In nutritional assessment in relation to BMI, there was a prevalence of overweight (57.89%). The mean waist circumference was  $95 \pm 11,32$ cm and most participants presented a risk for CVD, according to the WHR (86.84%). In relation to the clinical situation, there is a high prevalence of hypertension (60.53%), followed by dyslipidemia (36.84%) and diabetes (31.58%). As feeding practices, most participants ate four meals (44.74%). The preferred older consume skim milk (31.58%) over the full; daily consumed meat (94.74%), fruits (76.32%) and vegetables (63.16%). Half of the respondents preferred to use vegetable oil and 44.74% did not consume oil. There was preference for the consumption of refined grains (47.37%). Tubers (94.74%) and legumes (84.21%) occupied a prominent place in the daily diet. 34.21% and 42.11% of the elderly rarely ate sweets and soft drinks daily, respectively. Coffee occupied a prominent place, with a daily intake of 89.47%. The use of light / diet or shakes product was not relevant. It is essential to investigate the feeding behavior of groups because they can reflect on their nutritional and health status. The implementation of

strategies and educational activities helps in enabling change in lifestyle and ensuring better quality of life.

**Key-words:** Aging; Nutritional status; Eating habits.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> - Descrição das variáveis, categorização e pontos de definição de diagnóstico que serão utilizados no estudo.....	25
<b>Gráfico 1</b> - Prevalência dos idosos assistidos pelo grupo Vivendo a Melhor Idade, segundo a variável “com quem residem”, Rio Tinto/PB, (2015).....	29
<b>Gráfico 2</b> - Estado nutricional dos idosos assistidos pelo grupo Vivendo a Melhor Idade, Rio Tinto/PB, (2015).....	30
<b>Gráfico 3</b> - Prevalência das patologias que mais acometem os idosos assistidos pelo grupo Vivendo a Melhor Idade, Rio Tinto/PB, (2015).....	31

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Variáveis sociodemográficas dos idosos assistidos pelo grupo Vivendo a Melhor Idade, Rio Tinto/PB, (2015).....	28
<b>Tabela 2-</b> Prevalência dos fatores de risco modificáveis associados aos idosos assistidos pelo grupo Vivendo a Melhor Idade, Rio Tinto/PB (2015).....	29
<b>Tabela 3-</b> Consumo dos principais grupos alimentares em diferentes frequências, pelos idosos assistidos pelo grupo Vivendo a Melhor Idade, Rio Tinto/PB, (2015)....	33

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CC- Circunferência da cintura

CM - Centímetros

CQ- Circunferência do quadril

DCNT- Doenças Crônicas não Transmissíveis

DCV - Doença Cardiovascular

ET AL-E outros

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC- Índice de massa corporal

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

POF-Pesquisa de Orçamentos Familiares

QFA- Questionário Qualitativo de Frequência Alimentar

RCQ- Relação Cintura-Quadril

WHO- World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	17
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	18
3.1 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO.....	18
3.2 O ENVELHECIMENTO COMO PROCESSO FISIOLÓGICO.....	19
3.3 ENVELHECIMENTO x DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	20
3.4 FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS E DETERMINANTES SOCIAIS ASSOCIADOS AO ENVELHECIMENTO.....	21
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	24
4.1 DESENHO, LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	24
4.2 AMOSTRA.....	24
4.3 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS.....	24
<b>4.3.1 Instrumento da coleta</b> .....	24
<b>4.3.2 Variáveis analisadas</b> .....	25
<b>4.3.3 Medidas antropométricas</b> .....	26
4.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	27
4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	27
<b>5 RESULTADOS</b> .....	28
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	34
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	44
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	45
<b>ANEXOS</b> .....	57
ANEXO A– Questionário utilizado como instrumento de coleta.....	58
ANEXO B– Questionário Qualitativo de Frequência Alimentar aplicado à população.....	60
ANEXO C– Parecer de Aprovação pelo Comitê de Ética.....	64
<b>APÊNDICES</b> .....	65
APÊNDICE A– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	66
APÊNDICE B– Termo de Autorização Institucional.....	70

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil tem atualmente uma população idosa em rápido crescimento, com projeção de 8,6% para 11% em dez anos (IBGE, 2010). Os dados indicam que existem aproximadamente 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com estimativa para 2025 de 32 milhões, caracterizando o Brasil como país em sexto lugar no mundo em dimensão de idosos (BRASIL, 2012). Este acelerado processo de envelhecimento nos últimos anos pode ser explicado pelo aumento da expectativa de vida em virtude dos avanços tecnológicos em diversos campos científicos e diminuição da taxa de natalidade (HEIN; ARAGAKI, 2012).

O envelhecimento é um processo natural e comum a todos os seres vivos, caracterizado pela diminuição progressiva da capacidade funcional e modificação nas funções metabólicas; além de alterações mentais, resultantes dos efeitos da idade avançada sobre o organismo. As alterações fisiológicas e anatômicas naturais da idade decorrem do envelhecimento celular e envolve mudanças consideráveis no organismo do indivíduo, indo desde perdas sensoriais até redução de secreções gástricas, podendo influenciar diretamente no estado nutricional do idoso (LIMA; DELGADO, 2010; VONO, 2007; LIMA; LIMA; ALMEIDA, 2013). Associado a isso, a presença de múltiplas doenças crônicas e o uso concomitante de medicamentos podem contribuir para um maior comprometimento do estado nutricional, tendo em vista que os mesmos podem diminuir o apetite, interferir na absorção, no metabolismo e excreção de nutrientes (VITOLLO, 2008; LIMA; LIMA; ALMEIDA, 2013).

Segundo estimativas para 2025, o Brasil apresentará cerca de 85% dos seus idosos com pelo menos uma doença (IBGE, 2010). As enfermidades crônicas estão acompanhando o acelerado envelhecimento da população, tendo em vista que todo ano, 700 mil novos idosos são incorporados a esse segmento da pirâmide etária, onde a maior parte apresenta limitações funcionais e doenças crônicas (VERAS, 2012).

Dentre as doenças crônicas que mais causam mortalidade e morbidades no Brasil estão às doenças cardiovasculares. Estas possuem desenvolvimento lento, com efeitos em longo prazo e perdurando períodos extensos (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010). Seguindo esta mesma premissa, é possível verificar que no segmento da população idosa, as doenças cardiovasculares são também as que mais geram incapacidade e mortalidade, mesmo após a redução do hábito de fumar e melhora de acesso a saúde de atenção primária (SCHMIDT et al., 2011). Seguindo às doenças do aparelho circulatório (isquêmicas do coração e cerebrovasculares), estudos apontam significativos coeficientes de mortalidade em idosos



provindos de doenças do aparelho respiratório e neoplasias (ROSA et al., 2010; SILVA et al., 2012). Outras morbidades de grande prevalência nesta faixa etária são hipertensão arterial sistêmica (HAS), o diabetes mellitus, a osteoporose, reumatismo, deficiências cognitivas, insônia e depressão (NASCIMENTO et al., 2011; VERAS, 2012).

Muitas condições relacionadas ao estilo de vida estão atreladas às doenças crônicas que atingem os idosos, tais como: tabagismo, consumo de álcool, dieta inadequada e o sedentarismo (VERAS, 2011). Em destaque, os maus hábitos alimentares tem associação direta com o surgimento das enfermidades crônicas e estado nutricional inadequado; além de ter ligação com o agravamento das alterações fisiológicas que ocorrem nos idosos. Portanto, para que o idoso tenha um envelhecimento saudável e funcional, a alimentação exerce papel contribuinte para ocorrência deste fenômeno (NAJAS & YAMATTO, 2010).

Diante do exposto, é relevante conhecer as características sociais, clínicas e hábitos de alimentares de idosos, a fim de investigar comportamentos relacionados à saúde e ao estado nutricional, contribuindo para direcionar propostas de políticas públicas de saúde para esse grupo.

Considerando a carência de estudos em relação a essa temática no município de Rio Tinto, estado da Paraíba, a presente pesquisa visa caracterizar os idosos que participam de um grupo assistencial municipal, a fim de identificar possíveis inadequações alimentares e de estilo de vida. Além disso, reforça a importância de conhecer os problemas de saúde de uma população e os seus determinantes para redirecionar a oferta de estratégias de promoção da saúde, prevenção e controle dos principais fatores de risco.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Caracterizar os idosos que participam de um grupo assistencial no município de Rio Tinto-PB.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Traçar o perfil sócio econômico do grupo em estudo;
- ✓ Avaliar os estado nutricional de acordo com a antropometria;
- ✓ Conhecer os hábitos alimentares do grupo avaliado.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), nos países em desenvolvimento o idoso é definido como uma pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, já nos países desenvolvidos é considerada uma pessoa idosa aquela cuja idade é igual ou superior a 65 anos. A política Nacional e o Estatuto do idoso também caracterizam a idade cronológica dos idosos conforme a classificação supracitada (VESCIO et al., 2013).

De acordo com as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), para o ano de 2050 existirão em média 2 bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo (BRASIL, 2006). No Brasil, a população de idosos também cresce a passos largos. Ao compararmos num intervalo de 25 anos (1980 a 2005) o crescimento da população idosa com o crescimento da população total, observamos um aumento de 126,3%, ao passo que o crescimento da população total foi de apenas 55,3% (IBGE, 2011). Conforme dados epidemiológicos, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico (IBGE), existem aproximadamente 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, representando 10% da população brasileira. Estes dados estimam que o país irá ocupar o sexto lugar em contingente de idosos, alcançando em 2025, cerca de 32 milhões desta população (BRASIL, 2010).

É perceptível a grande representatividade do número de idosos nas macrorregiões do Brasil. No Nordeste, por exemplo, há um crescimento constante e de destaque no que diz respeito à quantidade de pessoas com mais de 60 anos, apresentando uma proporção de 26,5 % desta população, configurando a região como uma das que apresentam a maior prevalência para este grupo etário, ficando abaixo somente do sudeste, cujo percentual de idosos é de 46,25%. Juntas, as duas regiões representam mais de 70% dos idosos no país (IBGE, 2010). Na região Nordeste, o estado que apresenta a maior proporção de idosos para cada 100 jovens é a Paraíba, ou seja, cerca de 47,9 idosos para cada 100 jovens entre 0-15 anos, representando 12% desta população (IBGE, 2010).

Considerando o município de Rio Tinto no estado da Paraíba, é também perceptível o crescimento do número de idosos, onde é possível observamos um aumento do índice de envelhecimento de 8,75% para 9,05% nos anos 2000 e 2010, respectivamente, representando um total de 1953 pessoas com 65 anos ou mais no ano 2000 e 2080 pessoas no ano de 2010 (IBGE, 2010).

### 3.2 O ENVELHECIMENTO COMO PROCESSO FISIOLÓGICO

É perceptível que o aumento da população idosa é uma realidade atual na nossa sociedade contemporânea. Viver mais foi uma das maiores conquistas que a humanidade alcançou nos últimos tempos, porém não basta apenas viver mais. Um dos desafios da gerontologia é investir em esforços que possam garantir a qualidade de vida e satisfação dos idosos (VESCIO et al., 2013). É imprescindível um maior conhecimento sobre o que o processo de envelhecimento humano poderá acarretar na vida do idoso, para que os serviços e os profissionais de saúde estejam preparados para acolhê-los.

O envelhecimento da população é considerado um fenômeno biológico, irreversível e de âmbito mundial. Acontece de forma gradual e inevitável, já que faz parte do percurso natural da vida (ANDRADE, 2013; BRASIL, 2010). Porém, este processo varia de pessoa para pessoa, e à medida que a idade avança, ocorre à perda progressiva da funcionalidade, redução e alterações fisiológicas, assim como também, morfológicas, mudando gradativamente a aparência dos mesmos (ANDRADE, 2013). Alguns autores caracterizam o envelhecimento como uma condição que causa diminuição geral da capacidade de realizar as atividades cotidianas, bem como um período de intensa vulnerabilidade, condicionando uma maior dependência em relação aos familiares (FECHINI; TROMPIERI, 2012).

Dentre as diversas modificações fisiológicas atreladas ao processo natural do envelhecimento, que é responsável por essa vulnerabilidade intrínseca dos idosos, ocorrem as alterações anatômicas e funcionais que repercutem diretamente na saúde e na nutrição dos mesmos. Dentre elas, destaca-se a diminuição acentuada de massa muscular (2 a 3% por década), decréscimo importante na estatura, além do aumento em quantidade e distribuição do tecido adiposo. Ocorrem perdas sensoriais no paladar (pouca sensibilidade para gostos primários como sal e doce), reduções de secreções gástricas e alterações nos processos metabólicos (MOREIRA; MELO; OLIVEIRA, 2012).

Problemas atrelados à cavidade oral, como ausência de dentes, utilização de próteses soltas que podem lesionar as gengivas, entre outros, podem contribuir para o comprometimento do estado nutricional dos idosos, uma vez que, interferem nas escolhas alimentares e, conseqüentemente, na variedade da dieta (VITOLLO, 2008).

Estas alterações fisiológicas que já debilitam o estado de saúde do idoso, atrelada a fatores de risco que influenciam o aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis, tais como: inatividade física, má alimentação, tabagismo e consumo de álcool podem potencializar o agravamento do estado de saúde do idoso. As doenças crônicas não

transmissíveis (DCNT) constituem o principal problema de saúde nesta faixa etária, podendo provocar lesões irreversíveis no organismo e, conseqüentemente, aumento das incapacidades (ESPERANDIO et al., 2013; VERAS, 2012).

### 3.3 ENVELHECIMENTO x DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

No Brasil, houve uma mudança no perfil de mortalidade da população, caracterizada pelo aumento da prevalência de DCNT, em decorrência, principalmente, do processo de transição epidemiológica, elevando-se a partir dos 60 anos de idade (BARRETO et al., 2008). Segundo projeções estatísticas para o ano 2025, o Brasil terá 85% de indivíduos com mais de 60 anos de idade com pelo menos uma doença crônica não transmissível (ZATTAR et al., 2013). Estas DCNT são atualmente um dos principais problemas de saúde para o idoso, com etiologia derivada tanto do estilo de vida como da não adesão ao tratamento das patologias associadas, causando danos irreversíveis, principalmente quando se leva em consideração a fragilidade já característica da idade (ESPERANDIO et al., 2013).

