



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Hábitos alimentares e doenças associadas ao processo de envelhecimento

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em
Gerontologia Social Aplicada

Sandra Léa Lima Fontinele

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

JANEIRO 2019



CATÓLICA

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Hábitos alimentares e doenças associadas ao processo de envelhecimento

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em
Gerontologia Social Aplicada

Sandra Léa Lima Fontinele

Sob a Orientação do
Prof. Doutor Eduardo Jorge Gomes da Costa Duque

*“Nunca tenha certeza de nada.
A sabedoria começa com a dúvida.”
(Freud)*

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu forças para superar todos os obstáculos enfrentados durante o Mestrado e ter coragem para continuar e não desistir.

Ao meu filho, João Gabriel Fontinele, fonte contínua de amor e de inspiração para que eu busque sempre melhorar como pessoa.

Aos meus pais, pela educação e os princípios de vida que me ensinaram.

Ao meu companheiro, Claucer Carvalho, pelo apoio e incentivo na minha busca para aprimorar meus conhecimentos.

Aos meus irmãos, Joaquim, Samara e Sammya, que sempre acreditaram em mim e torceram para que os meus projetos tivessem sucesso.

Ao meu professor Orientador, Professor Doutor Eduardo Duque, uma pessoa de indiscutível competência, que tirou o seu precioso tempo para me ajudar compartilhando os seus conhecimentos, com tanto carinho e atenção.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo mostrar o impacto de determinados hábitos alimentares no desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) bem como analisar de que forma a educação nutricional e as mudanças no estilo de vida abrem possibilidades para as melhorias na qualidade de vida e, principalmente, como pode contribuir para o tão almejado envelhecimento bem sucedido. Em termos metodológicos, trata-se de um estudo quantitativo, recorrendo a um desenho não experimental, transversal. A população é constituída por uma amostra de conveniência, composta por 34 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, residentes no município de São Luís, Maranhão (MA), que frequentam o Centro Especializado em Reabilitação de Idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento, nutrição, doenças crônicas não-transmissíveis.

ABSTRACT

This study aims to show the impact of certain eating habits on the development of chronic noncommunicable diseases (NCDs) as well as to analyze how nutritional education and lifestyle changes open possibilities for improvements in quality of life and, especially, how it can contribute to the long-awaited successful aging. In methodological terms, this is a quantitative study, using a non-experimental, cross-sectional design. The population consists of a convenience sample composed of 34 elderly individuals, aged 60 and over, of both sexes, living in the city of São Luís, Maranhão (MA), who attend the Specialized Center for Rehabilitation of the Elderly .

Keywords: Aging, nutrition, chronic diseases.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVO	12
2.1. Pergunta de pesquisa.....	12
2.2. Objetivo Geral	12
2.3. Objetivos Específicos.....	12
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
3.1. O Processo de senescência	13
3.2. Doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes na população idosa	15
3.3. Nutrição e o envelhecimento	17
4. METODOLOGIA	21
4.1. Tipo de pesquisa.....	21
4.2. População do estudo.....	21
4.3. Etapas para coleta de dados	21
4.4. Coleta de dados	23
4.5. Análise dos dados	23
5. RESULTADO E DISCUSSÃO	24
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
7. REFERÊNCIAS.....	33
ANEXOS	35

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	- Relação das idades, segundo gênero dos idosos atendidos no Centro Especializado de Reabilitação em São Luís, MA, 2018...	25
Gráfico 2	- Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, segundo gênero e faixa etária dos idosos atendidos no Centro Especializado de Reabilitação em São Luís-MA, 2018.....	25
Gráfico 3	- Frequência estado nutricional, segundo gênero dos idosos atendidos no Centro Especializado de Reabilitação em São Luís-MA, 2018.....	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Característica amostral, segundo variáveis sócioeconômicas e demográficas dos idosos atendidos no Centro Especializado em Reabilitação, São Luís-MA, 2018.....	24
Tabela 2	- Distribuição dos idosos, segundo presença, número e tipo de doenças crônicas não-transmissíveis existentes São Luís-MA, 2018.....	26
Tabela 3	- Índice de Massa Corporal (IMC) de acordo com o sexo e o grupo de idade dos idosos, São Luís-MA, 2018.....	27
Tabela 4	- Distribuição das frequências de consumo alimentar dos idosos atendidos no Centro Especializado em Reabilitação, São Luís-MA, 2018.....	28
Tabela 5	- Associação das variáveis dietéticas e presença de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) dos idosos atendidos no Centro Especializado em Reabilitação, São Luís-MA, 2018.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD	Atividades de Vida Diária
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Melito
DM2	Diabetes Melito do Tipo 2
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	Lipoproteína de Alta Densidade
LDL	Lipoproteína de Alta Densidade
QFA	Questionário de Frequência Alimentar
OMS	Organização Mundial de Saúde

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um desafio do mundo atual, sendo os idosos a parcela da população que mais cresce. A OMS (Organização Mundial de Saúde) prevê que, em 2025, existirá 1,2 bilhão de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos (com 80 anos ou mais anos) devem constituir o grupo etário de maior crescimento. Assim, estima-se que, em 2025, o crescimento desse segmento populacional colocará o Brasil na sexta posição dentre os países com maiores índices de envelhecimento humano (Bernardi, Maciel & Baratto, 2017; Bina & Abreu, 2016; Cruz et al., 2017; Dórea, Manochio-Pina & Santos, 2016; Freitas et al., 2016; Henriques et al., 2015).

O crescimento expressivo do número de idosos deve-se ao aumento da longevidade, bem como à melhoria das condições de saúde e qualidade de vida. Porém, a inversão da pirâmide populacional nem sempre tem um significado positivo; afinal, viver mais, tal como refere alguns autores (Bina & Abreu, 2016; Nogueira et al., 2016) não é sinônimo de viver melhor.

Individualmente, o aumento da expectativa de vida tem como resultado uma situação complexa, que é o medo de atingir essa meta com limitações e dependências (Monteiro & Maia, 2015). A manutenção do estado de saúde constitui uma das maiores preocupações deste grupo populacional e, dentro deste enredo, um importante ponto é prevenir patologias e manter o desempenho de todas as atividades diárias sem depender de outra pessoa (Nogueira et al., 2016).

As modificações ocorridas nos perfis epidemiológicos e demográficos da população brasileira resultaram nas mudanças de padrões nutricionais, que tem reflexo direto no estilo de vida e na saúde geral (Cruz et al., 2017; Oliveira et al., 2016). E a saúde, a nutrição e o envelhecimento estão intimamente ligados, e a manutenção da saúde do idoso depende diretamente da adequação estado nutricional e de uma alimentação equilibrada (Rezende et al., 2016).

Reis et al. (2015), analisa o processo de envelhecimento como sendo um processo natural para a população de maneira geral e faz uma correlação com o aparecimento de doenças.

O envelhecimento é um processo que impacta todos os indivíduos de modo lento e gradativo, provocando alterações biológicas e socioambientais. A intensidade dessas modificações inerentes ao processo de senescência varia

de indivíduo para indivíduo. Nesta fase, pode ser observada acentuada tendência ao desenvolvimento e acúmulo de doenças (Reis et al., 2015, p.11).

Entende-se que o aumento da expectativa de vida foi acompanhado por mudanças no estilo de vida, que incluiu hábitos alimentares pouco saudáveis, altas taxas de inatividade física e estresse, e teve como resultado taxas crescentes de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Dessa forma, uma alimentação adequada e a prática de atividade física mostram-se essenciais na prevenção de DCNT e, assim é possível promover o envelhecimento saudável e o controle de consequências metabólicas decorrentes dessas patologias (Mauricio, Febrone & Gagliardo, 2013).

À medida que a sociedade se desenvolve aumenta o número de idosos, e os problemas de saúde desafiam os modelos de cuidados existentes. Os avanços tecnológicos e as ciências da saúde oferecem a oportunidade de desfrutar melhor qualidade de vida em uma velhice mais longa. As estratégias preventivas ao longo da vida tornaram-se mais importantes para resolver os desafios de hoje e, cada vez mais, as do futuro (Oliveira et al., 2016).

O processo de envelhecimento pode desencadear ou exacerbar inúmeros problemas relacionados com a saúde que possuem impacto tanto sobre a qualidade quanto a expectativa de vida. As principais comorbidades sistêmicas, consideradas crônicas associadas a um conjunto de alterações fisiometabólicas, são a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes melito, a obesidade, a dislipidemia e a síndrome metabólica (Freitas et al., 2015; Leite et al., 2012; Martins et al. 2015).

As doenças crônicas são um importante problema de saúde, ocasionando 68% das mortes no mundo. Destas, 40% são consideradas prematuras, ocorrendo antes dos 70 anos. Às DCNTs se atribuem 80% das consultas em atenção primária e 60% das internações hospitalares. Elas são, atualmente, a maior causa de incapacidade (Silocchi & Junges, 2017, p. 600).

A avaliação das condições físicas, psicológicas, sociais e culturais dos idosos permite entender a compreensão de suas necessidades de saúde. As informações geradas podem transformar-se em subsídios para a implantação de programas e planejamento de estratégias de atendimento e intervenções adequadas à realidade desse grupo de pessoas (Cruz et al, 2017). Segundo Bina & Abreu (2016), o controle do peso corporal e a ingestão alimentar equilibrada são essenciais para alcançar as condições necessárias de cuidados com a saúde. (p. 430)

O padrão alimentar de um indivíduo pode ser determinado por uma série de fatores, que variam desde os hábitos familiares, tabus, crenças religiosas e até condições socioculturais e financeiras. A sua alimentação deve ser adequada para manter as funções vitais e atender a condições fisiológicas específicas: crescimento, gestação, lactação, manutenção e recuperação; a fim de assegurar o bom estado nutricional (Bernardi, Maciel & Baratto, 2017; Henriques et al., 2015; Monteiro & Maia, 2015; Nogueira et al., 2016; Oliveira et al., 2016).

