

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

ÂNGELA DE OLIVEIRA ANTUNEZ NOLTE

**ASSOCIAÇÃO ENTRE HÁBITOS SAUDÁVEIS DE ALIMENTAÇÃO,
ESTADO NUTRICIONAL E PERCEPÇÃO DE SAÚDE DOS IDOSOS**

Porto Alegre

2011

ÂNGELA DE OLIVEIRA ANTUNEZ NOLTE

**ASSOCIAÇÃO ENTRE HÁBITOS SAUDÁVEIS DE ALIMENTAÇÃO,
ESTADO NUTRICIONAL E PERCEPÇÃO DE SAÚDE DOS IDOSOS**

Dissertação de Mestrado apresentada para 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.

Orientador: Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós

Porto Alegre

2011

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

N798a Nolte, Ângela de Oliveira Antunez

Associação entre hábitos saudáveis de alimentação, estado nutricional e percepção de saúde dos idosos / Ângela de Oliveira Antunez Nolte. Porto Alegre: PUCRS, 2011.

98 p.: gráf. il. tab.

Orientadora: Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica.

1. HÁBITOS ALIMENTARES. 2. COMPORTAMENTO ALIMENTAR. 3. ESTADO NUTRICIONAL. 4. NUTRIÇÃO DO IDOSO. 5. DIETA. 6. IDOSO. 7. PERCEPÇÃO. 8. SAÚDE DO IDOSO. 9. COOPERAÇÃO DO PACIENTE. 10. EPIDEMIOLOGIA DESCRITIVA. 11. VISITA DOMICILIAR. 12. ESTUDOS TRANSVERSAIS. I. Bós, Ângelo José Gonçalves. II. Título.

C.D.D. 618.97639
C.D.U. 612.395-053.9:613.2 (043.3)
N.L.M. WT 115

ÂNGELA DE OLIVEIRA ANTUNEZ NOLTE

**ASSOCIAÇÃO ENTRE HÁBITOS SAUDÁVEIS DE ALIMENTAÇÃO,
ESTADO NUTRICIONAL E PERCEPÇÃO DE SAÚDE DOS IDOSOS**

Dissertação de Mestrado apresentada para 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.

ORIENTADOR: Prof. Dr. ÂNGELO JOSÉ GONÇALVES BÓS

Data da Aprovação: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. CARLA HELENA AUGUSTIN SCHWANKE

Prof^a. Dra. MARIA TEREZINHA ANTUNES

Prof^o. Dr. GERALDO ATTÍLIO DE CARLI
(como Suplente)

Porto Alegre, 2011.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por conceder-me dedicação, persistência e força, ao longo deste percurso, principalmente, nos momentos nebulosos.

Ao meu pai Glauco (*in memoriam*), por ser um professor exemplar e um cientista em potencial no decurso de toda a sua existência, ensinando-me a importância do conhecimento.

À minha mãe Izabel, amiga leal, por ter entendido a importância desta etapa em minha vida e ter dado todo o apoio necessário para chegar até o final, obrigada!

Ao meu marido Ernesto, pela compreensão e parceria nos momentos necessários.

À minha filha Isabella, pelo presente maravilhoso que é a sua companhia diária e pela compreensão nos momentos de ausência.

Aos meus irmãos José Luiz, Orestes e Antônio e irmãs Ana Lúcia e Isabel, que, além de professores, cientistas e profissionais exemplares, são autênticos amigos.

Ao professor Ângelo Bós, pelo valioso apoio, orientação e exemplo de dedicação ao paciente idoso.

Às colegas de mestrado Cristine Reis e Milena Fischer, pelas horas de convivência e, principalmente, por tornarem esta pesquisa possível.

Ao Dr. Arthur Felipe Caselli, pelo apoio no banco de dados.

Aos idosos que participaram, pacientemente, deste trabalho, ao cederem-me precioso tempo em busca de conhecimentos científicos.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características da população de idosos, RS, Brasil.....	32
Tabela 2 – Frequência dos 10 Passos para a Alimentação Saudável em Idosos do RS..	33
Tabela 3 – Frequência da adesão aos Passos 1 ao 6 para a Alimentação Saudável em idosos do RS, segundo as variáveis socioeconômicas.....	35
Tabela 4 – Frequência da adesão aos Passos 1 ao 6 da Alimentação Saudável em idosos do RS, segundo as variáveis de saúde.....	37
Tabela 5 – Frequência da adesão aos Passos 7a ao 10c para a Alimentação Saudável em idosos do RS, segundo as variáveis socioeconômicas.....	39
Tabela 6 – Frequência da adesão aos passos 7a ao 10c para a Alimentação Saudável em idosos do RS, segundo as variáveis de saúde.....	41
Tabela 7 – Frequência da adesão aos 10 passos para a Alimentação Saudável em idosos do RS, segundo as variáveis doenças cardiovasculares, diabetes, HAS, osteoporose, depressão, baixo peso, excesso de peso.....	43
Tabela 8 – Frequência da adesão aos 10 passos para a Alimentação Saudável em idosos do RS, sem doenças ou câncer.....	44
Tabela 9. Frequência da adesão aos 10 passos para a Alimentação Saudável em idosos do RS, segundo as variáveis doenças.....	46
Tabela 10 – Frequência da adesão aos passos 7a a 10c para a Alimentação Saudável em idosos do RS, segundo as variáveis sem doenças ou câncer.....	47

RESUMO

Introdução: A alimentação não balanceada no idoso aumenta o risco de desenvolvimento de doenças crônicas, tais como obesidade, diabetes, doença vascular, hipertensão arterial e osteoporose. No Brasil, uma das ações adotadas para a prevenção destas doenças foi a elaboração dos “10 Passos para a Alimentação Saudável”, do Ministério da Saúde. **Objetivo:** Analisar a frequência da adesão aos “10 Passos para Alimentação Saudável” e relacionar com a autopercepção de saúde e estado nutricional dos idosos das cidades de Dois Irmãos e Pantano Grande, RS. **Metodologia:** Estudo descritivo, populacional, de base domiciliar, de corte transversal e com análise dos dados secundários. A amostra deste estudo foi composta por idosos, de ambos os gêneros, não-institucionalizados e residentes em domicílios urbanos e rurais das cidades de Dois Irmãos e Pantano Grande. A frequência de adesão a cada passo para a alimentação saudável foi coletada por meio de um questionário com questões objetivas avaliando a execução de cada passo conforme recomendado. **Resultados:** Foram avaliados 106 idosos (F=55,7%; M=44,3%). A maioria dos idosos se encontrava na faixa etária entre 60 e 69 anos (51,9%), 55,7% do sexo feminino, grande parte alfabetizada e não tinha o primário completo (43,4%), a renda familiar era de até 1 salário mínimo (42,3%) e na autopercepção de saúde encontramos o mesmo percentual entre os que referiram sua saúde como regular e como boa/ótima (41,0%). Quanto ao Índice de Massa Corporal, a maioria estava eutrófica (40,8%) e apresentava risco elevado para o desenvolvimento de complicações metabólicas relacionadas à obesidade (73,1%). Concernentemente à adesão aos passos, 93,5% dos idosos evitam o consumo diário de bebida alcoólica, 90,7% de idosos referiram não adicionar sal aos alimentos já prontos, 86% dos idosos consumiam, diariamente, carne e ovos, 82,7% consumiam leite e derivados todos os dias, 82,2% relataram não fumar, 72,9% fazem 3 refeições maiores e, pelo menos, um lanche diariamente, 72,9% consomem diariamente verduras e legumes e 71% consomem frutas todos os dias, 68,2% dos idosos referiram consumir refrigerante, no máximo, 1 vez na semana, 66,4% consomem alimentos gordurosos, no máximo, 1 vez na semana, 63,6% bebem, pelo menos, 2l de água por dia, 59,4% consomem cereais integrais mais do que quatro vezes na semana, 44,9% consomem alimentos doces, no máximo 1, vez na semana. E, com a menor frequência, com 13,1%, está o passo que se refere à atividade física diária. **Conclusão:** As maiores adesões observadas foram aos passos que recomendam três refeições e pelo menos um lanche por dia, consumir diariamente frutas, verduras, legumes, leite e derivados, carne e ovos; não adicionar sal aos alimentos já prontos, evitar o consumo diário de bebidas alcoólicas e não fumar. Em contraste os passos menos seguidos foram o consumo reduzido de doces e a prática diária de 30 minutos de atividade física. Com maior frequência que os demais, idosos com a melhor avaliação da auto-percepção de saúde e com maior renda familiar consomem diariamente frutas, leite e derivados e evitam o consumo de bebida alcoólica. Entre os idosos eutróficos e com baixo risco para doenças metabólicas a bebida alcoólica também é evitada. Quanto ao estado nutricional, a maioria dos sujeitos desta pesquisa estava com o peso saudável. Intervenções são efetivas na melhoria de alguns aspectos dos hábitos alimentares dos idosos e conhecer os hábitos alimentares da população idosa dentro do seu contexto sócio-econômico é importante para subsidiar orientações para as estratégias que promovem a saúde e previnem as doenças.

Palavras-chave: hábitos alimentares; nutrição; dieta; idosos.