Estas doenças vêm atingindo a população de forma alarmante, tendo em visto que são responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), acometendo substancialmente os grupos mais vulneráveis (BRASIL, 2011).

A hipertensão arterial é uma das patologias altamente prevalente nos idosos, sendo um fator de risco evidente para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV), aumentando as chances de mortalidade neste grupo (FREITAS e MIRANDA, 2006; SCHERER, 2013). As DCV são as que mais atingem os idosos, estando intimamente ligadas ao condicionamento do desempenho dessa população, tornando-os cada vez mais debilitados e em total dependência (CAMPOS, 2006).

As alterações fisiológicas que ocorrem durante o processo de envelhecimento, como o acúmulo de gordura visceral, principalmente em mulheres, potencializam o aumento da resistência à insulina predispondo ao diabetes mellitus (FREITAS e MIRANDA, 2006; SILVEIRA; BARBOSA, 2009).

O desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis também está intimamente relacionado com o estado nutricional, por isso a necessidade de se investigar e monitorar o peso, composição e distribuição de gordura corporal. O excesso de peso está relacionado com o risco de uma série de doenças crônicas não transmissíveis, como a hipercolesterolemia,

diabetes, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer, sendo um preocupante desafio para a saúde pública. A aferição das medidas de circunferência da cintura, quadril, bem como a relação cintura quadril é utilizada para diagnosticar o risco para doenças cardiovasculares e distúrbios metabólicos (MASTROENI et al., 2010).

O estado nutricional tem implicações consideráveis no contexto do envelhecimento da população, visto que o controle de grande parte das doenças crônicas, assim como a prevenção de complicações em decorrência das mesmas, está atrelado ao estado nutricional (WHO, 1995). Deste modo, os hábitos alimentares e, conseqüentemente, suas implicações nutricionais, desempenham papel importante como possíveis fatores de risco associados ao desenvolvimento de diversas doenças e mortalidade associada (NASCIMENTO et al., 2011).

#### 3.4 FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS E DETERMINANTES SOCIAIS ASSOCIADOS AO ENVELHECIMENTO

Existem muitas condições crônicas atreladas a uma sociedade envelhecida. Fatores não modificáveis como hereditariedade, sexo e etnia, e os fatores de risco modificáveis como inatividade física, dieta inadequada, tabagismo e consumo de álcool podem contribuir para o aparecimento das DCNT (CASADO; VIANNA; THULER, 2009). A Organização Mundial de Saúde (OMS) atribui às escolhas de estilo de vida à maioria das mortes por essas doenças (WHO, 2011).

A inatividade física e os hábitos alimentares errados podem produzir impacto considerável na saúde do idoso, principalmente por associarem-se às alterações fisiológicas características da idade, como por exemplo, a redução nos níveis de atividade física que ocorre com o envelhecimento (QUEIROZ et al., 2014). A diminuição da mobilidade é explicada pelo processo de sarcopenia (perda de massa muscular, força e funcionalidade), inerente a idade avançada (JANSSEN, 2009; THOMAS, 2010). Já as alterações sensoriais, perda parcial ou total dos dentes, diminuição da secreção gástrica, da motilidade gastrintestinal e da taxa metabólica basal, além de intolerância a glicose, condiciona modificações nos hábitos alimentares (LIMA, LIMA, ALMEIDA, 2013).

A OMS lançou um documento oficial sobre “Estratégia Global” que leva em consideração a representatividade das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as cardiovasculares, o diabetes tipo 2 e determinados tipos de câncer, como um desafio muito importante para a saúde pública mundial. Os fatores de riscos com mais significância são a

hipertensão, hipercolesterolemia, reduzido consumo de frutas, verduras e legumes, falta de atividade física e o uso de tabaco (MENEZES et al., 2010).

De acordo com a OMS, 80% dos casos de doenças coronarianas, 90% dos casos de diabetes tipo 2 e 30% dos casos de câncer poderiam ser evitados com mudanças nos hábitos alimentares, na prática de atividade física e evitando o tabagismo (WHO, 2004).

O padrão alimentar da população brasileira vem sendo caracterizada pela introdução de alimentos processados de alta densidade energética e bebidas com adição de açúcar, embora se tenham alguns hábitos tradicionais de alimentação preservados (SOUZA et al., 2013). O recente Guia Alimentar para População Brasileira destaca ainda como aspectos negativos do perfil alimentar, a inclusão na alimentação de gorduras não saudáveis (gorduras saturadas e gorduras trans), bastante próximas do limite máximo; assim como, pouco consumo de fibras, próximas relativamente do limite mínimo preconizado. Outros aspectos preocupantes são o uso excessivo de sódio e açúcar na alimentação, com representatividade de 50% e 100%, respectivamente, ultrapassando os limites máximos para ingestão desses nutrientes (BRASIL, 2014).

A obesidade e a desnutrição são problemas comuns na velhice e podem estar associados aos hábitos e escolhas alimentares inadequados. Esses desequilíbrios nutricionais merecem atenção nesta fase da vida, tendo em vista a relação com o índice de mortalidade, aumento da susceptibilidade às infecções, diminuição da força muscular, da capacidade de ação e aptidão cardiorrespiratória, contribuindo para diminuir cada vez mais a capacidade funcional do idoso, comprometendo sua qualidade de vida (GHISLA et al., 2007; STROBL et al., 2013).

O sobrepeso e a obesidade, associados ou não a distúrbios genéticos ou endócrino-metabólicos, é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de uma série de enfermidades crônicas, tendo no idoso, consequências mais nocivas (DUARTE; REIS, 2012; WHO, 2013). É considerada uma enfermidade crônica, atingindo maciçamente a população, configurando-se como um grave problema de saúde pública (MANCINI, 2010).

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009) mostrou uma prevalência de 50% de excesso de peso na população brasileira e baixo consumo de alimentos ricos em fibras, como frutas, verduras e leguminosas, associado ao alto consumo de alimentos ricos em gordura saturada, açúcar e sal (IBGE, 2010). Dados atuais mostram que menos de 1/4 da população possui um consumo adequado de frutas e hortaliças, o que reflete a baixa qualidade da dieta do brasileiro (BRASIL, 2011).

Por outro lado, a desnutrição pode ser resultado das deficiências físicas e cognitivas, da perda de apetite, dificuldade de mastigação e deglutição e capacidade funcional limitada, que impossibilita o idoso comprar e preparar a própria comida (MAMHIDIR; KIHILGREN; SOERLIE, 2010). Causas sociais como viver sozinho e recursos limitados também estão envolvidos na etiologia da desnutrição (MAHAN; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2012). A depressão, o luto pelas perdas fraternais e a ausência de um papel social que valorize o idoso, apresentam efeitos colaterais na vida destes, diminuindo os prazeres da vida, inclusive o da alimentação. A redução da ingestão de nutrientes nesta fase da vida está associada a enfermidades comumente observadas na terceira idade, relacionada com o comprometido da imunidade, potencialização das morbidades clínicas já preexistentes, além de provocar perda da massa muscular e fadiga, afetando diretamente o estado nutricional (VITOLLO, 2008; MAHAN; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2012).

Além dos fatores de risco já mencionados, associados ao envelhecimento, os determinantes sociais também impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. As disparidades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desproporção no acesso à informação cooperam para uma maior prevalência das doenças crônicas e agravos decorrentes da evolução dessas doenças (SCHMIDT et al., 2011).

As desigualdades de renda tornam-se ainda mais evidentes na população envelhecida, sobretudo no gênero feminino, tendo em vista o histórico de pouca participação no mercado de trabalho, com benefícios mínimos de aposentadoria e total dependência do sistema público de saúde. Este cenário ajuda a determinar as condições de saúde deste grupo etário, além de agravar a exclusão social, que inter-relacionado com outras questões socioeconômicas como, baixa renda, moradia precária, insegurança alimentar e medicamentosa potencializam esse agravamento de saúde, sendo um importante fator de morbidade e mortalidade para doenças crônicas (WHO, 2003; GEIB, 2012).



## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 DESENHO, LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO**

A pesquisa trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo. Contemplou idosos com idade igual ou superior a 60 anos, frequentadores do grupo assistencial “Vivendo a Melhor Idade”, atrelado a Secretaria de Ação Social da Prefeitura do município de Rio Tinto-PB. Este grupo constitui num espaço voltado à valorização do idoso, com o desenvolvimento de atividade de lazer tais como: a dança, o teatro e o artesanato. Além disso, são desenvolvidos acompanhamentos por profissionais como nutricionistas, fonoaudiólogos, educadores físicos, entre outros.

### **4.2 AMOSTRA**

A amostra compreendeu todos os idosos que frequentam o grupo assistencial supracitado (n=38). Como critérios de inclusão para a participação na pesquisa foram considerados: idade igual ou superior a 60 anos e funções cognitivas preservadas. Foram excluídos os idosos que apresentavam alterações de ordem neurológica, que impossibilite a compreensão e comunicação verbal para responder aos questionamentos feitos; além daqueles portadores de doenças demenciais.

### **4.3 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS**

#### **4.3.1 Instrumento da coleta**

Os dados foram coletados durante as atividades desenvolvidas no grupo “Vivendo a Melhor Idade”.

Os idosos foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e, após concordância, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A).

Foi utilizado como instrumento de coleta para essa pesquisa um questionário sobre as características socioeconômicas e clínicas (ANEXO A) e um questionário de frequência alimentar (QFA) baseado na estrutura citada por Viebig e Valero (2004) (ANEXO B), estruturados por Santos, Queiroz, Godoi (2008).

#### 4.3.2 Variáveis analisadas

Foram analisados os determinantes sócios econômicos: idade, renda e escolaridade, categorizadas no Quadro 1; além do estado civil e local de moradia.

Para a avaliação nutricional foram consideradas as medidas antropométricas referentes ao peso e altura, para determinação do Índice de Massa Corporal (IMC), Circunferência da Cintura (CC) e Relação Cintura-Quadril (RCQ), para a avaliação de risco cardiovascular (Quadro 1).

Quanto aos aspectos relacionados às características clínicas, destacamos os antecedentes clínicos, tabagismo, consumo de álcool e prática de atividade física.

Foram investigadas as práticas alimentares da população em estudo, considerando o número de refeições diárias e a aplicação do QFA referenciado anteriormente.

**Quadro 1** - Descrição das variáveis, categorização e pontos de definição de diagnóstico que serão utilizados no estudo.

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO	CATEGORIAS
Idade	Idade cronológica em anos (FAO/WHO, 2001)	≥ 60 anos
Renda Familiar	Renda dos membros da família que trabalham e residem no mesmo domicílio expressa em salário mínimo. Inclusive pessoas que recebem benefícios do governo. (Adaptado: IBGE, Censo Demográfico 2010)	Sem rendimento Até ½ salário mínimo Mais de ½ até 1 salário mínimo Mais de 1 a 2 salários mínimos Mais de 2 a 3 salários mínimos Mais de 3 a 5 salários mínimos Mais de 5 a 10 salários mínimos Mais de 10 salários mínimos
Escolaridade	Números de anos completos de estudo	Analfabeto Alfabetizado Fundamental incompleto Fundamental completo Ensino médio incompleto Ensino médio completo Curso técnico Curso superior
Estado nutricional	Índice de massa Corporal (IMC) para idosos: Peso (Kg) /Altura <sup>2</sup> (BRASIL, 2004)	≤ 22 kg/m <sup>2</sup> - Baixo peso > 22,0 a 27 kg/m <sup>2</sup> – Eutrófico ≥ 27,0 kg/m <sup>2</sup> – Sobrepeso
Circunferência da Cintura (CC)	Referência do ponto de corte da circunferência de cintura, para risco cardiovascular, de acordo com a IDF (2006).	Mulheres: CC ≥ 80 cm Homens: CC ≥ 94 cm

Relação Cintura Quadril (RCQ)	Indicador utilizado para identificar o tipo de distribuição de gordura, sendo determinado por meio da equação: $RCQ = \frac{\text{circunferência da cintura}}{\text{circunferência do quadril}}$ (DUARTE, 2007).	Mulheres: $RCQ > 0,85$ Homens: $RQC > 1$
-------------------------------	--	---

#### 4.3.3 Medidas antropométricas

- Peso:** O idoso foi pesado em uma balança do tipo digital da marca Geom, com capacidade máxima de 150 kg e divisão de 100 g. Foi orientado a ficar descalço, com o mínimo de roupas possíveis, sendo indicados sobre a retirada de bonés, pulseiras, relógios ou qualquer outro adereço. Foi posicionado no centro da balança, com os pés afastados à largura do quadril, com o peso dividido em ambos os pés, olhando para frente, com os ombros descontraídos e braços soltos lateralmente. Foram verificados os pesos e os resultados foram registrados no formulário em quilos (Kg), considerando uma casa decimal (BRASIL 2004).
- Estatura:** A altura foi aferida com auxílio de uma fita métrica fixada na parede. O idoso foi orientado a ficar em pé, descalço, encostando a nuca, nádegas e calcanhares na parede, com o peso distribuído igualmente entre os pés. Foi alertado ainda para que o mesmo posicione-se com a cabeça ereta e o olhar fixo à frente ou no plano horizontal de Frankfurt (olhando para um ponto fixo na altura dos olhos) (MIRANDA et al., 2012). O resultado foi registrado em centímetros (cm).
- Circunferência da Cintura:** O idoso foi disposto em posição anatômica, com o abdome relaxado. Foi utilizada uma fita métrica inelástica posicionada após expiração com o indivíduo em pé e ereto. A fita foi passada na parte mais estreita do tronco, na altura da cintura “natural”, entre as costelas e a crista ilíaca (MIRANDA et al., 2012).
- Circunferência do Quadril:** O idoso foi instruído a ficar em posição anatômica, com o abdome relaxado. O avaliador se posicionou lateralmente ao avaliado. Foi feito o uso de uma fita métrica inelástica posicionada horizontalmente à extensão posterior

máxima dos glúteos. A medição foi em cima de roupas íntimas ou aderidas ao corpo para não haver erro na medida (MIRANDA et al., 2012).

#### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis contínuas foram descritas sob a forma de médias com o respectivo desvio padrão. Para as variáveis categorizadas foi utilizada a descrição em proporções.

As informações coletadas foram organizadas em um banco de dados no programa de computador Microsoft Excel 2010 e analisados no programa o SPSS, versão 20.0, IBM® (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

#### 4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro/UFCG (CAAE 49635415.9.0000.5182) e atendeu às recomendações éticas da Resolução CNS nº 466/12 CONSELHO NACIONAL DESAÚDE – Ministério da Saúde (CNS-MS). O parecer de aprovação consta em anexo (ANEXO C).

Os idosos participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), após a explicação dos objetivos e concordância em participar do estudo.

## 5 RESULTADOS

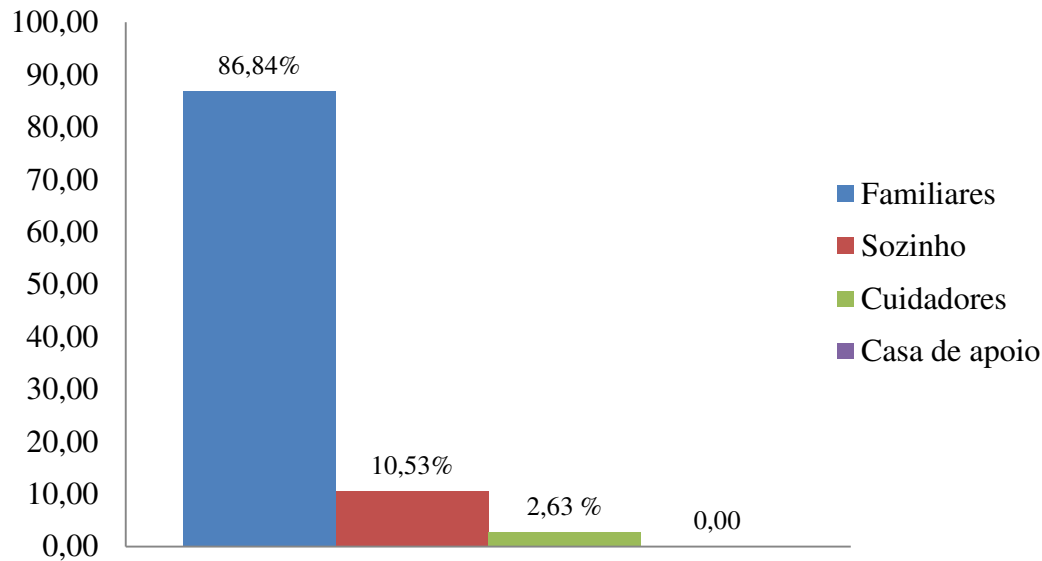
Participaram da pesquisa 38 idosos, todos do sexo feminino, residentes na zona urbana, com variação de idade entre 60 a 91 anos, com média de  $70,42 \pm 6,78$  anos. Dos entrevistados, 42,11% e 39,47% eram viúvas e casadas, respectivamente. Em relação à renda familiar, verificou-se oscilação de meio salário até 5 salários mínimos, prevalecendo a renda de até 2 salários mínimos (50,00%). Considerando o nível de escolaridade, observou-se que a maioria possuía o ensino fundamental incompleto (57,89%) e apenas 2,63% tinham curso superior (Tabela 1).

**Tabela 1-** Variáveis sociodemográficas dos idosos assistidos pelo grupo Vivendo a Melhor Idade, Rio Tinto/PB, (2015).

Variáveis	Categorias	N	%
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	05	13,16
	Casado	15	39,47
	Amasiado	00	00
	Divorciado	02	5,26
	Viúvo	16	42,11
<b>Renda Familiar</b>	Até 1/2 S.M.	00	00
	Mais de 1/2 até 1 S.M.*	14	36,84
	Mais de 1 a 2 S.M.*	19	50,00
	Mais de 2 a 3 S.M.*	04	10,53
	Mais de 3 a 5 S.M.*	01	2,63
	Mais de 5 a 10 S.M.*	00	00
	Mais de 10 S.M.*	00	00
<b>Nível de Escolaridade</b>	Sem escolaridade	05	13,16
	Alfabetizado	02	5,26
	Fundamental Incompleto	22	57,89
	Fundamental Completo	00	00
	Ensino Médio Incompleto	01	2,63
	Ensino Médio Completo	05	13,16
	Curso Técnico	02	5,26
	Curso Superior	01	2,63
	Não Sabe/Não Respondeu	00	00

\* S.M.: Salário Mínimo

Um ponto positivo observado foi que a grande maioria do grupo residia com os familiares (86,84%) (Gráfico 1).



**Gráfico 1-** Prevalência dos idosos assistidos pelo grupo Vivendo a Melhor Idade, segundo a variável “com quem residem”, Rio Tinto/PB, (2015).

Em relação ao tabagismo e consumo de bebida alcoólica, destacamos que 97,37% e 92,11% não fumavam e não faziam uso de álcool, respectivamente (Tabela 2).

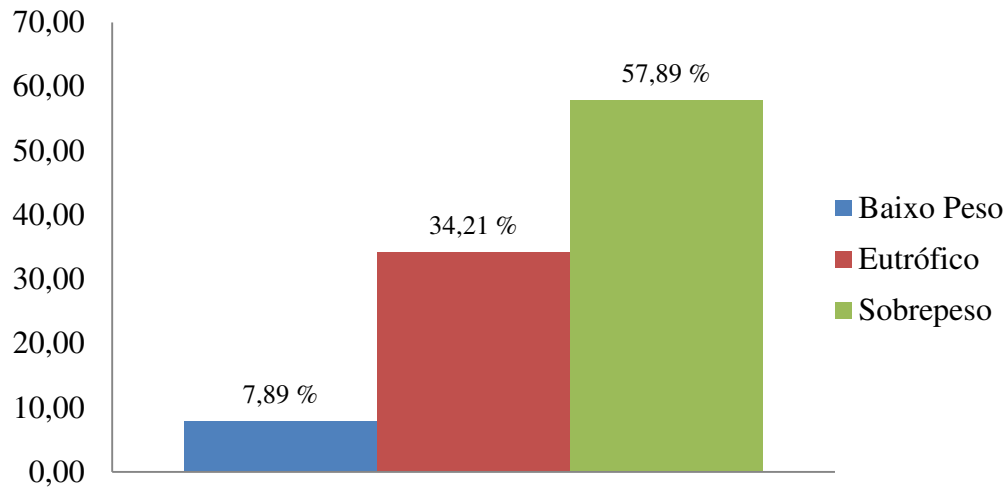
Quanto à prática de atividade física, observamos que mais da metade dos entrevistados eram sedentários (63,16%). No entanto, 34,21% mencionaram caminhar, variando de diariamente a 2-3 vezes por semana (Tabela 2).

**Tabela 2-** Prevalência dos fatores de risco modificáveis associados aos idosos assistidos pelo grupo Vivendo a Melhor Idade, Rio Tinto/PB, (2015).

Variáveis	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Tabagismo	1	2,63	37	97,37
Etilismo	3	7,89	35	92,11
Sedentarismo	24	63,16	14	36,84

Considerando os dados antropométricos, verificamos que a média de peso encontrada foi de 61,25±12,41kg, com variações entre 39,7Kg e 101,3Kg. No tocante a altura, a média

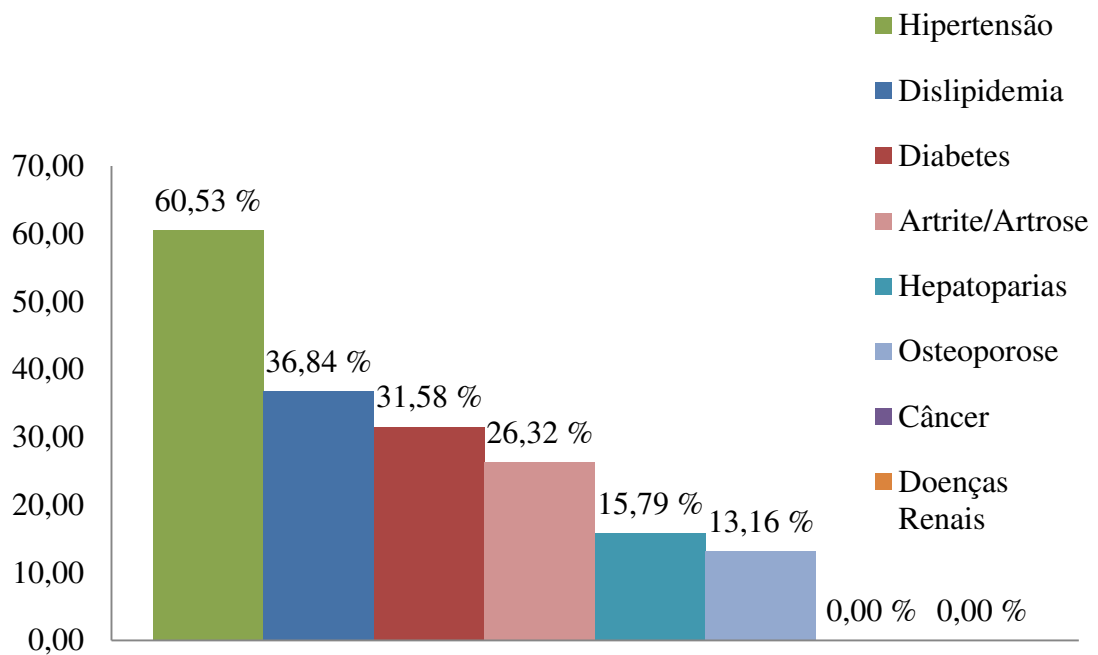
foi  $1,48 \pm 0,06$  m. Ao avaliarmos o estado nutricional dos idosos tomando como parâmetro o IMC, encontramos uma média de  $30,09 \pm 4,75$  Kg/m<sup>2</sup>. A maior proporção foi de indivíduos com sobrepeso (57,89%). Apenas 7,89% estavam abaixo do peso (Gráfico 2).



**Gráfico 2-** Estado nutricional dos idosos assistidos pelo grupo Vivendo a Melhor Idade, Rio Tinto/PB, (2015).

Foi encontrada uma elevada prevalência de indivíduos em risco para doenças cardiovasculares e metabólicas, ao considerarmos as variáveis CC (94,74%) e RCQ (86,84%). A CC média foi  $95 \pm 11,32$ cm.

No que diz respeito à história clínica do grupo em estudo encontramos uma elevada prevalência de hipertensão (60,53%), seguida de dislipidemia (36,84%) e diabetes (31,58%). Vale ressaltar que alguns idosos relataram a presença de várias patologias; podendo atribuir mais de uma resposta à pergunta dirigida (Gráfico 3).



**Gráfico 3-** Prevalência das patologias que mais acometem os idosos assistidos pelo grupo Vivendo a Melhor Idade, Rio Tinto/PB, (2015).

Ao questionarmos sobre o número de refeições diárias, encontramos que apenas 13,16% consumiam seis refeições. A maioria (44,74%) fracionava seu consumo alimentar em quatro refeições por dia.

Quanto à frequência do consumo de grupos alimentares, foi possível observar prevalência de consumo de leite e derivados desnatados (31,58 %) superior ao consumo destes produtos integrais (21,05%).

Em relação ao consumo das carnes, pescados e ovos, observou-se que quase a totalidade da amostra consumia, diariamente, algum alimento desse grupo (94,74%), principalmente como preparações assadas, grelhadas ou cozidas (47,37%). Cerca de 76,32% dos entrevistados referiram não consumir carnes processadas.

No tocante as verduras, 63,16% dos idosos utilizavam esses alimentos diariamente. A participação do consumo de frutas ou sucos in natura também foi bastante positiva, apontando uma prevalência da ingestão diária de 76,32%. Apenas 2,63% relataram consumir raramente ambos os grupos de alimentos.

Quanto às sementes oleaginosas, 44,74% e 31,58% referiram que nunca usavam e raramente incorporavam esses alimentos nas práticas alimentares, respectivamente. Da mesma forma, o azeite de oliva, fonte de gordura monoinsaturada, não fazia parte do consumo de



36,84% dos idosos entrevistados. Cerca de 21,05% utilizavam esse produto como prática alimentar diária. Já o consumo diário dos óleos vegetais e gorduras de origem animal foram observados em 50% dos idosos estudados.

Ao considerarmos o consumo de embutidos e enlatados, percebemos um ponto positivo, pois a utilização diária destes produtos foi baixa (2,63%). As maiorias dos idosos não consumiam alimentos embutidos e enlatados (42,11%) ou consumiam raramente (31,58%).

O uso diário de cereais refinados (47,37%) em detrimento aos integrais (31,58%) foi superior. Esses dados tornam-se mais relevantes quando observamos que 39,47% nunca consumiam cereais integrais, enquanto que todos os entrevistados consumiam algum cereal refinado, mesmo que raramente.

Em relação ao consumo de raízes e tubérculos, observou-se que 94,74% faziam uso de tais alimentos; com destaque para aqueles que utilizavam esses produtos numa frequência de 2 a 3 vezes por semana (34,21%). A maioria (84,21%) dos participantes ingeria leguminosas em seu plano alimentar diário.