Portanto, a construção de hábitos alimentares saudáveis é fundamental para a manutenção da qualidade de vida durante todas as etapas da vida não sendo diferente ao longo do processo de senescência.

Posto isto, este estudo tem por objetivo mostrar o impacto de determinados hábitos alimentares no desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis em idosos atendidos num Centro Especializado em Reabilitação de idosos em São Luís-MA e como a educação nutricional e as mudanças no estilo de vida abrem possibilidades para melhorias da qualidade de vida e, principalmente, contribuem para o tão almejado envelhecimento bem sucedido.

2. OBJETIVO

2.1. Pergunta de pesquisa

O conhecimento das diferenças dos hábitos alimentares das pessoas idosas pode contribuir para delimitação do perfil alimentar e nutricional dessa população e permitir a identificação de fatores de riscos alimentares, com a perspectiva de prevenir o aparecimento de doenças e danos evitáveis e, conseqüentemente, melhorar sua qualidade de vida. Assim, qual o impacto de determinados hábitos alimentares no desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) em idosos atendidos num Centro Especializado em Reabilitação de Idosos em São Luís - MA?

2.2. Objetivo Geral

Analisar a relação existente os hábitos alimentares e o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus fatores de riscos em idosos atendidos em um Centro Especializado em Reabilitação de idosos em São Luís-MA.

2.3. Objetivos Específicos

- Realizar avaliação antropométrica dos idosos;
- Identificar e classificar o estado nutricional e analisar a sua relação com os dados antropométricos;
- Identificar os idosos com doenças crônicas não transmissíveis e a respectiva correlação com o estado nutricional;
- Perceber a relação os fatores de risco e o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. O Processo de senescência

De acordo com Leite et al. (2012), existiriam dois tipos de envelhecimento: o biológico normal e o usual. O envelhecimento normal envolve as mudanças biológicas inexoráveis e universais, características do processo. Já no envelhecimento usual, além das alterações biológicas, observa-se o aumento da incidência de doenças crônicas. (p. 366) Dessa forma, com a transição demográfica, modifica-se o perfil de morbimortalidade, onde quadros agudos são substituídos por processos crônicos de desgaste e adoecimento, passando de um perfil com predominância de doenças infecciosas e parasitárias para um cenário com predomínio de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), produzindo impactos sobre o sistema de saúde. Este fato é mais preocupante na população idosa, especialmente em função das alterações biológicas e sociais intrínsecas ao envelhecimento. Muitos estudiosos de diversas áreas têm-se dedicado a procurar razões do envelhecimento bem-sucedido (Cruz et al., 2017; Leite et al., 2012; Martins et al., 2015; Monteiro & Maia, 2015).

Sabe-se que o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem modificações morfológicas, bioquímicas, funcionais, sociais e psicológicas em todos os níveis do organismo (Dórea, Manochio-Pina & Santos, 2015; Henriques et al., 2015; Leite et al., 2012; Monteiro & Maia, 2015; Nogueira et al., 2016). Por sua vez, a preocupação com o estado nutricional e a alimentação está ligada a vários fatores relacionados a este processo, uma vez que as mudanças relacionadas a essa fase de vida geram alterações no padrão de alimentação e nutrição, podendo levar à perda excessiva de peso, à falta de apetite e à diminuição do estímulo alimentar, e ainda podem ser responsáveis pelo aparecimento das DCNTs, pela limitação física ou até mesmo pelo uso constante de medicamentos (Henriques et al., 2015). Essas mudanças, muitas vezes, têm início relativamente cedo. Alguns autores situam-nas no final da segunda década da vida, perdurando longo tempo e sendo pouco perceptíveis até que surjam, ao final da terceira década, as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais atribuídas ao envelhecimento (Martins et al., 2015; Monteiro & Maia, 2015).

As alterações biológicas próprias desse ciclo são contínuas e podem levar à perda de massa magra corporal (aproximadamente 2 a 3% por década), bem como de líquidos corpóreos, ao aumento na gordura corporal, diminuição de órgãos como rins, fígado e pulmões e principalmente uma grande perda de músculos esqueléticos (Dórea, Manochio-Pina & Santos, 2015; Leite et al., 2012; Mauricio, Febrone & Gagliardo, 2013; Oliveira et al., 2016). As perdas sensoriais, como diminuição do paladar, visão, olfato, audição, também podem influenciar o apetite e o prazer de se alimentar, além de outros problemas gastrointestinais como constipação intestinal, disfagia, alterações da acidez gástrica e no esvaziamento gástrico; e tais alterações afetam negativamente o estado nutricional e o modo de se alimentar (Bernardi, Maciel & Baratto, 2017; Nogueira et al., 2016; Oliveira et al., 2016). A ingestão hídrica merece atenção, pois o distúrbio hidroeletrólítico é bastante evidenciado em idosos, pela diminuição da vontade de beber, e o menor consumo de água, acompanhado do uso de medicamentos diuréticos e exercício físico, pode levar à desidratação. Diante desses aspectos, a busca de conduta e diagnósticos nutricionais que melhorem a qualidade de vida dessa faixa etária torna-se essencial (Dórea, Manochio-Pina & Santos, 2015; Oliveira et al., 2016).

A senescência promove alterações (hormonalmente induzidas ou não) que contribuem para mudanças nos perfis antropométricos desta população, tais como: modificações nos compartimentos de gordura corporal, diminuição da massa muscular magra (sarcopenia), reduções na estatura, pelo comprometimento da densidade mineral óssea vertebral, e redução do percentual de água corporal, dentre outras (Freitas et al., 2015; Leite et al., 2012; Nogueira et al., 2016).

A intensidade das mudanças relativas ao processo de senescência varia de indivíduo para indivíduo. O processo de envelhecimento afeta todos os órgãos e sistemas e a compreensão dessas mudanças permite um melhor entendimento sobre o impacto funcional que ocorre durante a senescência individual. Essas mudanças ocorrem independente de doenças e variam em cada órgão e em cada pessoa (Dórea, Manochio-Pina & Santos, 2015; Oliveira et al., 2016).

E segundo Veras (2012), muitas condições crônicas estão ligadas ao envelhecimento, e prevenção da instalação destas manifestações exigiria um esforço muito mais coordenado dos profissionais de saúde. No entanto, a maioria dos cuidados de saúde, ainda está estruturada em torno de episódios agudos.

3.2. Doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes na população idosa

O acúmulo de danos, ao longo da vida, resultantes, sobretudo, da interação entre fatores genéticos e hábitos de vida não saudáveis, como dieta desequilibrada, tabagismo, etilismo e sedentarismo, é responsável pelo aparecimento das DCNTs (Cruz et al, 2017; Flores et al., 2016). E podem também desencadear processos incapacitantes, afetando a funcionalidade dos indivíduos da terceira idade, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente, o que pode comprometer de maneira significativa a sua qualidade de vida (Flores et al, 2016; Leite et. al. 2012).

A ocorrência de DCNTs na população idosa é, sem dúvida, de grande magnitude, ocasionando 68% das mortes no mundo. Destas, 40% são consideradas prematuras, ocorrendo antes dos 70 anos. O desenvolvimento de DCNTs é complexo, tornando necessárias ações que não apenas foquem o indivíduo, mas que também levem em consideração os aspectos sociais, econômicos e culturais do problema. A negligência quanto às mudanças do estilo de vida faz com que aproximadamente 50% das pessoas com DCNTs não obtenham melhoras no contexto da doença. Cabe-nos saber, entretanto, o quanto tais patologias os impedem de exercer suas atividades rotineiras de forma independente e autônoma. Sendo que a diminuição da capacidade funcional do idoso, que pode torná-lo dependente de um nível mais complexo de assistência, o fará subir para um degrau mais intenso de cuidados (Nogueira et al., 2016; Silocchi & Junges, 2017; Venturini et al., 2015; Veras, 2012).

Com o envelhecimento, ocorrem mudanças morfológicas e funcionais no sistema circulatório que contribuem para o aumento da pressão arterial. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) trata-se de uma doença de etiologia multifatorial e poligênica, altamente prevalente nas pessoas de mais idade e que contribui consideravelmente para aumento da mortalidade (Martins et al., 2015; Nogueira et al., 2016; Silocchi & Junges, 2017).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença de alta prevalência na população idosa que se caracteriza por pressão arterial elevada e sustentada em níveis iguais ou maiores a 140mmHg para a sistólica ou 90mmHg para a diastólica (Rezende et al., 2016, p.72).

Destaca-se como outra importante causa de morbimortalidade entre pessoas na terceira idade o diabetes melito (DM). O DM é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta alterações na ação e/ou na secreção de insulina e tem como resultado comum a hiperglicemia. A prevalência de pessoas portadoras de diabetes vem aumentando principalmente em decorrência do crescimento e do envelhecimento da população. Além disso, a maior urbanização e o aumento dos meios tecnológicos podem proporcionar maior sobrevivência aos pacientes com DM e também contribuem na forma de estímulos ao sedentarismo, e podem desencadear outras DCNT, como a obesidade (Martins et al., 2015; Silocchi & Junges, 2017).