ABSTRACT

Introduction: An unbalanced food intake in elderly people increases the risk of developing chronic diseases, such as obesity, diabetes, cardiovascular diseases, hypertension and osteoporosis. In Brazil, one of the actions adopted for preventing these diseases was the ten step guidelines for a healthy eating issued by the Ministry of Health. **Objective:** To analyze the frequency of compliance to the ten step guidelines for a healthy eating and to verify possible correlations with health self-perception, nutritional status, age, chronic disease prevalence and schooling degree of elderly people in the cities of Dois Irmãos and Pantano Grande, RS. **Methodology:** A descriptive population study, on house, using a transversal cut with the analysis of secondary data. The sample used in this study is composed by elderly from both genders, living outside geriatric facilities, i.e., in urban and country homes in the cities of Dois Irmãos and Pantano Grande, RS. The frequency of compliance to each step to a healthy food regimen was obtained by means of a questionnaire with objective questions evaluating the performance of each step as recommended. For nutritional status, the body weight index (BWI) and the risk of obesity associated metabolic complications, the WHO criteria were used (WHO, 1998). **Results:** A total of 106 individuals (F=55.7%; M=44.3%) were included. The major classes were: ages ranging from 60 to 69 (51.9%); females (55.7%); alphabetized with incomplete elementary school (43.4%) and family income up to one minimal wage (42.3%). Regarding the BWI, the major class was eutrophic (40.8%) and had high risk of developing obesity related metabolic complications (73.1%). Regarding the compliance to the steps, the classes were as follows: 93.5 % of them avoided the daily consumption of alcohol; 90.7% referred to avoid adding salt to already prepared dishes; 86% ate meat and eggs; 82.7% had Milk and dairy food daily; 82.2 % did not smoke; 72.9% reported three major meals per day and at least one additional snack; 72.9% did consume vegetables daily and 71% did eat fruits daily; 68.2% of individuals did refer to drink soft drinks at a maximum of once a week, 66.4 % consumed greasy food at a maximum of once a week, 63.6% drank at least two liters of water daily, 59.4% ate whole grain cereals more than four times a week, 44.9% ate sweets at a maximum of once a week. The least frequent measure observed was the one referring to the daily exercises (13.1%). **Conclusion:** The most higher frequency was found for the adherence to the steps that recommend three daily meals and at least one snack, daily consumption of fruits, vegetables, Milk and derivatives, meat and eggs; to avoid adding salt to already prepared foods, to avoid the daily consumption of alcoholic beverages and to avoid smoking. We high light that those elders with better evaluation of health self-perception and higher house hold income do consume fruits, milk and derivatives daily and avoid the consumption of alcoholic beverages. Among the eutrophic elders with low metabolic disease risk the consumption of alcoholic beverages is also avoided. Interventions are effective for the majority of aspects of Elder food habits and to understand the feeding habits of the Elder population within its social economics cenário is important to support strategies that promote health and avoid disease.

Keywords: food habits, nutrition, diet, elder

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	REFERENCIAL TEÓRICO	11
	2.1 <i>Processo de Envelhecimento Humano</i>	<i>11</i>
	2.2 <i>Aspectos Fisiológicos</i>	<i>12</i>
	2.3 <i>Doenças Crônicas.....</i>	<i>12</i>
	2.4 <i>Padrão Alimentar</i>	<i>14</i>
	2.5 <i>Estado Nutricional.....</i>	<i>14</i>
	2.6 <i>Autopercepção de Saúde.....</i>	<i>15</i>
	2.7 <i>Alimentação saudável.....</i>	<i>16</i>
3	OBJETIVOS	21
	3.1 <i>Geral.....</i>	<i>21</i>
	3.2 <i>Específicos.....</i>	<i>21</i>
4	JUSTIFICATIVA	22
5	METODOLOGIA.....	23
	5.1 <i>Delineamento.....</i>	<i>23</i>
	5.2 <i>População e amostra em estudo</i>	<i>23</i>
	5.3 <i>Procedimento amostral/Recrutamento</i>	<i>23</i>
	5.3.1 <i>Seleção de Setores Censitários Urbanos e Rurais de Dois Irmãos e Pantano Grande.....</i>	<i>23</i>
	5.3.2 <i>Seleção Aleatória dos Idosos em cada Setor Censitário.....</i>	<i>24</i>
	5.4 <i>Critérios de Seleção.....</i>	<i>24</i>
	5.4.1 <i>Inclusão.....</i>	<i>24</i>
	5.4.2 <i>Exclusão.....</i>	<i>25</i>
	5.5 <i>Coleta de dados</i>	<i>25</i>
	5.5.1 <i>Instrumento</i>	<i>25</i>
	5.6 <i>Variáveis.....</i>	<i>26</i>
	5.6.1 <i>Dependente</i>	<i>26</i>
	5.6.2 <i>Independentes</i>	<i>29</i>
	5.7 <i>Análise estatística</i>	<i>30</i>

		8
6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	31
7	RESULTADOS	32
8	DISCUSSÃO	48
	CONCLUSÕES	54
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
	APÊNDICES.....	66
	ANEXOS.....	73

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade atual em diferentes países. A Organização das Nações Unidas (ONU) considera que, entre 1975 a 2025, haverá, no que concerne à população idosa, um crescimento de 54% nos países desenvolvidos e, nos países em desenvolvimento, alcançará 123%.¹

Na população brasileira, o número de idosos passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008, um aumento de quase 700% em menos de 50 anos.² Sendo que, em 2025, estima-se que a população com 60 anos ou mais será, aproximadamente, de 34 milhões. Este aumento, segundo a Organização Mundial da Saúde, deverá ser de 15 vezes, enquanto a população total aumentará 5 vezes.³

Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2009 -, do IBGE, revela-se que, na população de 60 anos ou mais, o crescimento foi de 697 mil pessoas entre 2008 e 2009, 11,3% dos brasileiros estavam nesta faixa de idade, sendo as regiões Sul e Sudeste aquelas que apresentaram os maiores percentuais de idosos.⁴

Quanto à expectativa de vida no Brasil, esta aumentou cerca de 3 anos entre 1999 e 2009, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, hoje, é esperado que um brasileiro viva pelo menos 73,1 anos.

Sendo das mulheres as menores taxas de mortalidade e, por essa razão, elas somam 55,8% das pessoas com mais de 60 anos no país. No período avaliado, a expectativa de vida delas passou de 73,9 anos para 77 anos. Entre os homens, subiu de 66,3 anos para 69,4 anos.⁴ Essa transição demográfica está relacionada a três fatores: mudanças nas taxas de fecundidade, mudanças nas taxas de mortalidade entre os indivíduos com idade de 0 a 60 anos e mudanças na mortalidade entre os indivíduos com mais de 60 anos.⁵

Por conseguinte, verifica-se, também, alteração no perfil da população no que se refere à morbidade e à mortalidade. Dados da OMS indicam que, nos idosos, tem aumentado a incidência de óbitos relacionados a neoplasias, doenças respiratórias e doenças circulatórias.⁶

Esses dados assinalam como o processo da longevidade está presente na sociedade brasileira e já indicam a necessidade de providências urgentes para garantir uma infraestrutura de atendimentos a estes idosos. Assim, para conhecerem-se as transformações decorrentes do envelhecimento humano é necessário concebê-lo como um processo multidimensional. Do ponto de vista biológico, o envelhecimento se caracteriza pelas mudanças morfológicas e funcionais resultantes das transformações às quais o organismo se submete ao longo da vida,

porém nem toda mudança que ocorre no organismo está fundamentalmente ligada à idade, *per se*. Faz-se necessário incluir outros fatores que contribuem para essas mudanças no organismo, como os ambientais, alterações imunológicas, alimentação e atividade física.⁷

A longevidade é um fator importante porém precisamos observar também os aspectos negativos que estão associados como uma elevada morbidade e mortalidade.^{8,9}

O idoso, assim, é mais vulnerável às doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), de começo insidioso, como as cardiovasculares e cérebro-vasculares, o câncer, os transtornos mentais e os estudos patológicos que afetam o sistema locomotor e os sentidos.¹⁰

Dessa forma, analisarem-se as condições de saúde nutricional do idoso, identificando-se o número de fatores de risco a que esses indivíduos estão expostos, é de grande interesse em saúde pública. É amplamente aceito que as alterações na alimentação são parte das profundas mudanças sociais e econômicas que determinam, em última instância, alterações no cenário epidemiológico brasileiro, particularmente, quanto ao padrão de morbimortalidade, de nutrição e alimentação.¹¹

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO

O envelhecimento da população é uma tendência mundial, sendo reflexo de vários fatores como a diminuição das taxas de mortalidade e fecundidade, progresso da medicina e avanços tecnológicos, os quais, juntos, possibilitaram um aumento na expectativa de vida, que varia dependendo da região. No Brasil, por exemplo, a média de expectativa de vida, atualmente, é 73,1 anos.⁴ Concomitantemente, está ocorrendo também um processo de transição epidemiológica, que tem como resultado a diminuição da mortalidade e o aumento da morbidade. Isso significa que a população brasileira está vivendo mais, porém, mais doente, sem qualidade de vida. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais.² E para que o ser humano possa alcançar a idade próxima à longevidade máxima, ele não pode apresentar, durante toda a vida, qualquer tipo de doença ou distúrbio.¹²

No envelhecimento humano, que é caracterizado pelo período que sucede à maturidade, ocorre o declínio das funções orgânicas, então, aumentando a suscetibilidade ao surgimento de doenças que levam o idoso à morte.¹³ Nesse contexto, é fundamental distinguir o que é consequência desse processo e o que é secundário a estados mórbidos que são frequentes nesta fase da vida. Como importante ajuda para definirem-se tais diferenças, pode-se denominar senescência o resultado do somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas do envelhecimento normal, ou seja, uma perda progressiva da capacidade de homeostase; e senilidade como sendo a perda das reservas orgânicas e, conseqüente, aceleração do envelhecimento pelo processo de declínio gradativo das funções dos vários sistemas orgânicos, causado por doenças que afetam os idosos.¹⁴