Foi observada uma frequência diária de consumo de alimentos do grupo açúcares em 42,11% dos idosos; porém, 39,47% não utilizavam tais produtos. Dados semelhantes foram constatados ao avaliarmos a ingestão de adoçantes dietéticos. Quanto aos doces e guloseimas, a maioria (34,21%) raramente fazia uso desses alimentos e 15,79% referiram que nunca consumiam.

A participação dos produtos *light* e *diet* na rotina dos idosos não foram relevantes. Encontramos um baixo consumo diário (10,53%), comparado a 47,37% que não utilizavam esses produtos e, 26,32%, raramente os ingeriam. Além disso, constatamos que 97,37% dos idosos não faziam uso de chá verde e *shaks diets*.

Quanto à utilização de refrigerantes e bebidas alcoólicas pelos idosos, observamos que a participação destes produtos no cotidiano deste grupo etário não era importante, tendo em vista que 42,11% dos entrevistados raramente consumiam tais bebidas, 15,79% nunca ingeriam e 21,05% utilizavam apenas uma vez por semana. Em contrapartida, o consumo diário de café foi elevado (89,47%).

Em síntese, a tabela 3, apresenta a frequência em percentual dos alimentos mais consumidos diariamente e aqueles consumidos raramente e dos que não consomem.

**Tabela 3-** Consumo dos principais grupos alimentares em diferentes frequências, pelos idosos assistidos pelo grupo Vivendo a Melhor Idade, Rio Tinto/PB, (2015).

ALIMENTO	FREQUÊNCIA (DIÁRIA)	FREQUÊNCIA (RARAMENTE)	FREQUÊNCIA (NÃO CONSOME)
Leite e derivados desnatados	31,58 %	-	
Leite e derivados integrais	21,05%		-
Carnes, ovos, frango, pescados	94,74 %	-	-
Verduras	63,16 %	-	-
Frutas	76,23 %	-	-
Óleos vegetais	50,00 %	-	-
Cereais refinados	47,37 %	-	-
Cereais integrais	31,58 %	-	-
Leguminosas	84, 21 %	-	-
Adoçante	47, 37 %	-	-
Açúcar	42, 11 %	-	-
Café	89,47 %	-	-
Embutidos/ Enlatados	-	-	42,11 %
Sementes Oleaginosas	-	31, 58 %	44, 74 %
Azeite de Oliva	-		36, 84 %
Doces e guloseimas	-	34, 21 %	15, 79 %
Light /Diet	-	26, 32 %	47, 37 %
Shaks/ Chá Verde	-		97, 37 %
Refrigerantes	-	42, 11 %	15, 79 %

## 6 DISCUSSÃO

O grupo Vivendo a Melhor Idade consiste num espaço voltado para a realização de atividades sociais voltadas à população idosa do município de Rio Tinto/PB, com ações que estimulam a participação dos idosos em atividades de lazer, artesanato, danças, atividades recreativas e oficinas.

Os resultados encontrados contribuíram para traçar o perfil sócio econômico, nutricional e clínico dos indivíduos participantes desse grupo assistencial, colaborando para o delineamento de futuras intervenções nutricionais no âmbito da atenção à saúde dos idosos local; porém, os dados deverão ser interpretados levando em consideração uma parcela diferenciada dos demais idosos do município, logo, estes não poderão ser extrapolados à população idosa do município supracitado.

Encontramos que o grupo foi formado em sua totalidade por mulheres, corroborando com os dados mostrados por Farinea, Ricalde e Siviero (2010), que ao avaliar o perfil nutricional e antropométrico dos idosos participantes de um grupo de ginástica do município de Antônio Prado-RS encontraram uma proporção de 100% de idosos do sexo feminino. Chaim et al. (2010) ao compararem a qualidade devida de idosas praticantes de atividade física regular e de idosas sedentárias, obtiveram uma amostra constituída, exclusivamente por mulheres, atrelando essa variável ao predomínio do sexo feminino em idosos no Brasil e no mundo. Previato et al. (2014), ao analisarem o estado nutricional de idosos que integrantes do Programa Terceira Idade Vitalidade e Cidadania, também demonstrou um grupo formado apenas por mulheres.

Em 2010, o IBGE apontou dados da feminização da velhice ao divulgar 11.434.487 mulheres para 9.156.112 homens, sendo mais marcantes nas pessoas centenárias, das quais 16.987 são mulheres e apenas 7.247 homens.

Podemos constatar também a maior adesão das mulheres em atividades educativas grupais quando comparada aos homens, cabendo destacar que as mulheres são mais envolvidas socialmente e afetivamente, demonstrando também mais preocupação com a saúde e o autocuidado precoce (MOURA; DOMINGOS; RASSY, 2010).

Outro ponto que pode justificar a frequência exclusiva de idosas no grupo social em questão é o percentual de viúvas encontrado em nossa pesquisa (42,11%), associado ao fato destas apresentarem mais tempo livre, diminuição das responsabilidades e preocupações domésticas (DOIMO; DERNTL; LAGO, 2008). Kumpel et al. (2011) ao investigarem o perfil alimentar de idosos que frequentavam um grupo na terceira idade, depararam-se com

uma prevalência de viúvas de 50%. Gadenz e Benvegnú (2013) ao analisarem os hábitos alimentares na prevenção de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos hipertensos observaram um predomínio de idosas viúvas (45,5%). Campolina et al. (2013) ao avaliarem o impacto da eliminação das doenças crônicas sobre a expectativa de vida da população idosa, constataram que a maioria das mulheres nessa faixa etária eram viúvas(43,2%). Segundo Baldin e Fortes (2008), a proporção de viúvas aumenta com a idade, em contrapartida, o número de casadas decresce, em virtude principalmente da maior longevidade das mulheres em relação aos homens.

A idade média que observamos foi de  $70,42 \pm 6,78$  anos, com variação de 60 a 91 anos, muito próxima do encontrado em outras pesquisas. O diagnóstico realizado por Santos (2014), que tinha por objetivo analisar a participação em grupo de promoção da saúde como estratégia para melhorar a qualidade de vida de idosos, mostrou variação de idade de 60 a 89 anos, com média de  $70,7 \pm 7,0$  anos. Gindri (2013), ao analisar o consumo alimentar de idosos cadastrados em uma Estratégia de Saúde da Família, destacou idade média de  $72,4 \pm 8,09$  e variação de 60 a 91 anos. Júnior, Oliveira e Silva (2014) ao estudarem as doenças crônicas não transmissíveis e capacidade funcional de idosos, também identificaram variação de idade entre os idosos de 60 a 91 anos de idade.

Quanto à renda familiar, observamos que a maioria do grupo avaliado (50%) recebia entre 1 a 2 salários mínimos. Gindri (2013) encontrou uma renda familiar predominante entre 1 a 2 salários mínimos, ratificando os dados da nossa pesquisa. Almeida et al. (2015) ao caracterizarem o perfil socioeconômico, pessoal e familiar das idosas do “Clube da Vovó”, em Viçosa/MG, verificaram que a maioria possuía entre 1 e 3 salários mínimos (50%).Luz et al. (2014), ao traçarem o perfil sócio demográfico e hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, constataram que a maior prevalência da renda dos idosos era de 1 a 2 SM (68,4%), apontada como relativamente baixa, mas, condizente com a da maioria dos idosos do Brasil, que tem as aposentadorias e pensões como fontes predominantes de renda.

No tocante a variável escolaridade, o estudo realizado por Lima, Lima e Almeida (2013) sobre o perfil alimentar e nutricional de idosas, mostrou resultados compatíveis com o da nossa pesquisa, pois verificaram que a maioria tinha ensino fundamental incompleto (56%). Já o estudo realizado por Mastroeni et al. (2010), que tinha por objetivo fornecer dados antropométricos de idosos residentes na área urbana do município de Joinville/SC, também constatou o predomínio de idosos com ensino fundamental incompleto (72,8%), embora numa proporção maior ao observado em nosso estudo (57,89%).Krug, Lopes e Mazo

(2014) ao identificarem as características sócio demográficas e as condições de saúde das idosas de diferentes regiões de Florianópolis/SC, confirmaram também que a maioria (60,1%) tinha apenas o ensino fundamental incompleto e somente 2,9 % tinham curso superior, dados estes que corroboram com os observados em nossa análise.

Almeida et al. (2015) associaram que a baixa renda das idosas pode estar atrelada à baixa escolaridade, limitando a qualificação no mercado de trabalho e, conseqüentemente, uma maior renda e melhores salários na aposentadoria.

Foi observado que 86,84% das idosas avaliadas moravam com seus familiares e 10,53% moravam sozinhas, dados estes, compatíveis com os encontrados por Lima, Lima e Almeida (2013), onde 82% dos idosos moravam com suas respectivas famílias e 18% residiam sozinhas. Júnior et al. (2013) ao caracterizar o perfil dos idosos que fazem uso da prática de polifarmácia, encontrou uma proporção de 78,1% dos idosos residindo com a família, enquanto apenas 12,7 % moram sozinhas. Pimenta et al. (2015) verificaram que a maioria das idosas não moravam sozinhas (86,2%),ratificando o que foi encontrado em nosso estudo. Tais achados refletem a realidade de muitos países em desenvolvimento, onde a proporção de idosos que moram com os filhos continua elevada, explicado pelo fato, da longevidade, proporcionar a dilatação do tempo vivido em âmbito familiar (MARANGONI; OLIVEIRA, 2010; CALDAS; VERAS, 2010).

Verificamos um baixo percentual de idosos que faziam consumo de álcool (7,89 %) e fumo (2,63 %), e que foram compatíveis com vários outros. Calvacanti et al. (2009), ao avaliarem a prevalência de doenças crônicas e o estado nutricional de um grupo de idosos do município de João Pessoa, PB, mostraram que apenas 9,4 % faziam uso de álcool e 4,3% eram fumantes. Malta, Papini e Corrente (2013) estudaram idosos de um município paulista e encontrou que apenas 8,2% ingeriam álcool, em contrapartida, a prática de tabagismo era comum para 89 % dos idosos. Silva (2012) ao avaliar a prevalência e distribuição de fatores de risco para DCNTs em idosos em uma cidade da Paraíba demonstrou que apenas 4,1% consumiam álcool e uma proporção de 14,3% das idosas eram fumantes.

Um estudo denominado VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), realizado em 27 cidades brasileiras no ano de 2011, apontou que na população idosa, a prevalência de tabagismo era de 8,7%, a menor em comparação com as demais faixas etárias avaliadas. Em relação ao gênero feminino, esta prevalência variou de 4,3% a 6,8% (ZATTAR et al., 2013).O baixo consumo de álcool é relevante, visto que este configura um importante problema de saúde pública, e que os idosos são mais vulneráveis aos efeitos do uso de bebidas. O fato dessa faixa etária muitas vezes

apresentar vários problemas de saúde e, concomitantemente, fazer uso de múltiplos medicamentos, a combinação com as substâncias nocivas presentes no álcool, torna o idoso mais susceptível às interações tanto medicamentosas quanto com os alimentos, contribuindo ainda mais por agravar o quadro instalado, podendo resultar em dificuldade de recuperação e interação social (SENGER et al., 2011).

Em nossa pesquisa deparamos com uma alta prevalência de idosos sedentários (63,16%). Malta, Papini e Corrente (2013), constataram que mais da metade dos idosos também eram sedentários (64,4 %), porém, 35,6 % praticavam atividade física pelos menos 3 vezes por semana, dado este muito próximo aos valores encontrados em nosso estudo (34,21%).Diniz e Tavares (2013) ao descreverem as características sócio demográficas dos idosos de um município de pequeno porte, também observaram um alto percentual de sedentarismo (59,7 %). Assumpção et al. (2014) ao avaliarem a qualidade da dieta de idosos segundo variáveis sócio demográficas e comportamentos relativos à saúde e morbidades, também mostraram uma elevada prevalência de idosos sedentários (65,45%).Inúmeros estudos epidemiológicos têm demonstrado decréscimo do nível de atividade física com o avançar da idade e, paralelamente a esta situação, aumento da ocorrência de doenças crônicas nessa faixa etária (FERNANDES; ZANESCO, 2010; SEBASTIÃO et al., 2008).

Ao levarmos em consideração o estado nutricional dos idosos avaliados, foi notória a elevada prevalência de sobrepeso (57,89 %). Dados equivalentes foram observados por Fares et al. (2012),ao avaliarem fatores associados ao estado nutricional de idosos em duas regiões do Brasil, observaram 52,8% de idosos com sobrepeso e 8,2 % com baixo peso. Kucera, Siviero e Bonatto (2012), ao investigarem o consumo de lipídeos e estado nutricional de idosos participantes do projeto NUTENV, encontraram 56,7% dos idosos com sobrepeso, 35,6%eutróficos e 7,7% com baixo peso. Neumann et al. (2014), ao observarem o estado nutricional de idosos e associá-lo à prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), também e mostraram um maior índice de sobrepeso entre os idosos (57,1%) seguido de eutrofia (27,7%) e baixo peso (15,2%).

Ao observamos a CC no grupo avaliado, constatamos que 94,74 % apresentavam risco para DCV. Previato et al. (2014) ao avaliarem o estado nutricional de idosas e verificarem a associação entre índice de massa corporal e circunferência da cintura, também encontraram um alto percentual de idosas com riscos para DVC (84%). Nagahashi et al. (2013)ao pesquisarem sobre o estado nutricional e nível de atividade física de idosos, depararam-se com 85,9%das idosas com algum grau de risco para DCV.Levando em consideração a RCQ como uma medida antropométrica utilizada como preditor para o risco de co-morbidades que

afetam a população (WHO, 2012), os resultados que encontramos foram elevados (86,84%), assim como os apontados por Santos, Queiroz e Godoi (2008), onde 86% dos idosos tinham risco para as doenças cardiovasculares. Guimarães, Duarte e Dias (2011), ao analisarem o risco coronariano por meio da relação cintura-quadril e a concordância com o índice de massa corporal em idosos ratificam os resultados citados anteriormente, pois apontaram que 87,5 % das idosas apresentavam fatores de risco positivo. Já Lima e Duarte (2013) ao pesquisarem sobre a prevalência de obesidade em idosos, encontraram que 92% dos idosos com uma RCQ superior ao preconizado pela literatura.