A obesidade, também, é considerada um fator de risco para o desencadeamento de outras patologias, entre elas as DCNTs, como diabetes melito, hipertensão arterial, dislipidemias e doenças cardiovasculares (Bina & Abreu, 2016; Martins et al., 2015). Aumentada consideravelmente nas pessoas senescentes, já que o avanço da idade é acompanhado pelas mudanças fisiológicas e corporais, como redução de altura, redução da massa corporal magra, acentuada cifose dorsal, acúmulo de gordura visceral e diminuição da quantidade de água no organismo, são agravados quando associados à obesidade (Bernardi, Maciel & Baratto, 2017; Martins et. al., 2015).

A dislipidemia é o fator de risco cardiovascular mais prevalente na população idosa, destacando-se por alterações no metabolismo dos lipídios a partir do desequilíbrio entre a síntese e a degradação de lipoproteínas. É caracterizada pelo aumento de uma ou mais lipoproteínas séricas, tais como triglicerídeos, colesterol e lipoproteína de alta (HDL) e baixa (LDL) Densidade. Na maioria dos casos, a elevação dos lipídios no sangue não é acompanhada por nenhuma tipo de sintomatologia, recomendando-se a frequência do acompanhamento desses parâmetros bioquímicos. A persistência de taxas elevadas de lipídios séricos é responsável pelo aparecimento da aterosclerose, uma doença progressiva, representada por uma inflamação crônica e pelo acúmulo de gordura nas artérias coronarianas (Martins et al., 2015; Rezende et al., 2016).

Merece destaque entre as DCNTs a síndrome metabólica, conhecida como síndrome da resistência à insulina ou síndrome plurimetabólica, que pode ser definida como um distúrbio clínico delimitado por um conjunto de fatores de risco cardiovascular, como excesso de gordura corporal, resistência à insulina,

hipertensão arterial e dislipidemias. E ainda está associada ao risco elevado de desenvolver diabetes melito, o que eleva consideravelmente as taxas de mortalidade e aumenta sua prevalência com o decorrer da idade (Martins et al., 2015).

Além da multiplicidade de patologias, também é necessário considerar as fortes influências dos determinantes sociais nas doenças que afetam essa faixa etária. E no âmbito da atenção básica, os hábitos decorrem de padrões de comportamento aprendidos ao longo do processo de socialização primária e são adquiridos em casa, e a prática de uma alimentação saudável, vai além das escolhas individuais. No entanto, esses padrões, considerados normais para as pessoas com DCNTs, são vistos pelos profissionais como errados, porque diferem do padrão recomendado, o qual acaba burlado pelas pessoas, já que são aqueles hábitos primários os que servem de parâmetro para as práticas alimentares (Silocchi & Junges, 2017; Veras, 2012).

Para Monteiro & Maia (2015), embora a larga maioria dos idosos seja portador de pelo menos uma doença crônica, nem todos ficam limitados por essas doenças, e muitos levam uma vida perfeitamente normal, com as suas enfermidades controladas e expressam satisfação pela vida. A manutenção de um estado nutricional adequado na pessoa idosa é uma tarefa árdua, frente às doenças crônicas, à associação do uso de medicamentos, às modificações fisiológicas inerentes à idade que interferem no apetite, no consumo e absorção de nutrientes, e às questões sociais e econômicas que muito prejudicam o hábito de uma alimentação saudável. (p. 200)

3.3. Nutrição e o envelhecimento

Com o crescente processo de envelhecimento da população, torna-se cada vez mais necessária a compreensão dos fatores que contribuem para a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis associadas à idade, assim como a importância da nutrição na promoção e manutenção de bem-estar e autonomia dos idosos. O conhecimento sobre o estado nutricional da população idosa tem sido de grande valia, possibilitando a criação de estratégias no âmbito da promoção da saúde, assim como na prevenção e tratamento de diversos agravos, melhorando a qualidade de vida. O envelhecimento afeta diretamente o estado nutricional de um indivíduo, seja por questões senis (patológicas) ou senescentes (fisiológicas). Diversas alterações que ocorrem naturalmente no organismo que envelhece são

capazes de modificar o estado nutricional, incluindo desde mudanças nas fases iniciais do processo de alimentação (falha na mastigação, pela ausência de elementos dentários ou diminuição da secreção salivar, por exemplo), até prejuízos ou redução na eficiência dos processos avançados de absorção e eliminação (Flores et al., 2016; Maurício, Febrone & Gagliardo, 2013; Martins et al., 2015; Nogueira et al., 2016; Oliveira et al., 2016; Rezende et al., 2016; Veras, 2012).

A manutenção de hábitos alimentares saudáveis representa uma estratégia para a promoção de saúde e manutenção da qualidade de vida, enfatizando a forte associação entre alimentação adequada e visão biológica/metabólica, pautada nas recomendações sobre ingestão de nutrientes necessários e a ocorrência de enfermidades crônicas, ressaltando a importância da nutrição como ferramenta para prevenção e controle dessas doenças. Os hábitos saudáveis de alimentação estão inseridos em estruturas culturais, econômicas e políticas, sendo necessária uma maior ênfase na promoção de políticas dirigidas aos determinantes desses hábitos (Flores et al., 2016; Reis, et al., 2015; Venturini et al., 2015). E os indivíduos na terceira idade com maior acesso as informações realizam refeições mais saudáveis buscando prevenção de doenças (Bernardi, Maciel & Baratto, 2017; Bina & Abreu, 2016).

É de essencial importância ter conhecimento em relação às alterações nutricionais decorrentes do avanço da idade, devido aos fatores associados ao estilo de vida (Dórea, Manochio-Pina & Santos, 2015; Nogueira et al., 2016). Uma alimentação saudável é necessária em todas as etapas vitais. Entretanto, isso torna-se mais importante no envelhecimento já que pode reduzir o impacto dessas alterações sobre a saúde e melhorar a qualidade de vida, especialmente em pessoas com DCNTs (Nogueira et al., 2016; Oliveira et al., 2016).

Segundo Venturini et al.(2015), alguns estudos mostram que a deficiência de nutrientes é comum na população geriátrica, porém, é subestimada nos diagnósticos e procedimentos terapêuticos. O déficit de nutrientes é mais facilmente encontrado em idosos que em adultos jovens, expondo o idoso a um maior risco de desenvolvimento de doenças carenciais. (p. 3702) A alimentação adequada dos indivíduos da terceira idade contribui para melhorar a saúde, aumentar o vigor para a realização das atividades gerais, de bem-estar, além de beneficiar o seu sistema imunológico (Dórea, Manochio-Pina & Santos, 2015; Nogueira et al., 2016; Venturini et al., 2015).

Os hábitos ou o estilo de vida do indivíduo interferem diretamente na qualidade da longevidade do idoso, pelo que as dimensões comportamentais, como a prática de atividade física e o consumo adequado de nutrientes é fundamental para a otimização da qualidade de vida das pessoas da terceira idade (Venturini et al., 2015). A prática de se exercitar regularmente traz melhorias em diversas funções que declinam durante o processo de envelhecimento, é o exemplo de funções cardiovasculares, metabólicas, músculo-esqueléticas e mentais (Dórea, Manochio-Pina & Santos, 2015). O aumento da massa e força corporal melhoram a densidade óssea, previnem a perda da capacidade funcional e diminuem o risco de quedas (Dórea, Manochio-Pina & Santos, 2015; Monteiro et al., 2015).

O sedentarismo e a inatividade física podem igualmente conduzir ao surgimento de DCNTs, que são as principais causas de mortes no mundo, como a obesidade, a Diabetes Mellitus do tipo 2 (DM2), as dislipidemias e as doenças cardiovasculares (DCV), levando à perda de qualidade de vida e à diminuição da autonomia, com alto grau de limitação nas atividades de vida diária (AVD). Outra hipótese seria a maior necessidade energética dos praticantes de exercício físico, refletindo diretamente no aumento do apetite, ingestão alimentar e ganho ponderal (Cruz et al., 2017; Maurício, Febrone & Gagliardo, 2013; Nogueira et al., 2016).

A prática de exercícios de resistência e de força tem sido indicada para idosos na promoção de saúde, prevenção e reabilitação de diversas doenças crônicas. Considerando o envelhecimento em seu amplo sentido de evolução, associar a intervenção nutricional com a inserção do idoso na atividade física é apontado como uma das estratégias que auxiliam na redução do impacto dos efeitos deletérios do envelhecimento (Cruz et al., 2017; Martins et al., 2015; Rezende et al. 2016).

Alguns estudos têm associado o hábito alimentar a diversos fatores relacionados ao ambiente, tais como: longevidade, estilo de vida, doenças crônicas e estado nutricional (Silocchi & Junges, 2017; Veras, 2012). E a determinação do diagnóstico nutricional e a identificação de fatores que contribuem para tal diagnóstico no indivíduo idoso são, portanto, processos fundamentais, mas complexos. Tal complexidade se deve a ocorrência das diversas alterações tanto fisiológicas quanto patológicas, além das mudanças de aspectos econômicos e de estilo de vida, entre outros, como consequência do avanço da idade (Oliveira et al., 2016; Veras, 2012).

Com o passar dos anos a importância da alimentação na saúde continua a ser profundamente estudada através de estudo epidemiológicos, clínicos e de intervenção, facto que demonstra forte ligação entre o tipo de alimentação e o surgimento de doenças crônicas (Bernardi, Maciel & Baratto, 2017). A prevenção dessas patologias e dos seus fatores de risco é fundamental para se evitar o aumento de doenças e as suas repetidas consequências para a qualidade de vida, pois, além de causar grandes fatalidades, elas geram efeitos econômicos adversos tanto para as famílias como para as comunidades, bem como para o sistema de saúde, já que este ainda está baseado no modelo do cuidado a eventos agudos (Veras, 2012).