Várias são as teorias que procuram explicar o envelhecimento do ponto de vista biológico. Algumas enfatizam o possível controle genético do envelhecimento celular, outras se referem a agressões externas às quais, permanentemente, se está exposto. Em ambos os casos, o resultado seria uma síntese proteica deficiente, como conseqüente disfunção dos tecidos e sistemas que compõem os seres humanos. Outras teorias, ainda, preferem focalizar o equilíbrio entre os diversos sistemas orgânicos pelo prisma do seu controle hormonal e da comunicação entre eles. Um ritmo diferenciado no processo de degeneração desses sistemas contribuiria com a diminuição da capacidade de adaptação do organismo ao meio.¹⁵

2.2 ASPECTOS FISIOLÓGICOS

As mudanças fisiológicas verificadas nos idosos refletem não apenas o processo de envelhecimento, mas também os efeitos de anos em exposição a agentes ambientais, além de processos de doenças. Em geral, há um declínio na estrutura e funcionamento do corpo com a idade avançada. São características gerais do processo de envelhecimento: diminuição do metabolismo; crescente dificuldade de adaptação à modificação de fatores ambientais, por exemplo, mudanças de temperatura; redução da velocidade de condução nervosa e de resposta das células a substâncias produzidas pelo próprio organismo, etc. Essa diminuição de resposta das células tem sido atribuída à menor produção de proteínas e outras moléculas (hormônios, moléculas transmissoras e enzimas) e à diminuição da sensibilidade das células a estímulos (redução do número ou sensibilidade de receptores celulares).¹⁶ O declínio resulta na capacidade de reserva diminuída dos vários sistemas orgânicos, que, conseqüentemente, produzem capacidade de homeostase reduzida, tornando o idoso mais vulnerável a estressores, tais como doenças, trauma, cirurgia, medicações e mudanças ambientais.⁹

Ainda, durante o processo do envelhecimento, várias alterações fisiológicas ocorrem no organismo: diminuição da massa muscular, perda de líquido intracelular, alterações na elasticidade dos tecidos, decréscimo da estatura e mudanças na quantidade e distribuição do tecido subcutâneo, sendo que ocorre redução deste tecido nos membros e há um progressivo acúmulo de tecido adiposo na cavidade abdominal. Essas modificações levam a alterações nas variáveis antropométricas, tais como perímetros, circunferências e espessura das dobras cutâneas.¹⁷

Neste processo também ocorre redução na capacidade funcional do organismo, que reflete em alterações do aparelho digestivo, as quais vão desde a diminuição da capacidade mastigatória até a atrofia das mucosas gástrica e intestinal.¹⁶

2.3 DOENÇAS CRÔNICAS

Dentre os problemas que envolvem as pessoas idosas, destacam-se as doenças crônicas, doenças consideradas de longa duração, as quais exigem que os indivíduos acometidos reorganizem suas vidas de modo a relacionarem-se melhor com as mesmas.¹⁸

De acordo com a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por doenças crônicas não-transmissíveis. Dentre esses fatores, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), a ingestão insuficiente de frutas, legumes e verduras e a inatividade física.¹⁹

Estima-se que, no mundo, 44% das mortes prematuras e 34% da carga global de doenças tenham sido resultado do efeito conjunto de 24 fatores de risco.¹⁹⁻²¹ Dentre esses fatores, o hábito de fumar, o colesterol elevado, o excesso de peso, a ingestão elevada de álcool, a hipertensão arterial e a inatividade física são considerados importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, como câncer, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e também diabetes melito.²²⁻²⁵

Na obesidade, que é um estado mórbido caracterizado pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, segundo dados da Organização Mundial de Saúde, existem, no mundo, mais de um bilhão de pessoas adultas com sobrepeso e pelo menos 300 milhões de obesos. Esta enfermidade pode ser avaliada pelas complicações metabólicas a elas associadas, onde dislipidemia, doenças cardiovasculares e diabetes do tipo II têm um papel de destaque. Desse modo, hoje, é considerada um grave problema, tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento.¹²

Entre as doenças crônicas, as cardiovasculares constituem um dos principais problemas de saúde pública para a pessoa idosa, pois podem gerar incapacidades, dependências e perda de autonomia, representando um alto custo econômico e social. Nesse contexto, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais prevalente e aumenta progressivamente com a idade.¹² A HAS está associada a complicações bastante frequentes em idosos, como doença arterial coronariana, doença cérebro-vascular, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica, entre outras. O alto custo social dessa doença é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo ao trabalho.²⁶

Estudos recentes têm mostrado que doenças crônicas, bem como suas incapacidades, não são consequências inevitáveis do envelhecimento.^{27,28} A prevenção é efetiva em qualquer nível, mesmo nas fases mais tardias da vida.²

A maior parte desses fatores pode ser evitada e modificada por meio de mudanças relacionadas ao estilo de vida, visto que, fortemente, tais fatores se relacionam aos padrões de vida e, particularmente, ao consumo alimentar.²⁹

2.4 PADRÃO ALIMENTAR

As sociedades modernas e industrializadas parecem convergir em um hábito alimentar com alto conteúdo de gorduras saturadas, colesterol, açúcar, carboidratos refinados, baixo teor de ácidos graxos insaturados e de fibras, padrão denominado “dieta ocidental” e ligado ao aumento de vida sedentária. Esta característica, observada nas sociedades de alta renda, também, verifica-se, em proporção crescente, na população de baixa renda, resultando no incremento da obesidade e no surgimento de DCNT.^{30,31}

Sabe-se que padrões alimentares se diferenciam de população para população e, até mesmo, no interior destas, razão pela qual é importante conhecer os fatores geográficos, econômicos e outros que determinam a distribuição dos padrões alimentares entre subgrupos. Afirma-se, por exemplo, que a China e o Brasil ilustram situações onde padrões nutricionais de excesso e de altos níveis de doenças crônicas não-transmissíveis coexistem com padrões de déficit.³² Assim, o processo de transição epidemiológica nutricional descrito requer uma abordagem integrada, dessa maneira, devendo-se considerar dois aspectos importantes: a multicausalidade das DCNT e a constante mudança dos padrões alimentares da população.³³

A epidemiologia nutricional se dedica, tradicionalmente, ao estudo do efeito de nutrientes ou de um alimento específico sobre desfechos de saúde. Há evidências de que alimentos e nutrientes agem sinergicamente no risco de várias doenças crônicas.³⁴ A proposta de utilizar o padrão alimentar como exposição em epidemiologia nutricional supera limitações desde a incapacidade na detecção de pequenos efeitos de simples nutrientes até dificuldade na avaliação das intercorrelações e das interações entre os nutrientes.

Ademais, padrões alimentares expressam melhor a complexidade envolvida no ato de se alimentar, uma vez que pessoas não consomem de forma isolada alimentos ou nutrientes. Portanto, para a epidemiologia, que tem a população como foco, o estudo dos padrões alimentares pode melhor subsidiar a proposição de medidas efetivas de promoção da saúde por meio da alimentação.³⁴

2.5 ESTADO NUTRICIONAL

As modificações do estilo de vida têm se mostrado efetivas em prevenir e reduzir a pressão arterial, resistência à insulina, colesterol total e outros fatores cardiovasculares como

a redução do peso corpóreo, pois o excesso de peso aumenta de duas a seis vezes o risco da hipertensão arterial sistêmica.³⁵ O ideal é manter o índice de massa corpórea (IMC) entre 20 a 25kg/m². O sobrepeso e a obesidade apresentam incremento generalizado, em todas as regiões, grupos sociais e etários, o que vem sendo acompanhado do aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, como o diabetes tipo II e dislipidemias. Fatores socioeconômicos e demográficos podem, assim, influenciar nos hábitos alimentares da população.^{33,36}

É possível observar, ainda, que, enquanto o risco de morbidade se torna maior ao aumentar a severidade da obesidade, sabe-se também que o padrão de distribuição da gordura corporal é um indicador ainda mais importante do risco que a obesidade representa à saúde. A medida de circunferência da cintura se mostra como uma medida regional capaz de fornecer estimativa da gordura abdominal, diagnosticando a obesidade androide, que, por sua vez, está correlacionada com a gordura visceral, mais associada a distúrbios metabólicos e riscos cardiovasculares.^{37,38} Outro fator com estreita relação entre idoso e saúde é a renda. Idosos com maior renda têm melhores níveis de saúde, o inverso ocorre com idosos de menor renda.³⁵

2.6 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE

Um indicador importante da condição de saúde, quando a população é homogênea, é a morbidade referida.³⁷⁻³⁹ A autopercepção de saúde tem sido muito utilizada em pesquisas que visam a estabelecer o estado de saúde do indivíduo, especialmente, do idoso^{40,41}. Apesar da sua natureza subjetiva, estudos têm demonstrado que a variável percepção de saúde apresenta boa confiabilidade e é uma medida válida.^{42,43}

A principal vantagem dessa variável é que o resultado da pergunta se associa, fortemente, com o estado real ou objetivo de saúde das pessoas, sugerindo que a autopercepção da saúde possa ser utilizada como uma fonte de dados intermediária das avaliações objetivas de saúde.⁴⁴ Além disso, por ser considerada um forte preditor de saúde e mortalidade,^{45,46} a autopercepção de saúde tem sido utilizada para estimar a expectativa de vida saudável.⁴⁷