É importante destacar que ao analisar o sobrepeso e as variáveis CC e RQC, atentemos que as mudanças fisiológicas inerentes à idade tendem a contribuir para o aumento de tecido adiposo, principalmente em locais específicos como a região abdominal. Logo, à medida que o tecido gorduroso dos braços e pernas diminui, há um aumento no tronco, associado à redução da massa magra, do gasto metabólico e da atividade física (COELHO, 2013). Essas modificações podem acarretar alterações no peso e aumento dos riscos para desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (KAUR et al., 2012; GUIMARÃES et al., 2009). A identificação do tipo de distribuição de gordura corporal é de suma importância, pois a sua deposição na região abdominal está relacionada ao acúmulo de tecido adiposo nas vísceras, sendo a obesidade visceral fortemente ligada a fatores de risco cardiovasculares (LINHARES et al., 2012)

Uma questão importante e que merece atenção diz respeito às patologias que mais acometem o grupo avaliado, dentre elas a mais prevalente foi a HAS. Dados do DATASUS apontam que a proporção de idosos da região nordeste diagnosticados com HAS aumentou nos últimos cinco anos, passando de 58,4%, em 2006, para 61,9 % em 2010 (MENDES; MORAES; GOMES, 2014).

Malta, Papini e Corrente (2013), encontraram 74%, 21,9% e 20,5% dos idosos com hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias e diabetes, respectivamente. Dados esses que se aproximam dos observados em nosso estudo. Souza et al. (2013) analisaram a prevalência de inatividade física e os fatores associados entre idosos residentes na zona rural e verificaram uma prevalência de hipertensão (47,4 %), seguida de dislipidemia (22,1%) e diabetes (14,7%). Já Neumann et al. (2014) ao avaliarem o estado nutricional e associá-lo à prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em idosos, encontraram resultados que divergem um pouco dos observados em nossa pesquisa, pois 49,1% tinham HAS, 39,3% eram dislipidêmicos, 35,7% estavam com osteoporose e 23,2% (n=26) apresentavam DM.

Quanto aos hábitos alimentares, a maioria dos idosos da nossa pesquisa relataram uma média diária de 4 refeições (44,74%), embora a recomendação proposta pelo Manual da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde seja de 5 a 6 refeições/dia (BRASIL, 2009). Nolte (2011) detectou que 72,9% dos idosos de sua pesquisa realizavam diariamente três refeições e pelo menos um lanche. Clementino, (2012) ao estudar a atuação do exercício físico e da alimentação saudável nos efeitos físicos de mulheres durante a terceira idade, mostrou uma prevalência maior no consumo das três principais refeições diariamente (74,8%) e, 25,2% ingeriam 6 refeições/dia. É perceptível que a maioria dos idosos não tem o hábito de consumir 6 refeições diárias, o que pode ser atribuído ao próprio hábito alimentar ou em decorrência de uma menor ingestão relacionada às alterações fisiológicas inerentes a idade: diminuição das papilas gustativas, da salivação, alteração na mastigação devido ao uso de próteses inadequadas ou falta de dentes. A redução na sensibilidade por sabores primários como doces, amargos e o ácido, também repercutem na diminuição na ingestão de alimentos (CATÃO; XAVIER; PINTO, 2011). Além disso, alterações psicossociais como a perda de um cônjuge, depressão, isolamento, pobreza e dificuldade de locomoção podem influenciar na ingestão alimentar (SOUZA; CARVALHO; SILVA, 2012).

No tocante às frequências do consumo dos grupos alimentares, ao compararmos os dados do nosso estudo, em relação ao consumo diário de leite integral (21,05%) e desnatado (31,58%), com a pesquisa realizada por Orlando et al.(2011), observamos resultados que vão de encontro, pois o consumo de leite integral e queijos amarelos (47,36%) foi superior aos produtos desnatados (15,79%). Silva, Ramos e Acioly (2014) também mencionaram percentuais divergentes, onde 66,6% dos idosos preferiram consumir o leite integral em detrimento ao desnatado (40%). Contudo, Santos Queiroz e Godoi (2008), depararam-se com um maior consumo diário de produtos desnatados (69,2 %) quando comparado aos integrais (38,5%), justificado pelo fato dos idosos objetivarem uma reeducação alimentar no intuito de reduzir o aparecimento de comorbidades associadas à idade, a exemplo das dislipidemias.

Em relação às carnes, ovos e/ou pescados, Coca et al.(2010) encontraram um consumo diário de 93,5%, corroborando com os dados do nosso estudo (94,74%).Nolte (2011) também observou um percentual considerável de idosos (86%) que consumiam algum desses alimentos, todos os dias. Santos, Queiroz e Godoi (2008) relataram que os idosos de sua pesquisa, tanto os que recebiam acompanhamento nutricional quanto aqueles que não recebiam, ingeriam carnes magras, ovos e pescados, diariamente (92,3% vs 94,7%). Ribeiro, Rosa e Bozzetti (2011) associaram o consumo diário de carne, peixe ou ovo como uma variável inversamente proporcional ao risco de desnutrição em idosos. É importante ressaltar



que as carnes vermelhas são excelentes fontes de proteína de alto valor biológico e micronutrientes, especialmente ferro, zinco e vitamina B12, entretanto, são ricas em gorduras, principalmente, gordura saturada. Já as carnes de aves e peixes, além de serem excelentes fontes protéicas e de vitaminas e minerais, possuem menor teor de gorduras saturadas (BRASIL, 2014).

Foi observada uma elevada prevalência de idosos que consumiam diariamente frutas e verduras. Almeida, Guimarães e Rezende (2011) relataram que os idosos estudados incluíam frutas (67%) e verduras (85,2%) na composição do cardápio diário. Coca et al. (2010) também encontraram um percentual considerável de idosos que consumiam frutas e verduras diariamente (67,8%). Gadenz e Benvegnú (2013) constataram que 69,3% dos idosos consumiam frutas e 76,4% ingeriam hortaliças todos os dias. As frutas, verduras e legumes devem ser ingeridos diariamente pelos idosos, devido os inúmeros nutrientes que estes alimentos oferecem, principalmente, micronutrientes e fibras (CARVALHO, 2014). É perceptível a inserção desse grupo de alimentos nos hábitos alimentares das idosas analisadas, e, associado a isso, seus inúmeros benefícios. Porém, é indispensável que os profissionais da saúde orientem e incentivem a importância da quantidade e variação na ingestão de frutas, verduras e legumes, bem como as diferentes formas de preparos destes alimentos, procurando sempre ressaltar o sabor dos mesmos (HEITOR; RODRIGUES; TAVARES, 2013).

Em relação ao consumo de oleaginosas, os idosos entrevistados não demonstraram, em sua grande maioria, um consumo habitual para tais produtos. Em contrapartida, no estudo de Mecca (2011), 44% consumiam diariamente esse tipo de alimento e 18% dos idosos tinha o hábito de comer castanhas 2-3 vezes por semana. Quanto ao azeite de oliva, foi observada uma ingestão diária pouco relevante (21,05%) em detrimento aos possíveis benefícios atrelados a este produto. Orlando et al. (2011) encontraram que 71% dos idosos não consumiam o azeite, atribuindo a baixa adesão à falta de costume e ao elevado preço do produto. O consumo de óleos vegetais e/ou gorduras animais pelas idosas da nossa pesquisa foi considerável (50%); porém, inferior ao mencionado por Coca et al.(2010) e Piancó et al. (2012) que relataram o uso dessas gorduras por 87% e 73% dos idosos, respectivamente. A substituição de gordura saturada da dieta por mono e poli-insaturada é considerada uma estratégia para melhorar o controle da hipercolesterolemia e consequente redução da chance de agravantes clínicos (SANTOS et al., 2013). Todas as sementes oleaginosas são alimentos ricos em gorduras saudáveis, fibras, minerais e vitaminas, apresentando os compostos bioativos que promovem saúde e previnem doenças. Porém, fica a ressalva de não comer este

tipo de alimentos adicionados de sal ou açúcar. E por agirem pouco ou nenhum preparo, são excelentes opções de lanches saudáveis (BRASIL, 2014).

As idosas avaliadas em nossa pesquisa demonstraram um baixo consumo de embutidos (2,63%), o que também foi observado por Carvalho (2014), porém com dados de prevalência superior (9,1%). Dado divergente foi apontado por Gandez e Benvegnú (2013) e Orlando et al. (2011) que mostraram 63,2% e 34-50 % dos idosos utilizando embutidos, respectivamente. A redução do consumo de embutidos (salsicha, linguiça, salame, presunto e mortadela), deve limitar-se para, no máximo, uma vez por semana. (BRASIL, 2009). O consumo exacerbado de embutidos, aliado a diminuição progressiva de atividade física, converge para o aumento dos casos de obesidade e a carga de doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as cardiovasculares, com consequências agravantes na saúde do idoso (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014).

Foi observado que a maioria dos idosos referiu um consumo superior de cereais refinados em detrimento aos integrais. Andrade, Fonseca e Reis (2015) relataram a preferência dos idosos, praticantes de atividade física, por cereais refinados; enquanto que alimentos como arroz integral e pão integral, nunca tinham sido consumidos pelo grupo. Orlando et al. (2011) encontraram que a maioria dos idosos (74%) prefere o pão branco ao invés do integral. Bachman et al. (2008) mostraram que na dieta dos idosos prevaleceu o consumo de alimentos fonte de carboidratos complexos (pão, arroz, macarrão batata), porém com baixo teor de fibras. Os cereais, em geral, são fontes importantes de carboidratos, fibras, vitaminas, entre elas, a do complexo B e minerais. Porém, os cereais polidos excessivamente, apresentam menor teor de fibras e micronutrientes. Por esses motivos, versões menos processadas, como o arroz integral e farinha de trigo integral, devem ser preferidas (BRASIL, 2014).

O consumo de tubérculos foi frequente nas refeições habituais das idosas que participaram da nossa pesquisa. No estudo de Santos, Queiroz e Godoi (2008), a ingestão diária desses alimentos foi expressiva nos idosos em acompanhamento nutricional (38,5%); porém, para aqueles que não tinham esse acompanhamento, a prevalência foi 10,5%. A inclusão desse grupo de alimentos no consumo habitual de idosos é importante, pois excluem a necessidade de processamento industrial, além de importantes fontes de carboidratos (BRASIL, 2014).

O consumo elevado de leguminosas no cardápio cotidiano dos idosos em questão foi observada também por Lopes et al. (2010), que relatou que 70,96% dos indivíduos na terceira idade consumiam feijão diariamente. Orlando et al. (2011) relataram a ingestão desse mesmo

alimento uma a duas vezes por semana (68%). Os grupos das leguminosas são excelentes fontes de proteína, fibras, vitaminas do complexo B e minerais, como ferro, zinco e cálcio. A quantidade de fibras e o teor moderado de calorias por porção conferem a esses alimentos, grande poder de saciedade (BRASIL, 2014).

O uso diário de adoçante (47,37%) em detrimento ao de açúcar (42,11%) pode ser atribuído à elevada prevalência de Diabetes Mellitus que acomete as idosas. Orlando et al. (2011) encontraram dados divergentes, pois depararam-se com um consumo diário de açúcar em 66% dos idosos. Carvalho (2014), ao questionar sobre o tipo de produto que os idosos utilizavam para adoçar suas preparações, encontrou que 72,72% relataram o uso do adoçante dietético em comparação a 18% que utilizavam o açúcar. Em um inquérito populacional domiciliar, realizado com adultos e idosos na cidade de São Paulo/SP, foi observado que mais de 50% dos açúcares adicionados eram provenientes tanto de bebidas açucaradas (p. ex. refrigerantes), como do tradicional açúcar de mesa; enquanto os adultos faziam mais uso dos refrigerantes, os idosos utilizavam o açúcar de mesa. Além disso, a média de consumo dos açúcares adicionados foi maior entre as mulheres (BUENO et al., 2012).

Não encontramos em nossa pesquisa relato de idosos que faziam uso diário de doces. Gandez e Benvegnú (2013) mencionaram um consumo diário de doces em 10%. Piancó et al. (2012) mostraram que 57,1% dos idosos consumiam doces apenas 1 vez na semana, e de acordo com Nolte (2011), 44,9 % ingeriam esses produtos, no máximo, 1 vez na semana.

O consumo de produtos light/diet não foi expressivo assim como em Almeida, Guimarães e Rezende (2011). Mendonça, Relvas e Correa (2010) também observaram uma elevada prevalência de idosos (67,20 %) que não utilizavam produtos light e notaram que apesar da preocupação com a saúde, os produtos *diet* e *light* tinham consumo reduzido, podendo inferir que o idoso não associa esses produtos com possíveis benefícios à saúde. Além disso, a indústria apresenta estes produtos com preços acima dos convencionais, o que pode influenciar na aquisição desses alimentos, já que boa parte da população idosa tem uma renda baixa. Observamos também que o consumo de shaks diet e chá verde não foram prevalentes em nossos idosos. Santos, Queiroz e Godoi (2008) também encontraram um reduzido consumo destes produtos (3,9%) em indivíduos na terceira idade, e relacionaram o maior consumo desses alimentos aos adolescentes ou jovens que objetivavam perder peso e aderirem à dieta da moda.