Deste modo, associar a avaliação nutricional a uma alimentação saudável e a um estilo de vida ativo que otimize a qualidade de vida da pessoa na terceira idade, pode ser uma alternativa para auxiliar na diminuição do impacto dos efeitos deletérios da senescência e é de fundamental importância para o momento em que a população mundial se encontra (Maurício, Febrone & Gagliardo, 2013).

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de pesquisa

Neste estudo, recorreu-se a uma abordagem quantitativa, que é considerada uma técnica para a resolução de problemas utilizando a estatística como ferramenta indispensável que contempla toda a informação numérica resultante da investigação que se apresenta, ordenadamente, num conjunto de quadros, tabelas e medidas” (Fayh, 2017, p. 39).

Trata-se de um estudo de desenho transversal, em que os dados foram colhidos num só momento, e observacional, com características descritivas e analíticas. A amostra é não probabilística por conveniência, composta por 34 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os gêneros, residentes no município de São Luís, Maranhão (MA), que frequentam o grupo de idosos do Centro Especializado em Reabilitação de Idosos.

4.2. População do estudo

Os idosos foram convidados a participar da pesquisa e esclarecidos quanto aos objetivos, limitações e benefícios do trabalho científico. Apenas participaram do projeto, aqueles que o aceitaram integrar espontaneamente, depois de ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo excluídos os idosos que não concordaram em participar na pesquisa ou que tivessem idade inferior a 60 anos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido destinado aos participantes foi elaborado segundo Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 196/96, que normatiza a pesquisa em seres humanos (Anexo 1) e explica os objetivos do projeto. Todos os dados foram coletados através de aplicação da questionários e de coleta da dados, pela própria pesquisadora.

4.3. Etapas para coleta de dados

Na primeira etapa do estudo foi preenchida uma ficha-protocolo solicitando os dados socioeconômicos e demográficos (Anexo 3), elaborado pela própria pesquisadora e a segunda etapa consta de um questionário, semi-aberto, de frequência alimentar (QFA), desenvolvido por Fisberg et al. (Anexo 4). O QFA foi

elaborado a partir de informações dietéticas obtidas por meio do recordatório de 24 horas (R24h) de 1.477 adultos (708 homens e 769 mulheres), com idade entre 20 e 101 anos, com idade média respectivamente de 37 (\pm 18) e 35 (\pm 18) anos, de diferentes estratos socioeconômicos, no município de São Paulo.

O consumo alimentar foi caracterizado mediante um questionário constituído por perguntas sobre consumo alimentar (semanal de uma lista com os grupos de alimentos pré-determinados) e consumo de bebidas alcoólicas e não alcoólicas. Foi questionado ainda se os idosos já receberam algum tipo de orientação nutricional por médico e/ou nutricionista.

Para levantamento do perfil sociodemográfico e análise do estilo de vida, foi aplicado um questionário semiestruturado com múltiplas questões abrangendo:

- a) perfil sociodemográfico: idade, sexo, escolaridade e ocupação;
- b) histórico familiar de antecedente de doenças: doenças referidas pelos idosos e existentes em parentes de primeiro grau (pai e mãe);
- c) estado clínico e uso de medicamentos: verificar sintomas de alguma doença e identificar tipos de medicamentos consumidos;
- d) hábitos de vida: uso de tabaco, consumo de álcool, hábitos alimentares e prática de dieta.

O estado nutricional foi avaliado pelo Índice de Massa Corporal a partir dos dados de peso e altura a serem aferidos e, como critério de classificação, as recomendações por utilizada por Lipschitz (1994), considerando os seguintes pontos de corte: indivíduos classificados como baixo-peso com IMC $<$ 22kg/m²; eutrofia, IMC entre 22kg/m² e 27kg/m²; e sobrepeso IMC $>$ 27kg/m². Para aferição do peso será utilizada balança tipo antropométrica digital com régua, da marca Filizola®, com capacidade de 150 kg e precisão de 100 gramas. Os idosos serão pesados trajando roupas leves e sem sapatos. A altura foi medida utilizando-se um antropômetro vertical fixo à balança, com o idoso descalço, com os pés unidos, braços estendidos ao longo do corpo e olhar fixo na altura da linha do horizonte.

4.4. Coleta de dados

A coleta dos dados, tal qual já foi referido, foi realizada pela própria pesquisadora, tanto os dados relativos ao questionário socioeconômico e demográfico, como os dados referentes ao questionário de avaliação dos hábitos alimentares.

4.5. Análise dos dados

Os dados foram tabulados e as análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa Microsoft Office Excel®. A respetiva análise foi apresentada em tabelas e gráficos.

As variáveis quantitativas foram descritas através da média e desvio padrão e as variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para comparação de proporções foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

5. RESULTADO E DISCUSSÃO

Foram avaliados 34 idosos, sendo na sua maioria, do sexo feminino (79,41%), de cor da pele não branca (52,94%), casados (61,76%), oriundos da capital (41,18%) e que moravam com até três pessoas em seu domicílio (32,35%) (Tabela 1).

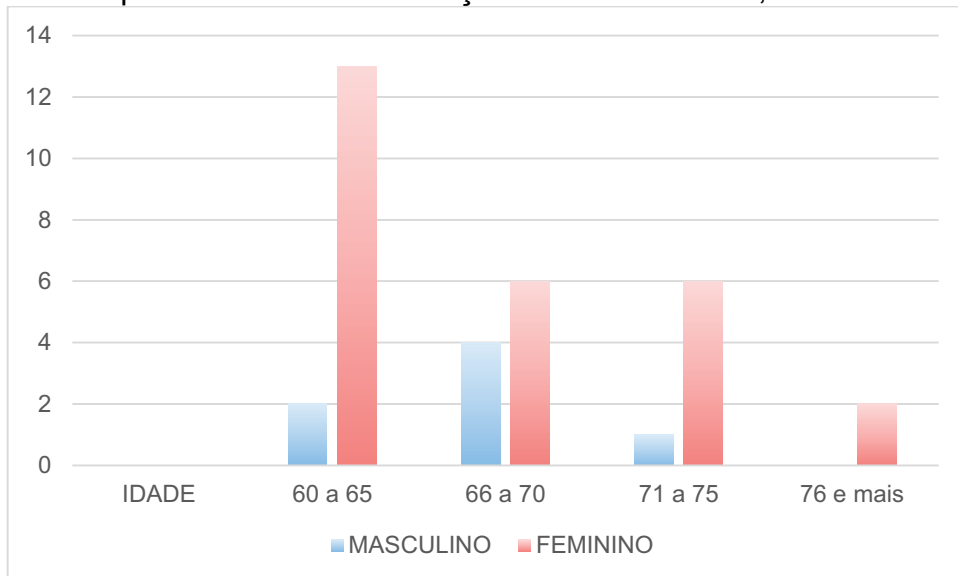
Tabela 1. Característica amostral, segundo variáveis sócioeconômicas e demográficas dos idosos atendidos no Centro Especializado em Reabilitação, São Luís-MA, 2018.

Variável	Categoria	n (%)
Sexo	Feminino	27 (79,41%)
	Masculino	7 (20,59%)
Cor da pele	Branca	16 (47,06%)
	Não Branca	18 (52,94%)
Estado civil	Casado	21 (61,76%)
	Solteiro	2 (5,88%)
	Separado	4 (11,76%)
	Viúvo	6 (17,65%)
	Outro	1 (2,94%)
Origem	São Luís	14 (41,18%)
	Interior	12 (35,29%)
	Outros	8 (23,53%)
Total de moradores no domicílio	1	2 (5,88%)
	2	9 (26,47%)
	3	11 (32,35%)
	4	6 (17,65%)
	Mais de 4	6 (17,65%)

Fonte: elaborada pelo autor com base em coleta de dados.

No gráfico 1, são apresentados os valores relativos às idades dos idosos participantes da pesquisa, segundo o gênero. Como destaque inicial, percebe-se que a maioria pertence ao sexo feminino. Os dados apontam que os idosos do sexo feminino estão em sua maioria na faixa etária entre 60 e 65 anos e, do sexo masculino, entre 66 e 70 anos de idade. A média geral de idade dos participantes, independentemente do gênero, foi de 67,09 anos, tendo o mais novo 60 anos e o mais velho 78 anos. Em relação ao gênero, foram avaliados um total 27 mulheres (79,41%) e sete homens (20,59%).