Então, poder-se-ia inferir que a saúde do idoso está estritamente relacionada com a sua funcionalidade global, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. O idoso é considerado saudável quando é capaz de manter-se em atividade sozinho,

de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doenças.¹⁰ Desta forma, resgata-se o conceito de saúde, estabelecido pela Organização Mundial da Saúde, como sendo o mais completo bem-estar biopsicossocial-cultural-espiritual, e não simplesmente a ausência de doenças.³³

Para um cenário com uma população idosa mais saudável, a Gerontologia, como ciência que estuda o envelhecimento e suas consequências biológicas, médicas, psicológicas e socioeconômicas, traz subsídios para que a Geriatria, especialidade médica que trata o idoso, possa fazer a assistência médica (prevenção e tratamento) envolvendo uma equipe multidisciplinar.³⁰

Portanto, todas as iniciativas de promoção de saúde, de assistência e de reabilitação em saúde devem ter como meta aprimorar, manter ou recuperar a capacidade funcional do indivíduo pelo maior tempo possível, valorizar a autonomia e a independência física e mental, excedendo um simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas.²

2.7 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

As alterações psicológicas, sociais e as questões econômicas relacionadas com o envelhecimento afetam de uma ou outra forma a alimentação e/ou a fisiologia da nutrição através da modificação da dieta, do padrão alimentar e do estado nutricional do indivíduo. Devido a variações na capacidade de ingerir, digerir, absorver e utilizar esses nutrientes, não é fácil estabelecerem-se as necessidades nutricionais da população idosa.⁴⁸

As recomendações nutricionais visam a indicar qual a quantidade mínima de nutrientes seria adequada para a maioria das pessoas em seu ambiente usual, sem traumas ou doenças. No idoso, a necessidade energética, em média, está diminuída e associada com menor atividade física, sendo que, geralmente, esse grupo etário se caracteriza por menor massa proteica magra e aumento relativo da gordura corporal. O objetivo do planejamento do consumo energético para estes indivíduos é minimizar o risco de inadequação ou excesso de ingestão de energia.⁴⁹

É proposto, pela Recommended Dietary Allowance (RDA), para pessoas a partir dos 51 anos, com atividade leve a moderada, um consumo de 30Kcal/kg de peso corporal como recomendação energética diária. Portanto, acredita-se que 30kcal/kg/dia sejam suficientes para a manutenção dos gastos calóricos da pessoa idosa, em atividade regular.²⁶

A baixa ingestão de proteína tem sido associada com comprometimento da massa magra, da resposta imune e da função muscular, bem como do aumento da perda óssea. Aconselha-se, para o idoso saudável, uma ingestão proteica de 0,9-1,1g/kg de peso. As necessidades proteicas aumentam em relação à gravidade e duração da maioria das principais doenças crônicas que aparecem na terceira idade.⁴⁸

As proteínas contribuem com 10 a 20% do total de energia diária e o restante (80 a 90%) deve ser distribuído entre gorduras e carboidratos. Alimentos muito gordurosos podem não ser boas fontes de minerais e micronutrientes, cerca de 30-40% da energia total não-proteica deve ser obtida da ingestão de gordura, sendo 7 a 10% gordura saturada, 10% de gordura poli-insaturada e o restante gordura monoinsaturada.²⁶

Recomenda-se, ainda, aos idosos, maior ingestão de hidratos de carbono complexos (fibras).¹³ O consumo de fibras junto com uma ingestão hídrica adequada previne a constipação, favorece um melhor controle da glicemia e do colesterol e reduz o risco de algumas neoplasias. O aporte de carboidratos deve constituir no mínimo 50% do valor calórico total e a quantidade mínima diária indispensável deve ser de 150g; já as fibras, encontradas em frutas e verduras, devem oscilar entre 20 a 30g diárias, sendo 10-13g/1.000 kcal.⁴⁹

Em idosos, as necessidades de minerais, oligoelementos e vitaminas são maiores em relação às dos jovens adultos. Alguns dos micronutrientes em especial podem ter sua absorção diminuída, como, por exemplo, a vitamina B12 e o ácido fólico.⁴⁸

As deficiências de alguns elementos traços e de vitaminas podem estar associadas ao decréscimo na função imune, sendo que essa disfunção pode ser prevenida ou retardada por intervenção dietética. Alguns estudos recentes demonstram que uma pequena suplementação fisiológica de micronutrientes melhora a imunidade e diminui o risco de infecção no idoso.⁵⁰

As frutas e verduras são consideradas como principais fontes de muitas vitaminas e minerais que atuam no desenvolvimento e bom funcionamento de todas as partes do corpo, como os olhos, sangue, ossos, gengivas e pele, entre outros. Recomenda-se consumir ao menos 5 porções diárias para manter um fluxo constante de grande quantidade e variedade de antioxidantes.⁵⁰

Estudos observacionais, por um lado, têm evidenciado o papel da dieta no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, diabetes tipo II e câncer;⁵¹ por outro lado, uma dieta variada, pobre em gordura e rica em vitamina C, fibras e β - caroteno, está associada ao menor risco de desenvolvimento de alguns tipos de câncer.^{35,37}

Ainda na prevenção das doenças cardiovasculares, a ingestão de sal é uma das medidas de maior impacto, o sódio, na forma de sal de cozinha, está intimamente ligado à elevação da pressão arterial.²³ E uma redução do consumo de gordura e a substituição das gorduras saturadas por poli-insaturadas e redução da ingestão diária de alimentos ricos em colesterol, também, previnem contra doenças cardiovasculares.⁴⁵

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou um manual chamado Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. Trata-se de um trabalho de prevenção para grupos populacionais de todo o mundo, que foi desenvolvido em 2002 e divulgado em 2004, com o objetivo de apresentar os conhecimentos científicos disponíveis sobre as principais evidências ligando dieta, atividade física e doenças crônicas não-transmissíveis.³³

No Brasil, uma das ações adotadas pelo Ministério da Saúde em acordo com a proposta dessa estratégia foi a elaboração dos “10 Passos para a Alimentação Saudável para pessoas com mais de 60 anos” (apresentado a seguir). Essa ação consta no Plano Nacional para a Promoção da Alimentação Adequada e do Peso Saudável, cujos objetivos são: aumentar o nível de conhecimento da população sobre a importância da promoção da saúde por meio da manutenção do peso saudável e de uma vida ativa; além de modificar atitudes sobre alimentação, prática de atividade física e prevenir o excesso de peso. O documento utilizado como base para este projeto de pesquisa é o manual de Alimentação Saudável para a pessoa idosa editado pelo Ministério da Saúde, em 2009.⁵²

1º Passo: *faça, pelo menos, 3 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições!* Ao preparar as refeições busque a variedade e quantidade adequada, incluindo alimentos de origem animal e vegetal, prevenimos deficiências nutricionais e as DCNT.⁵³

2º Passo: *inclua, diariamente, 6 porções do grupo dos cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), tubérculos como a batata, raízes como mandioca/macaxeira/aipim, nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural.* A presença diária desses alimentos vem diminuindo na dieta do brasileiro, em 1974, correspondia a 41,1%; e, em 2003, baixou para 38,7%. Por esta razão, incentivar o consumo de grãos e tubérculos garante fontes importantes de proteína e vitaminas do complexo B.⁵³

3º Passo: *coma, diariamente, pelo menos, 3 porções de legumes e verduras como parte das refeições e 3 porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.* Fontes importantes de vitaminas, minerais e fibras, os legumes, verduras e frutas estão em baixa na alimentação dos

brasileiros, independente da faixa de renda, o consumo está variando de 3 a 4% entre 1974 e 2003. Aumentar o consumo atual e atingir a recomendação contribui para a manutenção da saúde.⁵⁴⁻⁵⁶

4º Passo: *coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, 5 vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde. A combinação de 1 parte de feijão para 2 partes de arroz são uma fonte completa de proteína para os seres humanos*⁵³. Entre 1974 e 2003, a participação relativa de feijão e outras leguminosas, no total energético da alimentação brasileira, caiu em 31%.⁵⁷

5º Passo: *consuma, diariamente, 3 porções de leite e derivados e 1 porção de carnes, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis!* As carnes e os peixes são fontes de aminoácidos essenciais, substâncias que compõem as proteínas necessárias para o crescimento e a manutenção do organismo, bem como são fontes importantes de ferro de alta biodisponibilidade e vitamina B12.⁵³ Retirar a gordura em excesso diminui o risco de dislipidemias.³ E o leite é fonte importante de riboflavina (vitamina B12) e, também, fonte de cálcio, mesmo desnatado.⁵³

6º Passo: *consuma, no máximo, 1 porção, por dia, de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina.* As gorduras são fontes de ácidos graxos essenciais e de vitaminas lipossolúveis (A,D,E e K) que precisam ser veiculados pelos alimentos, pois o organismo não pode produzi-los³. Porém há uma tendência de consumo exagerado de gorduras totais e de gorduras saturadas entre as classes de renda maior, especialmente nas regiões de maior desenvolvimento econômico no país (Centro-Oeste, Sudeste e Sul).⁵⁷

7º Passo: *evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação. Coma-os, no máximo, 2 vezes por semana.* Dados da Pesquisa de Orçamentos familiares mostram uma redução pequena no consumo de açúcar, mas apontam um aumento exagerado de refrigerantes (400%).⁵⁷ O consumo excessivo desses alimentos, por possuírem alta concentração de energia, está relacionado ao aumento da incidência do excesso de peso e da obesidade e de DCNT.³³

8º Passo: *diminua a quantidade de sal na comida e retire o sal de mesa.* O consumo populacional excessivo, maior que 6g diárias (2,4g de sódio), é uma causa importante da hipertensão arterial.³³

9º Passo: *beba, pelo menos, 2 litros (6 a 8 copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.* A água é importante para a regulação da temperatura e participa do transporte de nutrientes e da eliminação de substâncias tóxicas ou daquelas não mais utilizadas pelo organismo - resultantes dos processos digestivo, respiratório, cardiovascular e renal. Desse modo, torna-se importante estimular o indivíduo a tomar água, pois essa é essencial a tantas funções.³⁷

10º Passo: *torne sua vida mais saudável. Pratique, pelo menos, 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.* A atividade física regular e frequente, além de prevenir o sobrepeso e a obesidade, é, também, benéfica para a saúde mental e emocional.⁵⁸

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar a frequência da adesão aos “10 Passos para Alimentação Saudável” e relacionar com a autopercepção de saúde, estado nutricional, prevalência de doenças crônicas e nível de escolaridade dos idosos da comunidade estudada.