O baixo consumo de refrigerantes pode ser explicado pelo fato dos idosos associarem o uso dessas bebidas aos prejuízos que tais produtos podem trazer à saúde. Gandez, Benvegnú (2013) verificaram uma prevalência de 19,3% em relação aos idosos que consumiam

refrigerantes mais de 1 vez na semana. Resultado bem aproximado a esses foi encontrado por Andrade, Fonseca e Reis (2015) ao depararem-se com um consumo semanal de refrigerantes por 18,8% dos idosos não praticantes de atividade física. Porém, Orlando et al. (2011) apontaram que 61% de idosos consumiam refrigerantes diariamente a semanalmente. São inúmeras as desvantagens associadas ao consumo de refrigerantes de forma contínua, ao passo que essas bebidas são extremamente açucaradas e possuem quantidade absurda de edulcorantes, acidulantes, cafeína, entre outras substâncias atreladas a muitas doenças crônicas como obesidade, diabetes, câncer e hipertensão (RABELO, 2014).

O elevado consumo diário de café pode ser explicado pelo fato dessa bebida fazer parte da cultura alimentar brasileira (FREITAS; PHILIPPI; RIBEIRO, 2011). Dos cinco alimentos mais consumidos pelos brasileiros, o café foi o item de maior prevalência no Norte (82,8%) e Nordeste (83,6%) (SOUZA et al., 2013). Estudo realizado por Piancó et al. (2012) comprovaram a utilização considerável do café pelos idosos (76,9%). Santos, Queiroz e Godoi (2008) depararam-se com 94,7 % dos idosos, sem acompanhamento clínico, que tomavam café ou chá, diariamente.

Pôde-se observar, através da aplicação do questionário de frequência alimentar, os hábitos alimentares dos idosos, de forma qualitativamente. Foi considerado um método viável, tendo em vista a facilidade de aplicação e não gerar custos, além de servir como justificativas, para possíveis inadequações do estado nutricional e situação de saúde dos mesmos, contribuindo também, para delimitações de estratégias que visam corrigir determinados erros de hábitos alimentares.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A expectativa de vida está crescendo de forma acelerada. Associado a isso, há a necessidade de nos prepararmos para vivermos mais, porém com autonomia e qualidade de vida; para tanto, é importante a adoção de estilo de vida e hábitos alimentares saudáveis.

Os resultados mostrados na presente pesquisa contribuíram para caracterizar o perfil socioeconômico, nutricional e clínico dos idosos participantes do grupo assistencial “Vivendo a melhor idade”, colaborando para o delineamento de futuras intervenções nutricionais no âmbito da atenção à saúde do idoso local; porém, vale ressaltar que tais dados não poderão ser extrapolados à população idosa do município, pois leva em consideração uma parcela diferenciada.

Os idosos no geral apresentaram boas escolhas alimentares, uma vez que, foi observado um consumo diário de frutas, verduras, laticínios desnatados, leguminosas e tubérculos em detrimento ao baixo consumo de doces, embutidos e refrigerantes, o que não condiz com a elevada prevalência de sobrepeso predominante neste grupo etário, e que pode ser explicado pelo fato de não ter sido feito uma pesquisa quantitativa do consumo alimentar. Além disso, foi observada uma elevada prevalência de patologias como: hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes; doenças estas classificadas como crônicas. Tal observação foi corroborada pelas medidas antropométricas da CC e RCQ, que apontaram risco aumentado para doenças cardiovasculares, alertando para a necessidade de intervenções em nível dos hábitos alimentares.

Levando em consideração a importância de um envelhecimento saudável, aponta-se a necessidade de uma melhor capacitação dos profissionais da saúde em realizar, rotineiramente, ações educativas que visem empoderar os idosos para adoção de um estilo de vida saudável. Desta forma torna-se imprescindível a realização de novos estudos na região para traçar o perfil dos idosos locais e embasar novas estratégias de prevenção e promoção da saúde para este grupo etário.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. V.; MAFRA, S. C. T.; SILVA, E. P.; KANSO, S. A. Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**, v. 14, n. 1, p. 115 - 131. 2015.

ALMEIDA, I. C.; GUIMARÃES, G. F.; REZENDE, D. C. Hábitos alimentares da população idosa: Padrões de compra e consumo. **Agroalimentaria**, v. 17, n. 33, p.95 110, 2011.

ANDRADE, A. D. **Percepção do estado de saúde oral em idosos institucionalizados: influência no seu estado nutricional**. 2013. 150 f. Dissertação (Obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária)- Universidade Católica Portuguesa –Instituto de Ciência de Saúde, Viseu, 2013.

ANDRADE, R. K. O.; FONSECA, G. S.; REIS, V. M. C. P. Estado nutricional de idosos do Grupo feliz idade da cidade de Capitão Enéas/MG. **Revista Multitexto**, v. 3, n. 01, p. 73-81, 2015.

ASSUMPÇÃO, D.; DOMENE, S. M. A; FISBERG, R. M.; BARROS, M. B. A. Qualidade da dieta e fatores associados entre idosos: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 30, n. 8, p. 1680-1694, 2014.

BACHMAN, J. L.; REEDY, J; SUBAR, A. F.; KREBS-SMITH, S. M. Sources of food group intakes among the US population, 2001- 2002. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 108, n. ??, p. 804-1014,2008

BALDIN, C. B.; FORTES, V. L. F. Viuvez feminina: a fala de um grupo de idosas. **Revista Brasileira de Ciência e Envelhecimento Humano**, v. 5, n. 1, p. 43-54, 2008.

BARRETO, M. L.; TEIXEIRA, M. G.; MORAIS NETO, O. L.; DUARTE, E. C. **O nascimento, a vida, o adoecimento, a morte e a atenção à saúde da população brasileira durante 20 anos de Sistema Único de Saúde: uma síntese**. In: Ministério da Saúde, organizador. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS), 2008

BRASIL. Vigilância alimentar e nutricional- **Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde**/[Andhressa Araújo Fagundes El AL.]. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Guia Alimentar para população Brasileira, 2014.

BUENO, M. B.; MARCHIONI, D. M. L.; CÉSAR, C. L. G.; FISBERG, R. R. Added sugars: consumption and associated factors among adults and the elderly. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 2, p. 256-264, 2012.

CALDAS, C. P.; VERAS, R. P. O lugar do idoso na família contemporânea e as implicações para a saúde. In: TRAD LENY, A. **Bonfim, organizadora. Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Editora Fiocruz, 2010.

CALVACANTI, C. L.; GONÇALVES, M. C. R.; ASCIUTTI, L. S.; CALVACANTI, A. L. Prevalência de doenças crônica e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Revista de Salud Pública**, v. 11, n. 6, p. 865-877, 2009.

CAMPOS, M. A. G.; PEDROSO, E. R. P.; LAMOUNIER, J. A.; COLOSIMO, E. A.; ABRANTES, M. M. Estado nutricional e fatores associados em idosos. **Revista e associação de Medicina Brasileira**, v. 52, n. 4, p. 214-221, 2006.

CAMPOLINA, A. G.; ADAMI, F.; SANTOS, J. L. F.; LEBRÃO, M. L. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, 2013.

CARVALHO, B. P. **Hábitos alimentares de idosos frequentadores do centro de convivência da zona leste de Londrina**. 2014.34 f. Monografia (Requisito parcial para obtenção do título de Tecnólogo em Alimentos)-Universidade Tecnológica Federal do Paraná-UTFPR. Londrina, 2014.

CASADO, L.; VIANNA, L. M.; THULER, L. C. S. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 4, p. 379-388, 2009.

CATÃO, M. H. C. V.; XAVIER, A. F. C.; PINTO, T. C. A. Impacto das alterações do sistema Estomatognático na nutrição do idoso. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 9, n. 29, p. 73-78, 2011.

CHAIM, J; RAMUNDO, M. E.; FERREIRA, C. A. S.; YUASO, D. R. Prática regular de atividade física e sedentarismo: Influência na qualidade de vida de idosas. **Revista Brasileira de Ciência e Envelhecimento Humano**, v. 7, n. 2, p. 198-209, 2010.

CLEMENTINO, R. S. Atuação do exercício físico e da alimentação saudável nos efeitos físicos de mulheres durante a terceira idade. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 6, n. 32, p. 131-139, 2012.

DINIZ, M. A.; TAVARES, D. M. S. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos de um município do interior de minas gerais. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 885-892, 2013.

COCA, A. L.; GRIPP, D. B.; SCHINESTZKI, E. C. V.; GIANLUPI, K.; LIBERALI, R.; COUTINHO, V. F. Consumo alimentar e sua influência no controle da hipertensão arterial de adultos e idosos de ambos os sexos em uma unidade básica de saúde em Dourados – MS. **Revista Brasileira de Ciências e Envelhecimento Humano**, v. 7, n.2, p. 244-257, 2010.

COELHO, F. G. M.. **Exercício físico no envelhecimento saudável e patológico: da teoria a pratica**. 1. ed. Curitiba: Editora CRV, 2013.

DOIMO, L. A.; DERNTL, A. M.; LAGO, O. C. O uso do tempo no cotidiano de mulheres idosas: um método indicador do estilo de vida de grupos populacionais. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1133-1142, 2008.



DUARTE, A. C. G. Avaliação **Nutricional: Aspectos clínicos e laboratoriais**. 1ed. Atheneu Editora, 2007.

DUARTE, S. F. P.; REIS, L. A. R. **Obesidade: uma visão multidisciplinar**. 1 ed. Curitiba: CRV, 2012.

ESPERANDIO, E. M.; ESPINOSA, M. M.; MARTINS, M. S. A.; GUIMARÃES, L. V.; LOPES, M. A. L.; SCALA, L. C. N. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 3, p. 481-493, 2013.

FARES, D.; BARBOSA, A. R.; BORGATTO, A. F.; COQUEIRO, R. S.; FERNANDES, M. H. Fatores associados ao estado nutricional de idosos de duas regiões do Brasil. **Revista de Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 4, p. 434-441, 2012.

FARINEA, N.; RICALDE, S. R.; SIVIERO, J. Perfil nutricional e antropométrico de idosos participantes de um grupo de ginástica no município de Antônio Prado – RS. **Revista Brasileira de Ciência e Envelhecimento Humano**, v. 7, n. 3, p. 394-405, 2010.

FECHINI, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**, v. 1, n. 7, p. 106-194, 2012.

FERNANDES, R. A.; ZANESCO, A. Early physical activity promotes lower prevalence of chronic diseases in adults. **Hypertension Research**, v.33, n. 9, p. 926-931, 2010

FREITAS, A. M, P.; PHILIPPI, S. T.; RIBEIRO, S. M. L. Listas de alimentos relacionadas ao consumo alimentar de um grupo de idosos: análises e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 14, n.1, p. 161-177, 2011.

FREITAS, E. V.; MIRANDA, R. D. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 950-960 p.

GADENZ, S. D.; BENVENEGNÚ, L. A. Hábitos alimentares na prevenção de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos hipertensos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3523-3533, 2013.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 1, p. 123-133, 2012.

GHISLA, M. K.; COSSI, S.; TIMPINI, A.; BARONI, F.; FACCHI, E.; MARENGONI, A. Predictors of successful rehabilitation in geriatric patients: subgroup analysis of patients with cognitive impairment. **Aging Clinical and Experimental Research**, 2007.

GINDRI, E. C. **Consumo alimentar de idosos cadastrados em uma estratégia de saúde da família**. 2013.33 f. Monografia (Para obtenção parcial do título de Nutricionista)- Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), Ijuí – RS, 2013.

GUIMARÃES, E. C.; DUARTE, N. M. F.; DIAS, V. B. Análise dos riscos coronarianos por meio da relação cintura-quadril e concordância com o índice de massa corporal em idosas. **EFDeportes.com, Revista Digital**, v. 15, n. 153, p. 1, 2011.

GUIMARÃES, E. C. M. Perfil Nutricional de Idosas frequentadoras da Faculdade da Terceira Idade. **Cadernos UniFOA**,v. 4, n. 10, 2009.

HEIN, M. A.; ARAGAKI, S. S. Saúde e envelhecimento: Um estudo de dissertações de mestrado brasileiras (2000-2009). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2141-2150, 2012.

HEITOR, S. F. D.; RODRIGUES, L. R.; TAVARES, D. M. S. Prevalência da adequação à alimentação saudável de idosos residentes em zona rural. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 79-88, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo Demográfico de 2010. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Sinopse do Senso Demográfico de 2010. Rio de Janeiro, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2008- 2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Departamento de População e Indicadores Sociais. **Divisão de Estudos e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período de 1980-2050**: revisão2006. Rio de Janeiro, 2010.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION - IDF. **The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome**.IDF, 2006, 16 p.

JANSSEN, I. **Sacorpenia**. In: Bales CW, RITCHIE CS, editors: Handbook of clinical nutrition and aging. Humana Press. Ed 2, Totowa, N. J., 2009

JÚNIOR, E. B. S.; OLIVEIRA, L. P. A. B.; SILVA, R. A. R. Doenças crônicas não transmissíveis e a capacidade funcional de idosos. **Journal of Research: Fundamental CareOnline**, v. 6, n. 2, p. 516-524, 2014.

JÚNIOR, J. D. P.; JÚNIOR, J. C. B.; GONÇALVES, J. C.; OLIVEIRA, A. V.; REIS, M. R. G. Prática de polifarmácia por idosos cadastrados em unidade de atenção primária. **Investigação**, v. 13, n. 2, p. 15-18, 2013.

KAUR, G. Assessment of Changes in Anthropometry and Body Composition with Progression of Age among Occupationally Sedentary Adult Women. **International Journal of Health & Nutrition**, v. 3, n. 1, p. 13-18, 2012.

KRUG, R. R.; LOPES, M. A.; MAZO, G. Características sociodemográficas e condições de saúde de idosas longevas inativas fisicamente participantes de grupos de convivência para idosos. **Revista Kinesis**, v. 1, n. 32, p. 6-22 2014.

KUCERA, M. O. R.; SIVIERO, J.; BONATTO. Consumo de lipídeos e estado nutricional de idosos participantes do projeto NUTENV da Universidade de Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ciência e Envelhecimento Humano**, v. 9, n. 3, p. 426-438, 2012.