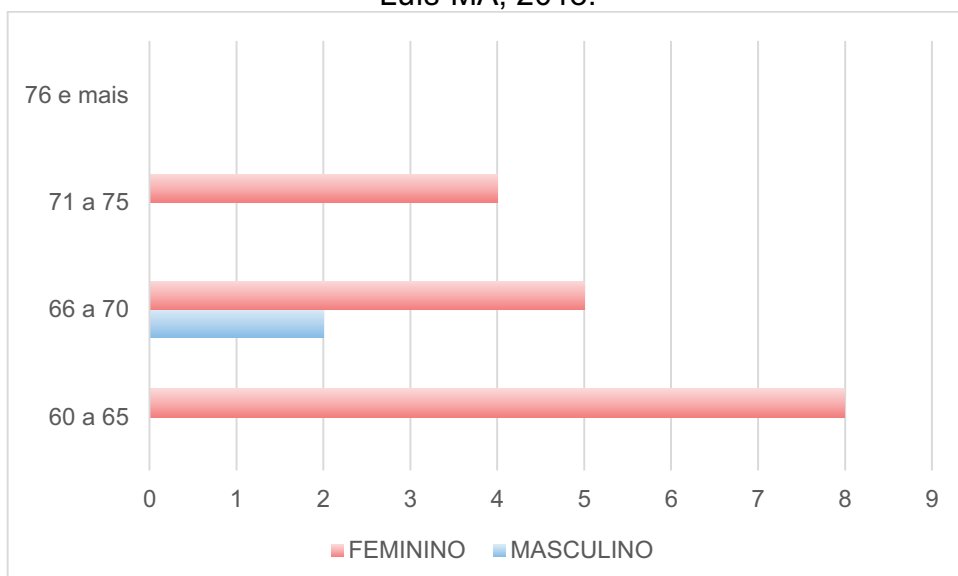
Gráfico 1 - Relação das idades segundo gênero dos idosos atendidos no Centro Especializado de Reabilitação em São Luís-MA, 2018.



Fonte: elaborada pelo autor com base em coleta de dados.

Quanto ao diagnóstico de DCNT, verificou-se que a maior prevalência era no sexo feminino na faixa etária de 60 a 65 anos de idade. Dos idosos avaliados, 55,88% (n=19) apresentaram pelo menos uma DCNT e o número médio de patologias foi de $2,0 \pm 1,4$, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros ($p=0,935$). Na Figura 2, pode observar-se a associação entre diagnóstico de DCTN, faixa etária e gênero.

Gráfico 2 - Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis segundo gênero e faixa etária nos idosos atendidos no Centro Especializado de Reabilitação em São Luís-MA, 2018.



Fonte: elaborada pelo autor com base em coleta de dados.

Em relação ao estado de saúde, 55,88 % (n=19) afirmaram possuir alguma doença crônica não-transmissível (DCNT). Dentre aqueles que relataram ser portadores, 42,11% (n=8) informou ter uma única patologia. Em relação ao tipo de doença crônica não-transmissível existente, a mais recorrente foi a hipertensão arterial (51,61%), em seguida a obesidade (29,03%) e por último a diabetes mellitus (19,35%), conforme demonstrado na Tabela 2.

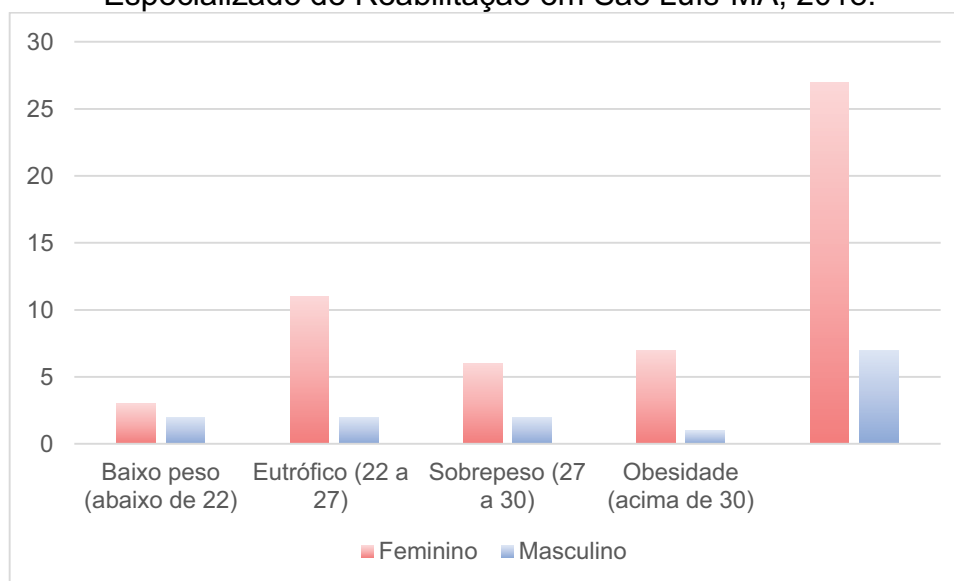
Tabela 2 - Distribuição dos idosos segundo presença, número e tipo doenças crônicas não-transmissíveis existentes São Luís-MA, 2018.

Estado de Saúde	Frequência	
	N	%
Presença de DCNT		
Sim	19	55,88
Não	15	44,12
Número de DCNT		
1	8	42,11
2	8	42,11
3	3	15,79
Tipo de DCNT		
Diabetes Mellitus	6	19,35
Hipertensão Arterial	16	51,61
Obesidade	9	29,03

Fonte: elaborada pelo autor com base em coleta de dados.

Observa-se, ainda no Gráfico 3, a classificação do estado nutricional segundo IMC entre o sexo masculino e feminino. O maior índice de classificação do IMC para o sexo feminino encontra-se dentro da classificação de eutrofia (45,83%); a classificação de baixo peso para o sexo masculino foi de 28,57% e de 11,11% para o feminino; 28,57% do sexo masculino foi classificado como sobrepeso e 22,22% do feminino. Foram encontrados 14,29% de idosos obesos do sexo masculino e 25,93% do sexo feminino.

Gráfico 3 – Frequência do IMC, segundo gênero dos idosos atendidos no Centro Especializado de Reabilitação em São Luís-MA, 2018.



Fonte: elaborada pelo autor com base em coleta de dados.

A Tabela 3 mostra a distribuição de IMC para homens e mulheres, de acordo com a faixa etária. A mediana total do IMC foi de 26,83 (mínima 16,84 e máxima 33,83) no sexo masculino e 27,73 (mínima 21,26 e máxima 44,93) no sexo feminino.

Tabela 3. Índice de massa corporal (IMC) de acordo com o sexo e o grupo de idade dos idosos, São Luís, MA, 2018.

Sexo e faixa etária	N	IMC	
		Média \pm desvio padrão	Me (min – max)
Masculino (anos)			
60 a 65	2	27,49 \pm 0,94	27,49(26,83-28,16)
66 a 70	4	25,19 \pm 9,64	25,00(16,84-33,93)
71 a 75	1	22,86	22,86
76 e mais	-		
Total	7	25,52 \pm 3,75	26,83(16,84-33,93)
Feminino (anos)			
60 a 65	13	27,95 \pm 6,48	27,73(21,26-44,93)
66 a 70	6	28,58 \pm 9,48	28,87(21,94-35,35)
71 a 75	6	27,13 \pm 3,66	25,3 (22,26 -30,74)
76 e mais	2	27,03 \pm 1,38	27,02(26,05-28,00)
Total	27	27,84 \pm 4,77	27,73(21,26-44,93)

DP: desvio padrão; máx: valor máximo; Me: mediana; min: valor mínimo.

Fonte: elaborada pelo autor com base em coleta de dados.

Na Tabela 4, é possível observar a distribuição das frequências e dos padrões de consumo alimentar, obtidos a partir dos alimentos presentes no QFCA aplicados aos idosos da pesquisa. Ao relacionar as variáveis do consumo alimentar foram en-

contradas frequências diárias significativas de consumo de pão (32,3%), arroz (47,1%), leite (61,8%), café (58,8%) e banana (79,4%). O consumo de peixe (64,7%), sopa (26,5%) e vegetais folhosos (38,2%) foram mais expressivos na frequência de duas vezes por semana. E 41,2% e 88,2% relataram não consumir açúcar e refrigerante, respectivamente.

Tabela 4. Distribuição das frequências de consumo alimentar dos idosos atendidos no Centro Especializado em Reabilitação, São Luís, MA, 2018.

Alimentos	Frequência de Consumo Alimentar													
	0		1		2		3		4		5		6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pão	10	29,4	11	32,3	4	11,8	1	2,9	4	11,8	3	8,8	1	2,9
Arroz	4	11,8	16	47,1	12	-	-	2	5,9	-	-	-	-	
Farinha	16	47,1	4	11,8	4	11,8	-	-	5	14,7	4	11,8	1	2,9
Macarrão	8	23,5	2	5,9	-	-	13	38,2	6	17,6	4	11,8	1	2,9
Feijão	9	26,5	9	26,5	5	14,7	-	-	2	5,9	8	23,5	1	2,9
Carne vermelha	2	5,9	3	8,8	-	-	12	35,3	14	41,2	2	5,9	1	2,9
Frango	4	11,8	2	5,9	-	-	6	17,6	18	52,9	-	-	4	11,8
Peixe	3	8,8	3	8,8	-	-	4	11,8	22	64,7	2	5,9	-	-
Sopa	10	29,4	4	11,8	-	-	7	20,6	9	26,5	3	8,8	1	2,9
Leite	1	2,9	21	61,8	10	29,4	1	2,9	1	2,9	-	-	-	-
Vegetais Folhosos	6	17,6	9	26,5	4	11,8	2	5,9	13	38,2	-	-	-	-
Banana	-	-	27	79,4	5	14,7	1	2,9	1	2,9	-	-	-	-
Maçã	5	14,7	11	32,4	2	5,9	5	14,7	8	23,5	3	8,8	-	-
Açúcar	14	41,2	14	41,2	6	17,6	-	-	-	-	-	-	-	-
Café	2	5,9	20	58,8	10	29,4	1	2,9	1	2,9	-	-	-	-
Batata frita	32	94,1	1	2,9	-	-	-	-	1	2,9	-	-	-	-
Refrigerante	30	88,2	-	-	-	-	2	2,9	2	2,9	-	-	-	-

0=não consome; 1=1x/dia; 2=2x/dia; 3=1x/semana; 4=2x/semana; 5=1x/mês; 6=2 ou mais x/mês.