3.2 ESPECÍFICOS

- Verificar a adesão aos “10 Passos para Alimentação Saudável” dentre pessoas com mais de 60 anos e relacionar essa frequência com a autopercepção da saúde.

- Verificar a frequência da adesão aos “10 Passos para Alimentação Saudável” dos idosos com a prevalência de doenças crônicas.

- Verificar a frequência da adesão aos “10 Passos para a Alimentação Saudável” com o estado nutricional.

- Verificar a frequência da adesão aos “10 Passos para Alimentação Saudável” com o nível educacional dos idosos.

4 JUSTIFICATIVA

Como mencionado no referencial teórico em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou um manual chamado Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde com recomendações alimentares e de estilo de vida para a prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis.³³ Essas ações foram adotadas pelo Ministério da Saúde Brasileiro. Entretanto poucos estudos no nosso meio tentam observar a relação desses passos com as condições de saúde, nutrição e sociodemográficas dos idosos deste país. O entendimento dessas relações contribuirá para destacar a importância e eficiência do seguimento desses passos na melhoria da saúde do idoso brasileiro bem como se sua qualidade de vida.

5 METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO

Este estudo se caracteriza por ser descritivo, analítico, populacional, de base domiciliar e de corte transversal, com análise dos dados secundários.

5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA EM ESTUDO

A população deste estudo é composta por idosos, com 60 anos ou mais, de ambos os gêneros, não-institucionalizados. A amostra foi composta por residentes em domicílios urbanos e rurais das cidades de Dois Irmãos e Pantano Grande - no Estado do Rio Grande do Sul, identificados por visita domiciliar aleatória. .

5.3 PROCEDIMENTO AMOSTRAL/RECRUTAMENTO

Foi utilizada uma metodologia similar aquela utilizada nas pesquisas: “Estudo Multidimensional das Condições de Vida do Idoso” (EMCVI), realizado pelo Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul (CEI-RS) em 1995; e Idosos de Porto Alegre: estudo multidimensional e suas condições de vida, em 2006. O processo de seleção foi dividido em etapas para a obtenção de dados representativos e generalizáveis da população idosa em seu universo, nas cidades de Dois Irmãos/RS e Pantano Grande/RS.

As etapas sequenciais foram: a) estratificação dos municípios de Dois Irmãos e Pantano Grande em setores censitários urbanos e rurais, b) seleção aleatória dos idosos em cada setor censitário.

5.3.1 Seleção Aleatória de Setores Censitários Urbanos e Rurais de Dois Irmãos e Pantano Grande

Obteve-se, junto ao IBGE, a relação dos setores censitários urbanos e rurais das cidades de Dois Irmãos e Pantano Grande. Esta relação obedeceu à proporção de idosos na zona rural e urbana, que é de 22 % e 78%, respectivamente. Foram relacionados 10 setores

cenitários e os mesmos foram numerados de forma sequencial, então, eliminando-se todos aqueles compostos, exclusivamente, de estabelecimentos coletivos, inclusive os destinados aos idosos. Em seguida, procedeu-se à escolha dos setores, utilizando-se uma tabela de números aleatórios.

Foram realizadas dezesseis entrevistas por setor, seguindo o modelo do EMCVI. O número de setores censitários foi de oito, no mínimo, objetivando melhor distribuição nas diversas áreas do município. A aleatoriedade foi distinta relativamente aos gêneros, foram entrevistados 7 homens e 9 mulheres, respeitando a relação percentual de 43,75% e 56,25% de homens e mulheres, respectivamente, no Estado do Rio Grande do Sul, segundo projeção intercensitária de 2009.

5.3.2 Seleção Aleatória dos Idosos em cada Setor Censitário

Com intuito de se obter uma representatividade aleatória, optou-se por adaptação da amostragem sistemática na seleção dos domicílios. Foi utilizado um croqui com os quarteirões numerados de cada setor censitário. O ponto de início do percurso, assim como a esquina inicial de cada quarteirão, foi sorteado, caminhando-se sempre no sentido horário. Em razão da quantidade pesquisada de idosos em cada setor censitário ser em número de dezesseis e para propiciar melhor distribuição para efeito de vizinhança, foi selecionado um domicílio e saltados oito. Quando não coincidia a casa escolhida com a presença de idoso do gênero sorteado, este foi procurado no domicílio seguinte; reiniciando-se o processo em cada entrevista. Quando existia mais de um idoso no domicílio, fez-se o sorteio de um entre eles. Nos casos em que se chegou ao final do setor sem atingir a cota de oito idosos, retornou-se ao ponto inicial, reiniciando todo o processo a partir do segundo domicílio, até que o número necessário se completasse.

5.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

5.4.1 Inclusão

Idosos com 60 anos ou mais, residentes em domicílios urbanos e rurais dos municípios de Dois Irmãos e Pantano Grande/RS.

5.4.2 Exclusão

Foram excluídos idosos que estavam no domicílio sorteado, mas não moravam no mesmo, idosos que residam em abrigos ou em instituição de longa permanência e os idosos que estavam fazendo uso de alimentação enteral. Nos casos de idosos com demência, foram entrevistados os cuidadores ou familiares.

5.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados em Dois Irmãos, nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2010, por entrevistadores treinados pelos pesquisadores deste projeto, e em Patão Grande nos meses de junho e julho de 2010. Foi aplicado o instrumento no domicílio dos idosos residente na cidade de forma aleatória, seguindo a metodologia previamente definida e já descrita em precedência, neste capítulo.

Foram realizados telefonemas e visitas às residências entrevistadas para comprovar veracidade da pesquisa.

5.5.1 Instrumento

BLOCO	ASSUNTO
DGI	Dados Gerais do Idoso
CIA	Características do Idoso e seu Ambiente
TRA	Transporte
HAB	Habitação
REN	Renda
SAU	Saúde
SEX	Sexualidade
RIS	Respeito e Inclusão Social
SCL	Participação Social, Cívica e Laboral
COI	Comunicação e Informação
SCS	Suporte Comunitário e Serv. de Saúde
COF	Composição Familiar
OCU	Ocupação

Quadro 1 - Assuntos do instrumento de pesquisa dividido em 13 blocos

Fonte: Projeto Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul (2010)

As 116 questões do questionário (Anexo A) buscam verificar:

- Os Blocos DGI e REN tratam dos aspectos e condições socioeconômicas e demográficas dos entrevistados.
- Os blocos CIA, TRA, HAB, SCL, RIS, PCE, COI, SCS, COF e OCU abordam a importância ou dificuldades atribuídas aos quesitos: espaços ao ar livre; transporte; habitação; participação social; respeito e inclusão social; participação cívica e emprego; comunicação e informação; e apoio da comunidade e os serviços de saúde, identificados no estudo Cidades Amigas do Idoso - da Organização Mundial de Saúde (OMS).
- Os blocos SAU e SEX se relacionam ao estado clínico através de perguntas sobre a prevalência de doenças crônico-degenerativas comuns aos idosos, perguntas sobre alimentação, autoavaliação da saúde, depressão e sexualidade. A autonomia dos entrevistados através de questões sobre a dificuldade ou facilidade dos mesmos em realizar diversas atividades e em tomar suas próprias decisões.

Para este estudo foram utilizadas algumas questões dos Blocos DGI, REN, SAL e SCL (Apêndice A).

5.6 VARIÁVEIS

5.6.1 Dependente

Adesão aos “10 passos para a alimentação saudável do Ministério da Saúde”.

Critérios de Adesão:

Passo 1. Realizar 3 refeições maiores (desjejum, almoço e jantar) e, pelo menos, 1 lanche

A alimentação, quando adequada e variada, previne as deficiências nutricionais e protege contra as doenças infecciosas, porque é rica em nutrientes que podem melhorar a função imunológica. Pessoas bem alimentadas são mais resistentes a infecções.⁵⁶ Uma alimentação saudável contribui também para a proteção contra doenças crônicas não-

transmissíveis (DCNT) e, potencialmente, fatais como diabetes, hipertensão, acidente vascular cerebral, doenças cardíacas e alguns tipos de câncer.