KÜMPEL, D. A.; SILVEIRA, M. M.; ROCHA, J. P.; SCARIOT, M.; PORTELLA, M. R.; PASQUALOTTI, A. Perfil alimentar de idosos frequentadores de um grupo de terceira idade. **Revista Contexto e Saúde**, v. 10, n. 20, p. 361-366, 2011.

LIMA, A. P.; DELGADO, E. I. A melhor idade do Brasil: aspectos biopsicossociais decorrentes do processo de envelhecimento. **Ulbra e Movimento (REFUM)**, v. 1, n. 2, p. 76-91, 2010.

LIMA, P. V.; DUARTE, S. F. P. Prevalência de obesidade em idosos e sua relação com hipertensão e diabetes. **InterScientia**, v.1, n.3, p.80-92, 2013.

LIMA, R. S. S; LIMA, R. S; ALMEIDA, A. S. S. S. Projeto saúde: perfil alimentar e nutricional de idosas de um município do interior do Ceará. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 7, n. 37.p. 4-12, 2013.

LINHARES, R. S. Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n.3, p. 438-448, 2012.

- LOPES, A. F.; BRAGA, C. P.; BOLIANI, E.; ALMEIDA, F. Q. A. Perfil antropométrico e alimentar dos participantes do programa universidade aberta à terceira idade (unati) do instituto de biociências de Botucatu/SP. **Revista Ciência em Extensão**, v. 6, n. 1, p. 1, 2010.
- LUZ, E. P.; DALLEPIANE, L. B.; KIRCHNER, R. M.; SILVA, L. A. A.; SILVA, F. P.; KOHLER, J.; GOPINGER, E.; CARLOT, J. M. Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 2, p. 303-314, 2014
- MALTA, M. B.; PAPINI, S. J.; CORRENTE, J. E. Avaliação da alimentação de idosos de município paulista– aplicação do Índice de Alimentação Saudável. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 377-384, 2013.
- MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S.; RAYMOND, J. L. **KRAUSE: Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 13 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 448 p; 449 p.
- MAMHIDIR, A. G.; KIHLOGREN, M.; SOERLIE, V. Malnutrition in elder care: qualitative analysis of ethical perceptions of politicians and civil servants. **BMC Medical Ethics**, 2010.
- MANCINI, M. C. **Tratado de Obesidade**. Itapevi: AC Farmacêutica, 2010.
- MARANGONI, J.; OLIVEIRA, M. C. S. L. Relacionamentos intergeracionais: avós e netos. In: FALCÃO, D. V. S. **A família e o idoso: desafios da contemporaneidade**. Campinas (SP): Papirus; 2010. p. 37-56.
- MASTROENI, M. F.; MASTROENI, S. S. B. S.; ERZINGER, G. S.; MARUCCI, M. F. N. Antropometria de idosos residentes no município de Joinville-SC, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 1, p. 29-40, 2010.
- MECCA, M. S. **Influência da composição dietética nas alterações cognitivas de idosos**. 2011.67 f. Dissertação ( Obtenção do título de mestre em Educação Especial)- Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.
- MENDES, G. S.; MORAES, C. F.; GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 273-278, 2014.
- MENDONÇA, P. S. M.; RELVA, K.; CORREA, S. R. A. Estudo do comportamento alimentar de consumidores idosos no Brasil: alimentos preferidos, perfil do consumidor e contexto de consumo. **Revista Ciências Administrativas**, v. 16, n. 2, p. 529-543, 2010.

MENEZES, M. F. G.; TAVARES, E. L.; SANTOS, D. M.; TARGUETA, C. L.; PRADO, S. D. Alimentação saudável na experiência de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 2, p. 267-275, 2010.

MIRANDA, D. E. G. A.; CAMARGO, L. R. B.; COSTA, T. M. B.; PEREIRA, R. C. G. **Manual de Avaliação Nutricional do Adulto e do Idoso**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012.

MORAES, E. M.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 54-56, 2010.

MOREIRA, J. P. D.; MELO, P. T.; OLIVEIRA, A. M. C. Perfil Nutricional de Idosas Residentes em uma Instituição Geriátricas. **Revista Brasileira de Promoção de Saúde**, v. 25, n. 1, p. 52-58, 2012.

MOURA, M. A. V.; DOMINGOS, A. M.; RASSY, M. E. C. A qualidade na atenção à saúde da mulher idosa: um relato de experiência. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 848-855, 2010.

NAGAHASHI, A. S.; GOULART, R. M.; TORRAGA, M. O. F.; VALIENGO, A. Avaliação do estado nutricional, qualidade de vida e prática de atividade física de idosas em programas para terceira idade. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 1, n. 38, p. 38-45, 2013.

NAJAS, M. S.; YAMATTO, T. H. Nutrição na Maturidade: Avaliação do Estado Nutricional em Idosos. **Nestlé Nutrition**, 2010.

NASCIMENTO, C. M.; RIBEIRO, A. Q.; SANT'ANA, L. F. R.; OLIVEIRA, R. M. S. O.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Estado nutricional e condições de saúde da população idosa brasileira: revisão da literatura. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, v. 21, n. 2, p. 174-180, 2011.

NEUMANN, B.; CONDE, S. R.; LEMOS J. R. N.; MOREIRA, T. R. Associação entre o estado nutricional e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos residentes no município de Roca Sales-RS. **Revista Brasileira de Ciência e Envelhecimento Humano**, v. 11, n. 2, p. 166-177, 2014.

NOLTE, A. O. A. **Associação entre hábitos saudáveis de alimentação, Estado nutricional e percepção de saúde dos idosos**. 2011. 100 f. Dissertação (Obtenção do Título de Mestre em Gerontologia Biomédica)- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul- Instituto de Geriatria e Gerontologia. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica. Porto Alegre, 2011

ORLANDO, R.; PINHEIRO, T. L. F.; VOLKWEIS, D. S. H.; COLUSSI, E. L. Avaliação da alimentação e sua relação com as doenças crônicas não transmissíveis de um grupo de idosos de um município da região norte do estado do RS. **Revista de Enfermagem Frederico Westphalen** v. 6-7 n. 6-7 p. 203 – 217,2011.

PIANCÓ, I. M. F. G.; GONÇALVES, C. C.; ALMEIDA, I. B.; PEREIRA, P. **Padrão alimentar dos idosos cadastrados no grupo envelhecendo com saúde. In:II CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO**, 2012.

PIMENTA, F. B.; PINHO, L.; SILVEIRA, M. F.; BOTELHO, A. C. C. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2489-2498, 2015.

PREVIATO, H. D. R. A.; DIAS, A. P. V.; NEMER, A. S. A.;NIMER,M. Associação entre índice de massa corporal e circunferência da cintura em idosos, Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. **Nutrición Clínica y dietética hospitalaria**, v. 34, n. 1, p. 25-30, 2014.

QUEIROZ, B. M.; COQUEIRO, R. S.; NETO, J. S. L; BORGATTO, A. F.; BARBOSA, A. R.; FERNANDES, M. H. Inatividade física em idosos não institucionalizados: estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3489-3496, 2014.

RABELO, G. A. A. **Refrigerantes e sucos industrializados: um tema para a abordagem de química orgânica**. 2014. 72 f. Monografia (requisito parcial para a obtenção do título de Licenciado em Química)- Universidade de Brasília - Instituto de Química, Brasília, 2014.

RIBEIRO, R. S. V.; ROSA, M. I.; BOZZETTI, M. C. Mal nutrition and associated variables in an elderly population of Criciúma-SC. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 1, p. 56-61, 2011.

ROSA, L. H. T.; ROSSATO, D. D.; BOMBARDELLI, C. L.; STURMER, G.; ROSA, P. V. Estudo da mortalidade em população idosa de municípios do Rio Grande do Sul no período de 1996 a 2004. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 1, p. 111-120, 2010.

SANTOS, L. F. **Participação em grupo de promoção da saúde e qualidade de vida de idosos**. 2014.194 f. Tese de Doutorado (Obtenção do Título Doutorem Ciências da Saúde)- Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

SANTOS, M. G. B.; QUEIROZ, R. P.; GODOI, S. K. G. S. **Perfil clínico-nutricional de pacientes Idosos atendidos numa policlínica da cidade de Bezerros – PE**. 2008. 43

f. Monografia (Requisito para a obtenção do título de Bacharel em Nutrição) – Faculdade Vale do Ipojuca, Caruaru, 2008.

SANTOS, R. D.; GAGLIARDI, A. C. M.; XAVIER, H. T.; MAGNONI, C. D.; CASSANI, R. LOTTENBERG, A. M. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz sobre o consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 100, n. 1, p. 1-40, 2013.

SCHERER, R.; SCHERER, F.; CONDE, S. R.; BOSCO, S. M. D. Estado nutricional e prevalência de doenças crônicas em idosos de um município do interior do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 769-779, 2013.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; AZEVEDO e SILVA, G.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SEBASTIAO E.; HAMANAKA A. Y. Y.; GOBBI L. T. B.; GOBBI S. Efeitos da prática regular de dança na capacidade funcional de mulheres acima de 50 anos. **Revista da Educação Física**, v.19, n.2, p.205-214, 2008.

SENGER, A. E.; ELY, L. S.; GANDOLFI, T.; SCHNEIDER, R. H.; GOMES, I.; CARLI, G. A. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 713-719, 2011.

SILVA, A. R. A.; DOURADO, K. F.; PEREIRA, P. B.; LIMA, D. S. C.; FERNANDES A. O.; ANDRADE, A. M. RAZÃO TG/HDL-c e indicadores antropométricos preditores de risco para doença cardiovascular. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 25, n. 1, p. 41-49, 2012

SILVA, R. M. **Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre pessoas idosas assistidas por uma unidade básica de saúde da família- Campina Grande-PB**. 2012.80f. Monografia (Obtenção do título de Bacharel e Licenciado em Enfermagem)- Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, 2012.

SILVA, Y. M. S.; RAMOS, R. J.; ACIOLY, P. L. Avaliação do consumo alimentar de um grupo de idosos hipertensos do bairro bela vista de São José/SC. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 3, n. 1, p. 64-76, 2014.

SILVEIRA, E. A.; KAC, G.; BARBOSA, L. S. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade

segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1569-1577, 2009.

SOUZA, A. M.; PEREIRA, R. A.; YOKOO, E. M.; LEVY, R. B.; SICHIERI, R. Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 190-199, 2013

SOUZA, M. M.; ROCHA, S. V.; SANTOS, C. A.; VASCONCELOS, L. R. C.; PINTO, L. L. T.; SANTOS, C. E. S. Prevalência e fatores associados à inatividade física geral e no lazer em idosos residentes em áreas rurais. **Arquivos de Ciências do Esporte**, v. 2, n. 1, p. 82-88, 2013.

SOUSA, M. S.; CARVALHO, M. E. S. D.; SILVA, A. M. **O idoso que não come: os fatores que afetam o paladar e a alimentação do idoso**. In 10º Congresso Internacional da Rede Unida, 2012.

STROBL, R.; MULLER, M.; EMENY, R.; PETERS, A.; GRILL, E. Distribution and determinants of functioning and disability in aged adults - results from the German KORA-Age study. **BMC Public Health**, 2013.

THOMAS, D. R: Sarcopenia. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 26, n. 2, p. 331, 2010.

VERAS, R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 779-786, 2011.

VERAS, R. P. Um modelo em que todos ganham: mudar e inovar, desafios para o enfrentamento das doenças crônicas entre os idosos. **Acta Scientiarum. Humanand Social Sciences**, v. 34, n. 1, p. 3-8, 2012.

VESCIO, H.; SILVA BERZINS, M. A. V.; BURGUEZ, R. D.; PASCHOAL, S. M. P. **Área temática-saúde do idoso**, v.??,n. ??, p. 122-128, 2013.

VIEBIG, R. F.; VALERO, M. P. Desenvolvimento de um questionário de frequência alimentar para o estudo de dieta e doenças não transmissíveis. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 581-584, 2004

VITOLO, M. R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. 459 p; 460 p.



VONO, Z. E. **Enfermagem gerontológica: Atenção á pessoa idosa**. São Paulo: SENAC, 2007.104 p

WHO WORD HEALTH ORGANIZATION. **Social determinants of health: the solid facts**.2<sup>nd</sup>edition.Copenhagen, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO.**Obesity**. [S.l.]: WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION –WHO.**Fi\$ y-seven World Health Assembly Global Strategy on Diet, Physical Ac vity and Health**. Geneva, 2004

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO.**Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: WHO, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO.**Non communicable diseases country profiles 2011**. Geneva: WHO, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO.**World Health Statistics 2012**. [S.l.: S.n.], 2012

ZATTAR, L. C; BOING, A. F; GIEHL, M. W. C; D'ORSI, E. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 3, p. 507-521, 2013.

## **ANEXOS**

## ANEXO A - Questionário utilizado como instrumento de coleta

FORMULÁRIO Nº \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1 – Nome \_\_\_\_\_

2 – Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3 – Idade \_\_\_\_\_ anos

4 – Rendas Familiar \_\_\_\_\_

5 – Escolaridade

1() Analfabeto

2() Alfabetizado

3() Fundamental incompleto

4() Fundamental completo

5() Ensino médio incompleto

6() Ensino médio completo

7() Curso técnico

8() Curso Superior

6 - Estado civil?