Fonte: elaborada pelo autor com base em coleta de dados.

Ao relacionar as variáveis do consumo alimentar e as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), só a variável consumo de arroz apresentou uma associação significativa ($p=0,005$) (Tabela 5).

Tabela 5. Associação das variáveis dietéticas e presença de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) dos idosos atendidos no Centro Especializado em Reabilitação, São Luís-MA, 2018.

Variáveis	N	Hipertensão Arterial N(%)	Diabetes mellitus N(%)	Obesidade N(%)	p*
Consumo de leite					0,073
1 a 2 vezes/dia	29	16 (100%)	6 (100%)	7 (77,78)	
1 a 2 vezes/semana	2	-	-	2 (22,22)	
1 a 2 vezes/mês	-	-	-	-	
Nunca	-	-	-	-	
Consumo de vegetais folhosos					0,945
1 a 2 vezes/dia	14	8 (50%)	2 (33,33%)	4 (44,44%)	
1 a 2 vezes/semana	12	6 (37,50%)	3 (50%)	3 (33,33%)	
1 a 2 vezes/mês	-	-	-	-	
Nunca	5	2 (12,50%)	1(16,67%)	2(22,22)	
Consumo de arroz					0,005
1 a 2 vezes/dia	24	12 (75%)	4 (66,67%)	8 (88,89%)	
1 a 2 vezes/semana	4	2 (12,50%)	1 (16,67%)	1 (11,11%)	
1 a 2 vezes/mês	-	-	-	-	
Nunca	3	2 (12,50%)	1 (16,67%)	-	
Consumo de pão					0,716
1 a 2 vezes/dia	15	8 (50%)	2 (33,33%)	5 (55,56%)	
1 a 2 vezes/semana	5	2 (12,50%)	2 (33,33%)	1 (11,11%)	
1 a 2 vezes/mês	2	1 (6,25%)	1 (16,67%)	-	
Nunca	9	5 (31,25%)	1 (16,67%)	3 (33,33%)	
Consumo de carne Vermelha					0,845
1 a 2 vezes/dia	1	-	-	1 (11,11%)	
1 a 2 vezes/semana	24	13 (81,25%)	5 (83,33%)	6 (66,67%)	
1 a 2 vezes/mês	4	2 (12,50%)	1 (16,67%)	1 (11,11%)	
Nunca	2	1 (6,25%)	-	1 (11,11%)	
Consumo de açúcar					0,297
1 a 2 vezes/dia	12	6 (37,50%)	1 (16,67%)	5 (55,56%)	
1 a 2 vezes/semana	-	-	-	-	
1 a 2 vezes/mês	-	-	-	-	
Nunca	19	10 (62,50%)	5 (83,33%)	4 (44,44%)	

* p= Qui quadrado de Pearson

Fonte: elaborada pelo autor com base em coleta de dados.

No presente estudo a média de idade dos idosos é de 67,09 anos, sendo o limite inferior de 60 anos e o superior de 78 anos. Por sua vez, Mauricio, Febrone & Gagliardo (2013) encontraram que a idade média do grupo de uma população de 70 idosos (variando entre 60 e 79 anos) era de 66,2 anos. Dado este que difere do encontrado, demonstrando que a população estudada tem idade média superior.

Nogueira et al. (2016) avaliaram 45 idosos, com idade variando entre 60 a 93 anos e média de 74,2 anos, resultado bem superior ao do nosso estudo.

Do total de idosos, 91,44% (n=64) pertencem ao gênero feminino, sendo que a maioria se encontra a faixa etária dos 60 aos 69 anos (43 mulheres), enquanto a minoria é de seis homens (8,57%), sendo que cinco se situam entre 60 aos 69 anos.

Candido & Melo (2016) avaliando os aspectos nutricionais, a partir de uma análise amostral de 42 idosos atendidos no departamento de saúde do idoso em Juiz de Fora (MG), verificou que 57,1% (n=24) dos idosos se autodeclararam brancos, cerca de 71,4% dos idosos relataram que não residiam sozinhos e 45,2% dos idosos eram casados ou conviviam com parceiros. Contrariamente a este estudo, a maioria dos idosos do nossa análise (52,94%) tem a pele não branca, 97,12% não residem sozinhos e 61,75% são casados.

Em relação às doenças crônicas não transmissíveis, a hipertensão foi a doença mais frequente na população em estudo, acometendo 51,61% dos idosos, em seguida a obesidade (29,03%) e por último a diabetes mellitus (19,35%). Mais de metade dos entrevistados (55,88%) afirma ter pelo menos uma doença crônica não transmissível. Também no estudo de Venturini et al. (2015), a partir de uma amostra de 427 indivíduos, onde também encontraram a hipertensão como doença mais frequente, acometendo 51,7% dos idosos. Por sua vez, as principais doenças ou comorbidades relatadas pelos idosos no estudo de Pereira, Nogueira & Silva (2015), que observaram a qualidade de vida e a situação de saúde de idosos no Sertão Central do Ceará, a partir de uma amostra de 372 participantes, foram a hipertensão (46,2%), seguida da diabetes (18,0%).

Em relação ao estado nutricional encontraram-se valores médios de IMC de 26,83 kg/m² - eutrofia - para ambos os sexos. Contrariando, a média de IMC encontrada, no estudo de Mauricio, Febrone & Gagliardo (2013), que foi de 28,44 kg/m² - sobrepeso. Flores et al. (2016), em seu estudo sobre a qualidade da dieta entre os idosos, com arranjo familiar diferenciado na região do Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, observou maior proporção de sobrepeso de ambos os grupos, com média do IMC de 29,3 kg/m². Entre os idosos dos estudos de avaliação do estado nutricional por meio do IMC de Nogueira et al. (2016), também relataram o IMC médio dos indivíduos foi de 28,2kg/m², caracterizando a amostra como sobrepeso.

Apesar de só avaliar um componente do consumo alimentar para classificar a dieta, o VIGITEL 2017, na população de 65 anos e mais, mostrou a frequência de

consumo regular de hortaliças de 45,1%, resultado divergente do que foi encontrado nesta pesquisa em relação ao consumo de vegetais folhosos que foi de 38,2%.

Ao relacionar as variáveis do consumo alimentar e risco nutricional, Candido & Melo (2016) encontrou uma tendência de aumento no consumo de frutas, demonstrando que a prática desse consumo era predominante na população com uma frequência de 5 a 7 dias por semana. Apesar de utilizarem metodologias diferentes, esses resultados mostraram que a maioria dos indivíduos atendiam à recomendação de consumo de frutas, sendo que na população do presente estudo, o consumo de banana (79,4%) foi considerado bem elevado.

Monteiro & Maia (2016), no estudo sobre avaliação da adequação nutricional qualitativa dos cardápios registrados mostrou que o consumo médio de hortaliças foi de 22,5% e o consumo de leite e derivados de 30%, bem abaixo dos resultados do presente estudo que foi de 38,2% de vegetais folhosos e de 61,8% de leite.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que existe um alto percentual de idosos portadores de DCNT na amostra estudada. Pela análise alimentar, constatou-se que é muito baixo o consumo diário de vegetais folhosos, que são grupos importantes para a manutenção de hábitos saudáveis e de uma boa saúde, reduzindo o risco do aparecimento das DCNT's.

Dentre as DCNT's citadas, a mais frequente é a hipertensão arterial, mas os idosos do nosso estudo apresentaram também alta prevalência de obesidade e diabetes mellitus, o que torna evidente a relação da frequência destas doenças com os hábitos alimentares inadequados, visto que essas doenças estão relacionadas com o consumo alimentar. Perante esta questão, ressalta-se a necessidade de constante monitoramento dos padrões dietéticos, incentivando a práticas de alimentação saudável, com o intuito de evitar os efeitos de uma alimentação desequilibrada no estado geral de saúde e na incidência de morbidades em idosos. Neste contexto, torna-se necessário realizar ações educativas com estes idosos a fim de promover hábitos mais saudáveis em relação ao seu consumo alimentar, hábitos estes que podem ser geradores de maior qualidade de vida e, naturalmente, de redução do risco de doenças.