Passo 2. Consumo de cereais integrais $\geq 4x$ na semana

Os grãos contêm na sua composição cerca de 70% de carboidrato. Além da presença de carboidratos complexos, nutrientes importantes para uma alimentação saudável, são compostos por proteínas e vitaminas do complexo B e outras vitaminas, minerais, ácidos graxos essenciais e fibras alimentares. A alimentação com quantidade adequada de carboidratos em sua forma integral, ou seja, que preservam a fibra alimentar, auxilia a função intestinal, protegendo contra a constipação intestinal, doença diverticular e o câncer do cólon.⁵⁵

Passo 3a. Indivíduos que relatam ingerir verduras e legumes diariamente

Passo 3b. Indivíduos que relatam ingerir frutas diariamente

O consumo mínimo recomendado de frutas, legumes e verduras é de 400g/dia para garantir 9% a 12% da energia diária consumida, considerando uma dieta de 2.000kcal. Isso significa aumentar em 3 vezes o consumo médio atual da população brasileira.⁵³

O consumo regular de uma variedade de frutas, legumes e verduras, juntamente com alimentos ricos em carboidratos pouco processados, oferece garantia contra deficiência da maior parte de vitaminas e minerais, isoladamente ou em conjunto, aumentando a resistência a infecções.⁴⁹

Passo 4. Indivíduos que relatam ingerir leite e derivados diariamente

A vitamina D, presente em grandes quantidades em leite e derivados, atua no controle dos minerais cálcio e fósforo no sangue, assim, permitindo a manutenção da integridade dos ossos, por conseguinte, a sua deficiência leva ao desenvolvimento da osteoporose, assim como a transtornos de funcionalidade e aumento de riscos de quedas e fraturas. Outro agravante com o processo do envelhecimento é a redução da produção de pró-vitamina D na pele, cuja presença é essencial para a conversão em vitamina D ativa, desta forma, caso não sejam expostos ao sol, podem desenvolver hiperparatireoidismo secundário, o que acelera a osteoporose - resultando em fraqueza nos ossos e risco de fraturas, principalmente, no quadril.^{59,60}

Passo 5. Indivíduos que relatam ingerir carne e ovos diariamente

O consumo proteico adequado se justifica por manter o balanço nitrogenado em equilíbrio, o que diminui o desgaste do tecido muscular magro, que é proporcional ao

aumento da idade. Ademais, a diminuição da massa muscular contribui para a redução da motilidade, instabilidade postural e quedas no envelhecimento.⁶¹

Passo 6. Consumo de alimentos gordurosos, no máximo, 1 vez na semana

O consumo excessivo de alimentos com alto teor de gordura está associado ao crescimento e ao risco de incidência de várias doenças. Devido à densidade energética da gordura, quando as dietas de populações sedentárias contêm mais de 25% de gordura, as pessoas tendem a ter excesso de peso ou obesidade. A alimentação contendo muita gordura saturada é a causa de dislipidemias e de doenças cardíacas.⁵⁴⁻⁵⁶

Passo 7a. Indivíduo refere consumo de 2x ou menos, por semana, de alimentos ricos em açúcar

Passo 7b. Consumo de refrigerantes em uma frequência ≤ 6 vezes por semana

Recomenda-se a ingestão reduzida da quantidade de gorduras totais na dieta, açúcares e álcool, pois são componentes relacionados ao aumento de risco de DCNT; para alcançar a baixa concentração energética que previne o excesso de peso e a obesidade, que, por sua vez, aumentam o risco de outras doenças crônicas não-transmissíveis.³⁵⁻³⁷

Passo 8. Resposta negativa quanto à adição de sal na comida

Grande parte da população brasileira consome sal em excesso: a média estimada de consumo é 9,6g/dia/*per capita*³⁴. Em excesso, consumo maior que 6g por dia é uma causa importante de hipertensão arterial, de acidente vascular cerebral e de câncer de estômago.³⁵

Passo 9. Adesão à ingestão da água é a resposta positiva na alternativa

Estabelecer a necessidade diária exata para o consumo de água é difícil; essa necessidade depende dos processos metabólicos, do gasto energético do organismo e das condições ambientais. Um método prático é considerar o consumo de 1ml/kcal de energia gasta para adultos em condições moderadas de gasto energético e temperaturas ambientais não muito elevadas. Por exemplo, para um VET de 2.000kcal, seriam necessários dois litros de água.³⁵

Passo 10a. Praticar atividade física, no mínimo, 60 minutos por semana. Recomendação do American College of Sports Medicine, que aconselha um mínimo de 20 minutos de atividade física, pelo menos, 3 vezes na semana.⁵⁸

Passo 10b. Consumo de bebidas alcoólicas em uma frequência ≤ 6 vezes por semana

Passo 10c. Adesão a este passo idoso que refere não fumar

Estudo realizado na região metropolitana de São Paulo, que tinha como objetivo identificar o padrão de uso do álcool entre idosos e analisar sua associação com quedas, encontrou, em uma amostra de 432 indivíduos, com idade média 69,5 anos - que, em relação ao consumo do álcool: 50,9% nunca haviam feito uso, 25,5% não beberam no último ano e 23,6% fizeram uso de álcool no último ano. Embora a relação entre risco de álcool e quedas encontradas neste estudo não tenha permitido inferir causalidade, tal associação sustenta a hipótese de que o abuso de álcool pode estar relacionado a problemas de saúde.⁶²

Os efeitos do álcool no organismo são perda de massa muscular, prejuízos ao cérebro, hipertensão, comprometimento do fígado e um risco maior de interação negativa com os medicamentos. O álcool e o fumo, além disso, exacerbam as doenças crônicas mais comuns no idoso, como problemas no coração, diabete, artrite e câncer.⁶³

O hábito de fumar entre idosos difere das pessoas mais jovens. Os autores referem que fumantes com idade superior a 50 anos apresentam maior dependência da nicotina, fumam maior número de cigarros, fumam há mais tempo, têm mais problemas de saúde relacionados ao cigarro e sentem mais dificuldades em parar de fumar.⁶⁴

5.6.2 Independentes

- Avaliação antropométrica

Índice de massa corporal (IMC): foi obtido pela relação $\text{peso}/(\text{altura})^2$, calculados a partir do peso e altura informados.

Para a classificação do IMC foram utilizados os critérios estabelecidos pela OMS - WHO, em 1998⁶⁵. Para os idosos acamados, o peso e a altura, de acordo com a WHO, o IMC <16 a classificação de magreza atinge grau III, IMC entre 16 a 16,9 magreza grau II, IMC de 17 a 18,4 magreza grau I, IMC entre 18,5 a 24,9 eutrofia, IMC entre 25 a 29,9 pré-obeso, IMC entre 30 a 34,9 obesidade grau I, IMC entre 35 a 39,9 obesidade grau II e para IMC = 40 obesidade grau III.⁶⁵

Circunferência da cintura (CC): para esta mensuração se utilizou fita métrica inextensível, sendo que o idoso esteve em pé com a fita circundando a linha natural da cintura, na região mais estreita entre o tórax e o quadril, no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca. A leitura foi feita no momento da expiração.

As medidas de circunferência realizadas três vezes, em caso de diferença entre duas medidas maior que um centímetro, foram repetidas. Esta medida permite detectar a obesidade

central e identificar o risco para doenças ateroscleróticas, utilizando como parâmetros de risco aumentado para população feminina e masculina os seguintes valores: para mulheres, risco aumentado ≥ 80 cm e muito aumentado ≥ 88 cm; para homens, risco aumentado ≥ 94 cm e muito aumentado ≥ 102 cm.⁶⁶

- Renda Familiar - foi determinada pela distribuição de salários mínimos:
 - a) Até 1 salário mínimo
 - b) 2 a 3 salários mínimos
 - c) Mais de 3 salários mínimos

- Faixa etária - estratificação em 3 faixas: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e ≥ 80 anos.

- Nível de Escolaridade - nível de escolaridade do idoso foi determinado pelos anos de estudo:
 - a) Idosos analfabetos
 - b) Idosos alfabetizados sem o primário completo
 - c) Idosos com primário completo
 - d) Idosos com ginásio: nesta estratificação, os idosos com 2º grau completo e também com 3º grau.

- Gênero: Masculino e Feminino

5.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados, coletados pelo programa TeleForm® versão 10.4, foram tabulados através do *software Epi Info*®, versão 3.5.1. Tabelas de distribuição foram criadas para cada uma das questões aos “10 passos para Alimentação Saudável para Pessoas acima de 60 anos” e com cruzamentos para sexo, faixa etária, escolaridade e renda familiar, identificando as diferenças de distribuição dessas variáveis que tiveram sua relação testada pelo Qui-quadrado. Foram analisadas as associações entre a presença ou ausência da adesão a cada um dos 10 passos e faixa etária, escolaridade, renda familiar, morbidade e a autopercepção de saúde. Adotou-se a significância estatística de 5% em todas as análises.

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os idosos receberam explicações e foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo e, após concordarem com a participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), segundo Resolução nº.196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

Este projeto foi aprovado pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia em 21 de junho de 2010 (Anexo B). O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS aprovou em 21 de setembro de 2010 – CEP -1678/09 (Anexo C). E o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou a emenda referente ao protocolo de pesquisa “Associação entre hábitos saudáveis de alimentação, estado nutricional e percepção de saúde dos idosos”: CEP -1289/10 (Anexo D).

Esta pesquisa faz parte do projeto “Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul”, uma abordagem multidimensional, com cadastro no CEP 09/04931(Anexo E).