1 ( ) Casado

2 ( ) Solteiro

3 ( ) Viúvo

4 ( ) Amasiado

7-Com quem reside:

1( ) Sozinho

2( ) Familiares

3( ) Cuidadores

4( ) Casa de apoio

8-Onde residem:

1 Zona urbana ( )

2 Zona rural ( )

9- Dados antropométricos

Altura \_\_\_\_\_ cm

Peso \_\_\_\_\_ kg

IMC \_\_\_\_\_ EN: \_\_\_\_\_

CC \_\_\_\_\_ cm CQ \_\_\_\_\_ cm

RCQ \_\_\_\_\_ cm

10-Antecedentes clínicos

	SIM	NÃO
Dislipidemia	1( )	2( )
Diabetes	1( )	2( )
Hipertensão	1( )	2( )
Câncer	1( )	2( )
Hepatopatias	1( )	2( )
Doenças renais	1( )	2( )
Osteoporose	1( )	2( )

11 - Tabagista 1SIM ( ) 2NÃO ( )

12 - Consume bebida alcoólica 1SIM ( ) 2NÃO ( )

Quantas vezes por semana \_\_\_\_\_

13- Pratica alguma atividade física?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

14- Números de refeições diária \_\_\_\_\_

**Fonte:** SANTOS, M. G. B.; QUEIROZ, R. P.; GODOI, S. K. G. S. **Perfil clínico-nutricional de pacientes idosos atendidos numa policlínica da cidade de Bezerros – PE.** Trabalho de conclusão de curso (Nutrição) --Faculdade do Vale do Ipojuca. Caruaru, 2008. Adaptado pelos pesquisadores

## ANEXO B - Questionário Qualitativo de Frequência Alimentar aplicado á população

Nome:						
<b>Produto</b>	<b>Diar.</b>	<b>4 a 6 vezes/ semana</b>	<b>2 a 3 vezes/ semana</b>	<b>1 vez/ semana</b>	<b>1 vez/ mês</b>	<b>Raram.</b>
<b>1. Leite e produtos lácteos</b>						
1.1 Leites integrais, iogurte natural, queijos amarelos, creme de leite						
1.2 Leite desnatado/semi-desnatado, queijos brancos						
<b>2. Carnes, pescados e ovos</b>						
2.1 Ovos, (mexido/ pochê), Frango, Carne bovina, suína, peixe, atum, sardinha, camarão, vísceras						
2.2 Cozido, assado, grelhado						
2.3 Frito						
2.4 Hambúrgueres, defumados, bacon, toucinho						
<b>3. Verduras e legumes</b>						
3. Alface/ acelga, repolho, couve, couve flor, tomate, cenoura, abóbora, alho, cebola, berinjela, pepino, beterraba, jerimum, maxixe, quiabo						
<b>4. Frutas e sucos</b>						
4.1 Laranjas, banana, abacaxi, maçã, pêra, mamão, morango, caqui, abacate, melão, jambo, melancia, caju, uva, manga,						

ameixa, carambola						
4.2 Azeitonas, amendoim, castanhas.						
4.3 Banana comprida, fruta-pão						
<b>5. Cereais integrais</b>						
5. Pão integral/diet, cereal matinal, cereais integrais, Arroz, macarrão, biscoito integral, barra de cereais						
<b>6. Cereais refinados</b>						
6. Pão francês, pão de forma, cuscuz, tapioca, farinha, biscoito cream-cracker, Biscoito doce maisena /leite/maizena, biscoito recheado, bolo simples, bolacha água e sal						
<b>7. Raízes e Tubérculos</b>						
7. Macaxeira, inhame, cará, batata doce, fruta-pão, batata inglesa						
<b>8. Leguminosas</b>						
8. Feijão, ervilha, milho verde, lentilha, fava, soja						
<b>9. Óleos e gorduras</b>						
9.1. Óleo, margarina, manteiga, azeite de dendê.						
9.2. Azeite de oliva extra virgem.						
<b>10. Doces, salgadinhos e guloseimas</b>						
10.1 Chocolates, achocolatado,						

<p>pudding, manjar, doce de frutas, sorvetes, esfiha,coxinha,pastel, cachorro quente,salgadinhos, empadas, torta recheada, torta com frutas, torta salgada, pizza.</p>						
10.2. Açúcar, mel, rapadura						
<b>11. Bebidas</b>						
11.1. Refrigerantes, cerveja, pinga, visque, vinho, suco artificial						
11.2. Chá, café, cappuccino						
<b>12. Preparações e miscelâneas</b>						
12.1. Sopa legumes/ feijão/ canja, catchup,mostarda, maionese, molho de tomate, molho de soja, panqueca, polenta, purê, quibebe, feijão com lingüiça, feijoada,rabada, buchada, mão-de-vaca, arrumadinho de charque, estrogonofe, batatas fritas, lasanha, macarronada, almôndegas.						
12.2. Sustagen, Nutren, Neston, vitaminas.						
<b>13. Embutidos e enlatados prontos para consumo</b>						
13. Feijoada, patê, carne em conserva, salsicha, ervilha, milho verde, seleta de legumes, champignon, palmito, atum, sardinha, mortadela, presunto.						
<b>14. Produtos dietéticos e light</b>						
14.1 Achocolatado light, cappuccino light, gelatina						

light, refresco diet, refrigerante diet, doce de leite diet, pudins light, mousse light, wefers light, bolos light.						
14.2. maltodextrina, adoçante dietético, açúcar mascavo						
14.3. Chá verde, diet shak, diet way, New diet, Herbalife						

Fonte: VIEBIG, R. F.; VALERO, M. P. Desenvolvimento de um questionário de frequência alimentar para o estudo de dieta e doenças não transmissíveis. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 581-584, 2004.



## ANEXO C-Parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.287.061

Outros	TERMO DE AUTORIZAÇÃO.JPG	13:48:20		Aceito
--------	--------------------------	----------	--	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINA GRANDE, 20 de Outubro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Januse Nogueira de Carvalho**  
**(Coordenador)**

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n  
 Bairro: São José CEP: 58.107-670  
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE  
 Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### VIA DO PESQUISADOR

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, declaro que recebi os devidos esclarecimentos por parte da equipe de pesquisa da Profa. Msc. Janaina Almeida Dantas Esmero em relação ao estudo sobre “Caracterização de idosos que participam de um grupo assistencial no município de Rio Tinto/PB” e estou perfeitamente consciente da importância do estudo porque:

- 1- Até o momento são poucos os trabalhos que investigam a situação nutricional de idosos no município de Rio Tinto-PB. Diante disso, essa pesquisa levantará dados de extrema importância sobre os comportamentos alimentares dos idosos avaliados, estado nutricional, condições de saúde e qualidade de vida, permitindo contribuir para a elaboração de propostas de políticas e ações de saúde;
- 2- Fui esclarecido (a) sobre o objetivo da pesquisa, que é caracterizar os idosos que participam de um grupo assistencial no município de Rio Tinto-PB, quanto ao aspecto nutricional e clínico;
- 3- Responderei um questionário com algumas perguntas relacionadas às minhas características sociais e econômicas, aos meus antecedentes clínicos e sobre a prática de atividade física. Além disso, vai ser realizada a minha avaliação nutricional, por meio da aferição do peso, altura, idade, circunferência da cintura, e circunferência do quadril. Responderei um Questionário de Frequência Alimentar (QFA) que possibilitará aos pesquisadores conhecer meus hábitos alimentares.
- 4- Será respeitada a minha dignidade, privacidade e autonomia, assegurando minha vontade de contribuir e permanecer ou não na pesquisa. Além disso, continuarei sendo atendida no grupo assistencial “Vivendo a Melhor Idade”, dispondo de toda a atenção, independente da participação na pesquisa.
- 5- O estudo não trará nenhum risco direto ou prejuízo para mim. Porém, poderei experimentar constrangimento ao responder algumas perguntas, mas os pesquisadores garantiram o caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade. Será respeitada minha dignidade e autonomia, assegurando minha vontade de contribuir e permanecer ou não na pesquisa.
- 6- Esta pesquisa tem como benefício avaliar a situação nutricional e clínica em que se encontram os idosos assistidos pelo grupo “Vivendo a melhor idade”, permitindo, com isso, estabelecer planos de ação em saúde.
- 7- Não haverá despesas econômico-financeiras para mim. Não serão geradas formas de indenização e/ou ressarcimento de despesas;
- 8- Eu receberei respostas às perguntas ou esclarecimentos a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa. Para isso, poderei me comunicar a qualquer momento com a pesquisadora Karla Thuany de Oliveira Santos através do fone (83) 98508251 e com a Profa. Msc. Janaina Almeida Dantas Esmero através do fone (83) 33721947;
- 9- Concordo livremente em participar desta pesquisa, sem receber qualquer tipo de pressão da equipe de pesquisadores; bem como terei o direito de saber o resultado do estudo, se assim eu desejar;

- 10- Poderei abandonar a qualquer momento a pesquisa caso não me sinta satisfeito (a), sem que isso venha prejudicar minhas atividades no grupo assistencial “Vivendo a melhor idade”.
- 11- Este termo será assinado em duas vias, sendo uma das vias entregue a mim e a outra ficará com o responsável pela pesquisa;
- 12- O projeto será aprovado pelo CEP direcionado pela Plataforma Brasil de acordo com as normas contidas na Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012;
- 13- Endereço e contato dos pesquisadores: Universidade Federal de Campina Grande/ Centro de Educação e Saúde/ Unidade Acadêmica de Saúde/ Curso de Nutrição/ Sítio Olho d’água da Bica, s/n, Cuité Telefone: (83) 3372-1900 (ramal 1937)

Assinatura: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Pesquisador (a): \_\_\_\_\_.

Testemunha 1: \_\_\_\_\_.

Testemunha 1: \_\_\_\_\_.

**Observações complementares**

Endereço do Comitê de Ética onde foi apreciada a pesquisa:

CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB.

Telefone: (83) 2101-5545.2

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### VIA DO PARTICIPANTE

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, declaro que recebi os devidos esclarecimentos por parte da equipe de pesquisa da Profa. Msc. Janaina Almeida Dantas Esmero em relação ao estudo sobre “Caracterização de idosos que participam de um grupo assistencial no município de Rio Tinto/PB” e estou perfeitamente consciente da importância do estudo porque:

- 1- Até o momento são poucos os trabalhos que investigam a situação nutricional de idosos no município de Rio Tinto-PB. Diante disso, essa pesquisa levantará dados de extrema importância sobre os comportamentos alimentares dos idosos avaliados, estado nutricional, condições de saúde e qualidade de vida, permitindo contribuir para a elaboração de propostas de políticas e ações de saúde;
- 2- Fui esclarecido (a) sobre o objetivo da pesquisa, que é caracterizar os idosos que participam de um grupo assistencial no município de Rio Tinto-PB, quanto ao aspecto nutricional e clínico;
- 3- Responderei um questionário com algumas perguntas relacionadas às minhas características sociais e econômicas, aos meus antecedentes clínicos e sobre a prática de atividade física. Além disso, vai ser realizada a minha avaliação nutricional, por meio da aferição do peso, altura, idade, circunferência da cintura, e circunferência do quadril. Responderei um Questionário de Frequência Alimentar (QFA) que possibilitará aos pesquisadores conhecer meus hábitos alimentares.
- 4- Será respeitada a minha dignidade, privacidade e autonomia, assegurando minha vontade de contribuir e permanecer ou não na pesquisa. Além disso, continuarei sendo atendida no grupo assistencial “Vivendo a Melhor Idade”, dispondo de toda a atenção, independente da participação na pesquisa.
- 5- O estudo não trará nenhum risco direto ou prejuízo para mim. Porém, poderei experimentar constrangimento ao responder algumas perguntas, mas os pesquisadores garantiram o caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade. Será respeitada minha dignidade e autonomia, assegurando minha vontade de contribuir e permanecer ou não na pesquisa.
- 6- Esta pesquisa tem como benefício avaliar a situação nutricional e clínica em que se encontram os idosos assistidos pelo grupo “Vivendo a melhor idade”, permitindo, com isso, estabelecer planos de ação em saúde.
- 7- Não haverá despesas econômico-financeiras para mim. Não serão geradas formas de indenização e/ou ressarcimento de despesas;
- 8- Eu receberei respostas às perguntas ou esclarecimentos a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa. Para isso, poderei me comunicar a qualquer momento com a pesquisadora Karla Thuany de Oliveira Santos através do fone (83) 98508251 e com a Profa. Msc. Janaina Almeida Dantas Esmero através do fone (83) 33721947;
- 9- Concordo livremente em participar desta pesquisa, sem receber qualquer tipo de pressão da equipe de pesquisadores; bem como terei o direito de saber o resultado do estudo, se assim eu desejar;
- 10- Poderei abandonar a qualquer momento a pesquisa caso não me sinta satisfeito (a), sem que isso venha prejudicar minhas atividades no grupo assistencial “Vivendo a melhor idade”.

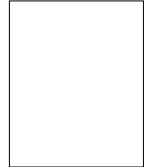
- 11- Este termo será assinado em duas vias, sendo uma das vias entregue a mim e a outra ficará com o responsável pela pesquisa;
- 12- O projeto será aprovado pelo CEP direcionado pela Plataforma Brasil de acordo com as normas contidas na Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012;
- 13- Endereço e contato dos pesquisadores: Universidade Federal de Campina Grande/ Centro de Educação e Saúde/ Unidade Acadêmica de Saúde/ Curso de Nutrição/ Sítio Olho d'água da Bica, s/n, Cuité Telefone: (83) 3372-1900 (ramal 1937)

Assinatura: \_\_\_\_\_ \_/\_\_\_/\_\_\_\_.

Pesquisador (a): \_\_\_\_\_.

Testemunha 1: \_\_\_\_\_.

Testemunha 1: \_\_\_\_\_.



**Observações complementares**

Endereço do Comitê de Ética onde foi apreciada a pesquisa:

CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB.

Telefone: (83) 2101-5545.2


## APÊNDICE B - Termo de Autorização Institucional

SECRETARIA MUNICIPAL DE AÇÃO SOCIAL RIO TINTO- PB  
Rua Francisco Gerbasi S/N  
Rio Tinto – Paraíba – CEP: 58297-000  
CNPJ: 15.651.232/0001-87

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “Caracterização nutricional de idosos que participam de um grupo assistencial” desenvolvida pela aluna Karla Thuany de Oliveira Santos e a professora Ms. Janaína Almeida Dantas Esmero do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG.

RIO TINTO, 20 de maio de 2015.

  
Maria Lucia do Nascimento e Silva  
SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL  
MAT. 393102