7. REFERÊNCIAS

- Bina, A.C de O. & Abreu, W. C. (2016). A influência da educação nutricional no perfil antropométrico e dietético de idosos fisicamente ativos. *Revista brasileira de nutrição esportiva*, 10(58): 429-438.
- Bernardi, A. P., Maciel, M. A. & Baratto, I. (2017). Educação nutricional e alimentação saudável para alunos da Universidade Aberta a Terceira Idade (UNATI), *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 11(64): 224-231.
- Candido, A. P. C. & Melo, A. S. T. (2016). Avaliação dos aspectos nutricionais, das condições de saúde e do perfil sociodemográfico de idosos atendidos no departamento de saúde do idoso – Juiz de Fora, MG, *Rev. APS*. 19(4): 533 – 545.
- Cruz, M.F da et al. (2017). Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre idosos da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 33(2):1-11.
- Dórea, G. da S., Manochio-Pina, M.G. & Santos, D. Dos (2015). Aspectos nutricionais de idosos praticantes de atividade física, *Demetra*, 10(2): 347-360.
- Fayh, A. P. T. (2017). Fundamentos da Pesquisa Quantitativa. In: Oliveira, A. M. de, Gottschall, C. B. A. & Silva, F. M. *Metodologia de Pesquisa em Nutrição: Embasamento para a condução de estudos e para a prática clínica* (p. 39-43). Rio de Janeiro, Brasil: Rubio.
- Fisberg, R.M. et al. (2008). Questionário de frequência alimentar para adultos com base em estudo populacional, *Rev Saúde Pública*, 42(3):550-4.
- Flores, F. da R. et al. (2016). Qualidade da dieta entre idosos com arranjo familiar diferenciado na região do Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, RBCEH, 13(2):124-134.
- Freitas, A. N. de, et al. (2015). Sarcopenia e estado nutricional de idosos: uma revisão da literatura, *Arq. Ciênc. Saúde*. 22(1): 09-13.
- Henriques, K.C. de A. et al.(2015). Plano de ação alimentar e nutricional da pessoa idosa. *Rev. Baiana de Enfermagem*, 29(1): 50-58.
- Leite, L.E. de A. et al. (2012). Envelhecimento, estresse oxidativo e sarcopenia: uma abordagem sistêmica. *Rev. Bras. Geriat. Gerontol.*, 15(2): 365-380.
- Lipschitz, D.A. (1994). Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 21: 55-67.
- Martins, M.V. et al. (2015). Doenças Crônicas não Transmissíveis mais prevalentes na População Idosa. In: Tinoco, A.L.A & Rosa, A. de O.B. *Saude do Idoso:*

Epidemiologia, Aspectos Nutricionais e Processos do Envelhecimento (p. 19-32). Rio de Janeiro: Brasil: Rubio.

Maurício, L. dos S; Febrone, R.R. & Gagliardo, L. C. (2013). Avaliação nutricional associada à melhora do perfil nutricional de idosos participantes do Projeto Integrar. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, 7(42): 333-339.

Monteiro, M. A. M. & Maia, I. C. M. P. (2015). Perfil alimentar de idosos em uma instituição de longa permanência de Belo Horizonte, MG. *Revista de Atenção Primária a Saúde*, 18(2): 199-204.

Nogueira, L.R. et al. (2016). Avaliação qualitativa da alimentação de idosos e suas percepções de hábitos alimentares saudáveis. *J Health Sci.* 18(3): 163-0.

Oliveira, D.M. et al. (2016). Estilo de vida e indicadores antropométricos de idosas praticantes de atividade física. *RBCEH*, 13 (2), 171-183.

Pereira, D.S.; Nogueira, J.A.D. & Silva, C.A.B da (2015). Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará, *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 18(4):893-908.

Reis, P.G. dos et al. (2015). As Grandes Transições (Transformações ou Mudanças) e seus impactos. In: Tinoco, A.L.A & Rosa, A. de O.B. *Saude do Idoso: Epidemiologia, Aspectos Nutricionais e Processos do Envelhecimento* (p. 3-13). Rio de Janeiro: Brasil: Rubio.

Rezende, F.A.C. et. al. (2016). Conduta Nutricional nas Doenças Comuns em Idosos. In: Duarte, M.S.L., Rezende, F.A.C. & Souza, E.C.G.de *Abordagem Nutricional no Envelhecimento* (p. 65-94). Rio de Janeiro, Brasil: Rubio.

Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. VIGITEL 2012. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde (2017).

Silocchi, C. & Junges, J. R. (2017). Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, *Trab. Educ. Saúde*, 15(2): 599-615.

Venturini, C. D. et al. (2015). Consumo de nutrientes em idosos residentes em Porto Alegre (RS), Brasil: um estudo de base populacional. *Ciência & Saude Coletiva*, 20(12): 3701-11.

Veras, R.P. (2012). Chronic disease management: mistaken approach in the elderly. *Rev. Saúde Pública*.

ANEXOS

Anexo 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Título do estudo: **Hábitos alimentares e doenças associadas ao processo de envelhecimento**

Introdução

Como pesquisadores responsáveis por esta investigação da Universidade Católica Portuguesa (UCP), vimos convidá-la(o) a participar num estudo sobre Hábitos alimentares e doenças associadas ao processo de envelhecimento.

Antes de decidir se quer ou não participar neste estudo, é importante que compreenda porque está a ser efetuada esta pesquisa, assim como o que ela vai abranger. Leia cuidadosamente a informação que se segue e não hesite em perguntar em caso de dúvidas, ou se necessitar de mais informação.

Objetivo do estudo: O objetivo deste estudo é investigar e analisar se existem e quais os hábitos alimentares estão associados ao aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis em idosos. Pretendemos assim, alertar para esta problemática que está cada vez mais presente na sociedade.

Por que foi escolhida(o) para participar neste estudo?

Este estudo irá envolver uma amostra representativa de pessoas com mais de 60 anos que estejam neste momento participando do grupo de idosos do Centro de Reabilitação.

Participação: A sua participação no estudo é voluntária, como tal pode decidir participar ou não nesta investigação. Se decidir participar será pedido que responda a algumas questões, contudo pode desistir a qualquer momento, sem se sentir obrigado a dar qualquer justificativa. A sua participação no estudo é anônima e não remunerada, sendo que dados coletados neste estudo, não a(o) identifica individualmente, serão armazenados e processados em computador.

Resultados do estudo: Com os resultados deste estudo, será feita uma Dissertação de Mestrado, que estará disponível mais tarde na Universidade Católica Portuguesa (UCP) e possivelmente na instituição na qual se encontra. Não será identificada(o) em nenhuma publicação ou relatório.

Obrigado pelo tempo que dispensou em ler estas informações e a ponderar a sua participação neste estudo. Se desejar participar, deve assinar e datar o Termo de Livre Consentimento Esclarecido.



TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Título do estudo: **Hábitos alimentares e doenças associadas ao processo de envelhecimento**

Ao assinar este documento confirmo o seguinte:

Compreendo todas as informações sobre o estudo acima referido, tendo sido disponibilizado tempo para refletir sobre a participação, assim como, colocar todas as minhas dúvidas.

Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento sem dar qualquer justificativa.

Concordo em participar neste estudo e a divulgação dos dados como descrito na Folha de informação ao participante.

Nome da(o) participante:

Assinatura da(o) participante:

Data: (datada pela(o) participante):

Caso a (o) participante estiver impedido de assinar:

Assinatura do investigador:

Data:

Anexo 2
Autorização solicitada a instituição



Estudo sobre “*Hábitos alimentares e doenças associadas ao processo de envelhecimento*”

Exmo. Sr. Diretor do Centro de Reabilitação de Idosos.

No âmbito da realização da dissertação como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Gerontologia Social Aplicada, nos propomos a desenvolver uma pesquisa cujo tema pretende analisar os hábitos alimentares e doenças associadas ao processo de envelhecimento. Desta forma, solicitamos autorização para fazer a coleta de dados para este estudo nas instalações do Centro de Reabilitação de Idosos. Informo ainda que pretendemos fazer a coleta de dados no período compreendido entre Janeiro de 2018 e Fevereiro de 2018, tendo o objetivo de coletar dados numa amostra de cerca de 50 idosos.

Agradeço, desde já, a disponibilidade prestada,

Com os melhores cumprimentos,

Sandra Léa Lima Fontinele.

Orientador:

Prof. Dr. Eduardo Jorge Gomes da Costa Duque

Anexo 3
Questionário Sociodemográfico



Questionário Sociodemográfico

PESQUISA: Hábitos alimentares e doenças associadas ao processo de envelhecimento.

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Nome -	LOCAL	<input type="checkbox"/>
2. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	SEXO	<input type="checkbox"/>
3. Idade (anos):	IDADE	<input type="text"/> <input type="text"/>
4. Data de nascimento:	DATA NAS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5. Situação Conjugal: (1) casado (2) união conjugal (3) solteiro (4) separado (5) viúvo (6) outro	SIT CONJUG	<input type="checkbox"/>
6. Ocupação:		
7. Origem: (1) São Luís (2) Interior _____ (3) Outros _____	ORIGEM	<input type="checkbox"/>
8. Nome do Entrevistador:		

II. DADOS DEMOGRÁFICOS, ECONÔMICOS E SOCIAIS

9. Total de moradores no domicílio _____ (número)	TOTAL	<input type="checkbox"/>
		—
		—
		—

10. Na sua opinião, qual a sua cor da pele? (1) branca (2) não branca	COR	<input type="checkbox"/>
11. Qual a renda total aproximada da sua família, incluindo salários, aposentadorias, pensões, benefícios e outros rendimentos (ex: aluguéis)? _____	RENDA	<input type="checkbox"/>

III. ESTADO CLÍNICO E HISTÓRICO FAMILIAR DE ANTECEDENTES DE DOENÇAS

12. Tem histórico de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na família? (1) não (2) sim Qual (is)? _____ _____	DCNT NA FAMILIA	<input type="checkbox"/>
13. Tem alguma doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na família? (1) não (2) sim Qual (is)? _____ _____	DCNT	<input type="checkbox"/>
14. Faz uso de medicamentos? (1) não (2) sim Quantos? _____	MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/>

IV. HÁBITOS DE VIDA

15. Faz uso de tabaco? (1) não (2) sim Quantos? _____	TABACO	<input type="checkbox"/>
16. Faz uso de álcool? (1) não (2) sim Quantas vezes por semana? _____	ALCOOL	<input type="checkbox"/>
17. Faz atividade física? (1) não (2) sim Quantas vezes por semana? _____	ATIVIDADE FÍSICA	<input type="checkbox"/>