7 RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 106 idosos. Na Tabela 1, descrevem-se as características desta população. A maioria dos idosos se encontrava na faixa etária entre 60 e 69 anos (51,9%) e era do sexo feminino (55,7%). Em relação à escolaridade, eram alfabetizados e não tinham o primário completo (43,4%), a renda familiar da maioria dos idosos era de até 1 salário mínimo(42,3%) e na autopercepção de saúde encontramos o mesmo percentual entre os que referiram sua saúde como regular e como boa/ótima(41,0%).

Tabela 1 - Características da população de idosos, RS, Brasil, (n = 106)

Variável	Valor	N	%
Sexo	Masculino	47	44,3
	Feminino	59	55,7
Escolaridade	Analfabetos	16	15,1
	Alfabetizados	46	43,4
	Primário	25	23,6
	Ginasial	19	17,9
Faixa etária	60 – 69 anos	55	51,9
	70 – 79 anos	31	29,2
	≥ 80 anos	20	18,9
Renda Familiar	Até 1 salário mínimo	41	42,3
	2 a 3 salários mínimos	35	36,1
	Mais de 3 salários mínimos	21	21,6
Autopercepção de Saúde	Má/péssima	19	18,0
	Regular	43	41,0
	Boa/ótima	43	41,0

As frequências relativas aos “10 Passos para Alimentação Saudável” são apresentadas na Tabela 2. O passo que apresentou maior frequência foi o passo 10b, aproximadamente, 93,5% dos idosos evitam o consumo diário de bebida alcoólica, muito próximo ficou o passo 8, com 90,7% de idosos referindo não adicionarem sal aos alimentos já prontos, 86% dos idosos referiram consumir diariamente carne e ovos, 82,7% consumiam leite e derivados todos os dias, 82,2% relataram não fumar. A seguir, encontram-se os passos 1 e passo 3a com o mesma frequência, 72,9%, o primeiro referente ao número de refeições por dia e o segundo

ao consumo diário de verduras e legumes; o passo 3b, que se refere ao consumo diário de frutas, foi o próximo com 71%; seguido pelo passo 7b, com 68,2% dos idosos referindo consumir refrigerantes, no máximo, 1 vez na semana; o passo 6 mostrou que 66,4% consomem alimentos gordurosos, no máximo, 1 vez na semana. Quanto ao passo 9, beber, pelo menos, 2 litros de água por dia, 63,6% dos idosos aderem; o passo 2, que recomenda o consumo de cereais integrais mais do que quatro vezes na semana, está em seguida, com 59,4%. Em penúltimo lugar, com 44,9%, está o passo 7a, consumo de alimentos doces, no máximo 1 vez, na semana. E, com a menor frequência de adesão, com 13,1% está o passo 10^a, que se refere à atividade física diária.

Tabela 2 - Frequência dos 10 passos para a Alimentação Saudável em Idosos do RS, 2010

10 Passos para a Alimentação Saudável	N	%
Passo 1: três refeições e 1 lanche por dia	78	72,9
Passo 2: Consumo de cereais integrais ≥ 4 vezes na semana	63	59,4
Passo 3a: Consumo diário de verduras e legumes	78	72,9
Passo 3b: Consumo diário de frutas	76	71,0
Passo 4: Consumo diário de leite e derivados	86	82,7
Passo 5: Consumo diário de carne e ovos	92	86,0
Passo 6: Consumo de alimentos gordurosos, no máximo, 1 vez na semana	71	66,4
Passo 7a: Consumo de alimentos doces, no máximo, 1 vez na semana	48	44,9
Passo 7b: Consumo de refrigerantes, no máximo, 1 vez na semana	73	68,2
Passo 8: Não adição de sal aos alimentos já prontos	97	90,7
Passo 9: Beber, pelo menos, 2l de água por dia	68	63,6
Passo 10 a: Acumule trinta minutos de atividade física por dia	14	13,1
Passo 10 b: Evite o consumo diário de bebida alcoólica	100	93,5
Passo 10 c: Não fumar	88	82,2

Pela Tabela 3, é possível individualizar-se as frequências de adesão aos passos 1 ao 6 para a alimentação saudável, segundo as variáveis socioeconômicas. A única associação significativa observada foi a escolaridade e a adesão ao passo 2.

No passo 1, que se refere ao número de refeições e lanches por dia: *três refeições e 1 lanche por dia*, detectou-se que a adesão, conquanto não significativa, foi maior entre os idosos do sexo feminino (72,9%), entre os da faixa etária de 80 anos ou mais (90,0%), entre aqueles com o primário completo (84,0%) e entre os idosos com renda familiar maior que 3 salários mínimos (81,0%).

No passo 2: *Consumo de cereais integrais ≥ 4 vezes na semana*, encontrou-se maior adesão entre os idosos do sexo feminino (65,5%), entre os da faixa etária de 70 a 80 anos (63,3%), entre os alfabetizados sem o primário completo 78,3% ($p < 0,05$) e entre aqueles com a renda familiar de até 1 salário mínimo (77,5%).

No passo 3a, que recomenda o *Consumo diário de verduras e legumes*, foi observado que a adesão foi maior entre os idosos do sexo feminino (76,3%), entre os idosos da faixa etária de 60 a 70 anos (74,5%), entre aqueles com o primário completo (84%) e entre aqueles com a renda familiar de 2 a 3 salários mínimos (85,7%).

Quanto ao *Consumo diário de frutas*, passo 3b, a adesão foi maior entre os idosos do sexo masculino (72,3%), entre idosos na faixa etária de 80 anos ou mais (75%), entre aqueles com o primário completo (88,0%) e entre os que tinham a renda familiar maior que 3 salários mínimos (85,7%).

No passo 4, *Consumo diário de leite e derivados*, individuou-se mais adesão entre os idosos do sexo feminino (84,2%), entre aqueles com 80 anos ou mais (89,5%), entre os alfabetizados (84,4%) e entre os aqueles cuja renda familiar era maior que 3 salários mínimos (85,7%).

No passo 5: *Consumo diário de carne e ovos*. A adesão foi maior entre o grupo do sexo masculino (91,5%), entre os da faixa etária dos 70 aos 80 anos (90,3%), entre os alfabetizados sem o primário completo (93,5%) e entre aqueles com renda familiar de 2 a 3 salários mínimos (91,4%).

No passo 6: *Consumo de alimentos gordurosos, no máximo, 1 vez na semana*, neste, entre os idosos do sexo feminino, a adesão foi maior (69,5%), faixa etária de 70 a 80 anos (67,7%) e entre aqueles com renda familiar até 1 salário mínimo.

Tabela 3 - Frequência da adesão aos passos 1 ao 6 para a Alimentação Saudável em idosos do RS, segundo as variáveis socioeconômicas

Variáveis	Passo 1	Passo 2	Passo 3 a	Passo 3 b	Passo 4	Passo 5	Passo 6
Sexo							
Masculino	34 (72,3)	25 (53,2)	33 (70,2)	34 (72,3)	38 (82,6)	43 (91,5)	29 (61,7)
Feminino	43 (72,9)	38 (65,5)	45 (76,3)	42 (71,2)	48 (84,2)	49 (83,1)	41 (69,5)
Faixa etária							
60- 70 anos	36 (65,5)	33 (60,0)	41 (74,5)	39 (70,9)	44 (83,0)	47 (85,5)	37 (67,3)
70 – 80 anos	23 (74,2)	19 (63,3)	23 (74,2)	22 (71,0)	25 (80,6)	28 (90,3)	21 (67,7)
≥ 80 anos	18 (90,0)	11 (55,0)	14 (70,0)	15 (75,0)	17 (89,5)	17 (85,0)	12 (60,0)
Escolaridade							
Analfabeto	13 (81,3)	5 (31,3) *	12 (75,0)	11 (68,8)	12 (80,0)	14 (87,5)	9 (56,3)
Alfabetizado	31 (67,4)	36 (78,3) *	31 (67,4)	29 (63,0)	38 (84,4)	43 (93,5)	34 (73,9)
Primário	21 (84,0)	11 (45,8) *	21 (84,0)	22 (88,0)	20 (83,3)	21 (84,0)	13 (52,0)
Ginásial	12 (63,2)	11 (57,9) *	14 (73,7)	14 (73,7)	16 (84,2)	14 (73,7)	14 (73,7)
Renda Familiar							
Até 1 SM	29 (70,7)	31 (77,5)	25 (61,0)	24 (58,5)	34 (85,0)	36 (87,8)	29 (70,7)
2 a 3 SM	24 (68,6)	17 (48,6)	30 (85,7)	26 (74,3)	27 (81,8)	32 (91,4)	22 (62,9)
Mais de 3 SM	17 (81,0)	10 (47,6)	16 (76,2)	18 (85,7)	19 (90,5)	17 (81,0)	13 (61,9)

*p< 0,05 analisado pelo Qui-quadrado de Pearson na comparação dos que não seguem o passo.

Na Tabela 4, visualizam-se as frequências de adesão aos passos 1 ao 6 da alimentação saudável em idosos do RS, segundo marcadores de saúde como o índice de massa corporal, avaliação de risco de doença coronariana, a partir da circunferência abdominal, autopercepção de saúde física e oral, apetite e o fator de independência ao comer sem ajuda, sozinho. A única associação significativa observada foi entre a avaliação da circunferência abdominal e a adesão ao passo 2.