V. DADOS ANTROPOMÉTRICOS

18. Peso _____ (kg)	PESO	<input type="text"/>
19. Altura _____ (cm)	ALTURA	<input type="text"/>
20. Índice de Massa Corporal _____ (kg/m ²)	IMC	<input type="text"/>

Anexo 4
Questionário de Frequência Alimentar (QFA)

QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR

Grupo de alimentos	Com que frequência você costuma comer?	Unidade	Qual tamanho de sua porção em relação a média?	
Alimentos e preparações	Número de vezes: 1, 2, 3 etc. N = nunca ou raramente come)	D = por dia S = por semana M = por mês	P = menor que a porção média I = igual a porção média G = maior que a porção média	
Grupo de Cereais, Tubérculos e Leguminosas	Quantas vezes você come?	Unidade	Porção média (M)	Sua porção
1. Cereais matinais (sucrilhos, granola) ⁽¹⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	½ xícara (35g)	P M G
2. Bisnaguinha® ⁽²⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	3 bisnaguinhas (54g)	P M G
3. Pão francês ⁽³⁾ ; italiano, caseiro ⁽⁴⁾ () branco () integral	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 unidade ou 2 fatias (50g)	P M G
4. Pão de forma ⁽⁵⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	2 fatias (50g)	P M G
5. Torrada ⁽⁶⁾ ; biscoito simples salgado ⁽⁷⁾ ; biscoito simples doce ⁽⁸⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	3 torradas (24g) ou 4 biscoitos (25g)	P M G
6. Biscoito recheado ⁽⁹⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	3 unidades (36g)	P M G
7. Bolo sem recheio ⁽¹⁰⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 fatia média (60g)	P M G
8. Arroz ⁽¹¹⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 escumadeira (106g)	P M G
9. Batata ⁽¹²⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 unidade pequena (70g)	P M G
10. Batata Frita ⁽¹³⁾ ; Batata palha ⁽¹⁴⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 escumadeira (65g) ou 1 colher de sopa (25g)	P M G
11. Farinhas ⁽¹⁵⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M D S M D S M	2 colheres de sopa (30g) ou 1 colher de sobremesa (7g)	P M G P M G P M G
12. Purê de batata ⁽¹⁶⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	2 colheres de sopa (70g)	P M G
13. Sopa (legumes, feijão, canja, etc.) ⁽¹⁷⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	2 conchas (260 ml)	P M G
14. Feijão ⁽¹⁸⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 concha (86g)	P M G
Grupo de Massas e Salgados	Quantas vezes você come?	Unidade	Porção média	Sua porção
15. Macarrão ou massas ⁽¹⁹⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 prato raso (200g)	P M G
16. Miojo ⁽²⁰⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 unidade (85g)	P M G
17. Pastel ⁽²¹⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 unidade (32g)	P M G
18. Pipoca ⁽²²⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 pacote (60g)	P M G
19. Salgadinhos de pacote ⁽²³⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 unidade média	P M G
20. Salgado frito (coxinha) ⁽²⁴⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	2 fatias (240g)	P M G
21. Pizza ⁽²⁵⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 unidade média	P M G
22. Pão de queijo ⁽²⁶⁾ ; pão de batata ⁽²⁷⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 unidade média	P M G
23. Croissant ⁽²⁸⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 unidade média	P M G
24. Esfiha ⁽²⁹⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 fatia grande (100g)	P M G
25. Torta salgada ⁽³⁰⁾ ; Torta doce ⁽³¹⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M		P M G
Grupo das Verduras e Legumes	Quantas vezes você come?	Unidade	Porção média	Sua porção
26. Vegetais folhosos ⁽³²⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	3 folhas (30g)	P M G

27. Tomate ⁽³³⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 fatia grande (30g)	P M G
Grupo das Frutas e Sucos	Quantas vezes você come?	Unidade	Porção média	Sua porção
28. Banana ⁽³⁴⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 banana prata grande (55g)	P M G
29. Maçã ⁽³⁵⁾ ; pêra ⁽³⁶⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 unidade média (180g)	P M G
30. Laranja ⁽³⁷⁾ ; mexerica ⁽³⁸⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	½ unidade média (135g)	P M G
31. Mamão ⁽³⁹⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 fatia média (90g)	P M G
32. Abacaxi ⁽⁴⁰⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	10 gomos (120g)	P M G
33. Uva ⁽⁴¹⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 copo requeijão (240 ml)	P M G
34. Suco de laranja natural ⁽⁴²⁾ () com açúcar () sem açúcar	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 copo requeijão (240 ml)	P M G
35. Suco natural de fruta (diversos) ⁽⁴³⁾ () com açúcar () sem açúcar	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 copo requeijão (240 ml)	P M G
36. Suco artificial de frutas ⁽⁴⁴⁾ () normal () diet/light	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 copo requeijão (240 ml)	P M G
Grupo dos Leites e Produtos Lácteos	Quantas vezes você come?	Unidade	Porção média	Sua porção
37. Leite integral ⁽⁴⁵⁾ ; semi-desnatado ⁽⁴⁶⁾ ; desnatado ⁽⁴⁷⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 xícara (200 ml)	P M G
38. Iogurte ⁽⁴⁸⁾ () normal () light	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 unidade	P M G
39. Queijo branco (fresco) ⁽⁴⁹⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 fatia grande (40g)	P M G
40. Queijo mussarela ⁽⁵⁰⁾ ; prato ⁽⁵¹⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	2 fatias (30g)	P M G
41. Requeijão ⁽⁵²⁾ () normal () light	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 colher de sopa cheia (30g); 1 colher de sopa rasa (15g)	P M G
42. Queijo ralado ⁽⁵³⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 colher de sopa (12g)	P M G
Grupo das carnes	Quantas vezes você come?	Unidade	Porção média	Sua porção
43. Carne cozida, ensopada, moída ⁽⁵⁴⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	4 pedaços ou 4 colheres de sopa (90g)	P M G
44. Bife, carne assada, churrasco ⁽⁵⁴⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 bife/fatia (100 g)	P M G
45. Carne suína ⁽⁵⁵⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 fatia e ½ (90g)	P M G
46. Filé frango, frango assado ⁽⁵⁶⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 filé médio (100g) ou 1 sobrecoxa (80g)	P M G
47. Nuggets, frango frito, steak ⁽⁵⁷⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	4 unidades (75g) ou 1 filé médio (125g)	P M G
48. Peixe cozido, frito ⁽⁵⁸⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 filé (130g)	P M G
49. Ovo ⁽⁵⁹⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 unidade (50g)	P M G
50. Salsicha ⁽⁶⁰⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 unidade (50g)	P M G
51. Linguiça ⁽⁶¹⁾				
52. Hambúrguer ⁽⁶²⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	2 hambúrguer (112g) ou 1 fatia (20g)	P M G
53. Frios: Presunto ⁽⁶³⁾ ; mortadela		D S M		

dela ⁽⁶⁴⁾ ; salame ⁽⁶⁵⁾ ; peito de peru ⁽⁶⁶⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			
Grupo dos Óleos, Gorduras e Sementes oleaginosas	Quantas vezes você come?	Unidade	Porção média	Sua porção
54. Manteiga ⁽⁶⁷⁾ ; margarina ⁽⁶⁸⁾ ; maionese ⁽⁶⁹⁾ () normal () <i>ligh</i>	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 colher de sobremesa (12g)	P M G
55. Amendoim ⁽⁷⁰⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 punhado (30g)	P M G
Grupo dos Açúcares e Doces diversos	Quantas vezes você come?	Unidade	Porção média	Sua porção
56. Açúcar ⁽⁷¹⁾ ; Achocolatado ⁽⁷²⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 colher de sobremesa ou 2 colheres de sobremesa	P M G
57. Bala ⁽⁷³⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 unidade	P M G
58. Chocolate ⁽⁷⁴⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 unidade (25g)	P M G
59. Doces de frutas (goiabada em calda, bananada) ⁽⁷⁵⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 colher de sopa (40g)	P M G
60. Doce de leite ⁽⁷⁶⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 tablete (25g)	P M G
61. Barra de cereais ⁽⁷⁷⁾ () normal () light	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 unidade (25g)	P M G
62. Bolo com recheio e/ou cobertura ⁽⁷⁸⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 fatia pequena (70g)	P M G
63. Gelatina ⁽⁷⁹⁾ ; pudim ⁽⁸⁰⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 taça (100g)	P M G
64. Sorvete ⁽⁸¹⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 bola grande ou 2 picolés (100g)	P M G
Grupo das Bebidas diversas	Quantas vezes você come?	Unidade	Porção média	Sua porção
65. Café ⁽⁸²⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	½ xícara (100ml)	P M G
66. Suco de soja ⁽⁸³⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 xícara (200ml)	P M G
67. Refrigerante, Água aromatizada c/gás ⁽⁸⁴⁾ () normal () <i>light/diet/zero</i>	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 copo de requeijão (240ml)	P M G
68. Bebidas alcoólicas: cerveja ⁽⁸⁵⁾ ; vinho ⁽⁸⁶⁾ ;caipirinha ⁽⁸⁷⁾	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 lata (350ml) ou 1 dose (150 ml)	P M G
Diversos	Quantas vezes você come?	Unidade	Porção média	Sua porção
69. Tempero de salada ⁽⁸⁸⁾ () azeite () óleo () molho industrializado	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 colher de sopa	P M G
70. Sanduíche ⁽⁸⁹⁾ () <i>fast-food</i>	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M	1 unidade	P M G
Liste outros alimentos e/ou preparações que costuma ingerir pelo menos uma vez por semana que não foram mencionados:				