A adesão ao passo 1 foi maior entre os obesos (81,0%), entre aqueles com risco baixo na avaliação da circunferência abdominal (82,1%), entre os idosos com a autopercepção de

saúde regular (84,1%) e entre os de saúde oral: má/ regular (78,6%), entre aqueles com o apetite bom (81,5%) e também entre aqueles que têm dificuldade de comer sozinhos (84,6%).

Quanto ao passo 2, a adesão foi maior entre os obesos, entre os com risco baixo na avaliação da circunferência abdominal (89,3%) sendo significativa esta relação ($p < 0,05$), entre os idosos com a autopercepção de saúde má/péssima (68,4%), entre os de saúde oral ótima/boa (60,3%), entre aqueles com apetite regular (65,2%) e também entre aqueles que referiram ter dificuldade de comer sozinho (69,2%).

No passo 3a, a adesão maior também foi entre os idosos obesos (76,2%), porém, em relação ao risco de doença coronariana, pela avaliação da medida da cintura, o grupo de idosos com risco elevado aderiu mais a este passo (77,6%), também, a adesão foi maior entre aqueles que referiram a saúde regular (77,3%), entre aqueles com a saúde oral ótima/boa (75,0%), com ótimo apetite (86,2%) e entre aqueles que referiram ser “muito fácil comer sozinho” (91,4%).

No passo 3b, a adesão foi maior entre os idosos obesos (76,2%), com risco elevado (73,7%), com autopercepção de saúde boa/ótima (73,4%), apetite ótimo (82,8%) e entre os que referiram ser muito fácil comer sozinho (85,7%).

No passo 4, a adesão maior foi entre os idosos com sobrepeso (91,4%), entre aqueles com risco baixo (85,7%), com saúde boa/ótima (88,1%), entre os idosos com saúde oral boa/ótima (88,7%), com apetite ótimo (89,3%) e referiram ser fácil comer sozinho (87,7%).

No passo 5, também, entre os idosos com sobrepeso, a adesão foi maior (91,9%), entre aqueles com risco elevado (88,2%), entre aqueles que referiram sua saúde como regular (90,9%) e entre aqueles com a saúde oral boa/ótima (90,6%). Entre aqueles idosos com o apetite ótimo e com facilidade em comer sozinhos, encontrou-se a mesma adesão (89,7%).

Quanto ao passo 6, a adesão foi maior entre: o grupo de idosos com sobrepeso (78,4%), entre os de risco baixo (71,4%), entre os de saúde regular (75,0%), entre os de saúde oral má/regular (69,0%), com apetite regular (82,6%) e entre aqueles que referem facilidade em comer sozinho (69,0%).

Tabela 4 - Frequência da adesão aos passos 1 ao 6 da Alimentação Saudável em idosos do RS, segundo as variáveis de saúde

Variáveis	Passo 1	Passo 2	Passo 3 a	Passo 3 b	Passo 4	Passo 5	Passo 6
Índice de Massa Corporal							
Eutrófico	31 (77,5)	24 (61,5)	30 (75,0)	28 (70,0)	34 (87,2)	34 (85,0)	24 (60,0)
Sobrepeso	23 (62,2)	20 (54,1)	25 (67,6)	26 (70,3)	32 (91,4)	34 (91,9)	29 (78,4)
Obeso	17 (81,0)	14 (66,7)	16 (76,2)	16 (76,2)	14 (66,7)	17 (81,0)	15 (71,4)
Avaliação pela Circunferência Abdominal							
Risco Baixo	23 (82,1)	25 (89,3) *	18 (64,3)	18 (64,3)	24 (85,7)	23 (82,1)	20 (71,4)
Risco Elevado	52 (68,4)	37 (49,3) *	59 (77,6)	56 (73,7)	60 (82,2)	67 (88,2)	49 (64,5)
Autopercepção de Saúde							
Má/péssima	10 (52,6)	13 (68,4)	12 (63,2)	10 (52,6)	14 (73,7)	16 (84,2)	12 (63,2)
Regular	37 (84,1)	24 (55,8)	34 (77,3)	33 (75,0)	35 (83,3)	40 (90,9)	33 (75,0)
Boa/Ótima	30 (69,8)	26 (60,5)	32 (74,4)	33 (76,7)	37 (88,1)	36 (83,7)	25 (58,1)
Saúde Oral							
Regular/má	33 (78,6)	25 (59,5)	30 (71,4)	29 (69,0)	31 (75,6)	34 (81,0)	29 (69,0)
Boa/Ótima	44 (68,8)	38 (60,3)	48 (75,0)	47 (73,4)	55 (88,7)	58 (90,6)	41 (64,1)
Apetite							
Regular	16 (69,6)	15 (65,2)	16 (69,6)	16 (69,6)	18 (78,3)	18 (78,3)	19 (82,6)
Bom	44 (81,5)	32 (60,4)	37 (68,5)	36 (66,7)	43 (82,7)	48 (88,9)	34 (63,0)
Ótimo	17 (58,6)	16 (55,2)	25 (86,2)	24 (82,8)	25 (89,3)	26 (89,7)	17 (58,6)
Consegue Comer Sozinho							
Tem dificuldade	11 (84,6)	9 (69,2)	8 (61,5)	7 (53,8)	7 (58,3)	10 (76,9)	7 (53,8)
Fácil	43 (74,1)	36 (63,2)	38 (65,5)	39 (67,2)	50 (87,7)	52 (89,7)	40 (69,0)
Muito fácil	23 (65,7)	18 (51,4)	32 (91,4)	18 (85,7)	29 (85,3)	30 (85,7)	23 (65,7)

*p< 0,05 analisado pelo Qui-quadrado de Pearson

A tabela 5 ilustra a frequência da adesão aos passos 7^a, que se refere ao consumo de alimentos doces, no máximo, 1 vez na semana, passo 7b - consumo de refrigerantes, no máximo, 1 vez na semana, passo 8 - não adição de sal aos alimentos já prontos, passo 9 - beba, pelo menos, 2l de água por dia, passo 10a - acumule trinta minutos de atividade física por dia, passo 10b - evite o consumo diário de bebida alcoólica, passo 10c - não fumar, segundo variáveis socioeconômicas. A adesão ao passo 10a foi significativamente associada à renda familiar e à escolaridade.

Podemos observar que em relação ao passo 7a encontramos a maior adesão entre os idosos do sexo feminino (45,8%), entre os idosos na faixa etária de 60 a 69 anos (50,9%), entre os analfabetos (50,0%), e entre os idosos com renda familiar de 2 a 3 salários mínimos (51,4%).

A frequência maior de adesão ao passo 7b, também foi entre os idosos do sexo feminino (72,9%), entre os idosos da faixa etária dos 60 aos 69 anos (76,4%), entre os de renda familiar entre 2 a 3 salários mínimos (80,0%), porém com escolaridade primária (88,0%).

No passo 8 a maior adesão foi entre os idosos do sexo feminino(93,2%), também na faixa etária dos 60 -69 anos (94,5%), entre aqueles com renda familiar entre 2 a 3 salários mínimos (91,4%), porém entre os idosos com o ginásio completo (100,00%).

E no Passo 9, a maior adesão foi entre os idosos do sexo masculino (66,0%), entre os idosos na faixa etária ≥ 80 anos, entre os analfabetos e com a renda familiar de 2 a 3 salários mínimos (71,4%).

Enquanto que a adesão maior ao passos 10a ficou entre os idosos de sexo feminino (17,0%), entre os idosos com a faixa etária dos 60 aos 69 anos(16,4%), sendo a frequência maior encontrada entre os idosos com o ginásio completo(36,8%) e com a renda familiar de mais de 3 salários mínimos(33,3%)significativa com valor de $p<0,05$.

Com o passo 10b a adesão maior ficou entre os idosos do sexo feminino (96,6%), na faixa etária com os idosos com idade igual ou maior que 80 anos (95,0%), entre os analfabetos (100,0%) e com renda familiar maior de 3 salários mínimos (95,2%)

E com o passo10c a adesão maior ficou entre os idosos do sexo feminino (84,7%), entre os idosos com idade igual ou maior que 80 anos (95,0%) com o primário completo e a renda familiar maior de 3 salários mínimos (90,5%).

Tabela 5 - Frequência da adesão aos passos 7a ao 10c para a Alimentação Saudável em idosos do RS, segundo as variáveis socioeconômicas

Variáveis	Passo 7 a	Passo 7 b	Passo 8	Passo 9	Passo 10 a	Passo 10 b	Passo 10 c
Sexo							
Masculino	20 (42,6)	29 (61,7)	41 (87,2)	31 (66,0)	8 (17,0)	42 (89,4)	37 (78,7)
Feminino	27 (45,8)	43 (72,9)	55 (93,2)	37 (62,7)	6 (10,2)	57 (96,6)	50 (84,7)
Faixa etária							
60- 70 anos	28 (50,9)	42 (76,4)	52 (94,5)	36 (65,5)	9 (16,4)	52 (94,5)	40 (72,7)
70 – 80 anos	14 (45,2)	19 (61,3)	28 (90,3)	18 (58,1)	3 (9,7)	28 (90,3)	28 (90,3)
≥ 80 anos	5 (25,0)	11 (55,0)	16 (80,0)	14 (70,0)	2 (10,0)	19 (95,0)	19 (95,0)
Escolaridade							
Analfabeto	8 (50,0)	11 (68,8)	12 (75,0)	12 (75,0)	2 (12,5) *	16 (100,0)	14 (87,5)
Alfabetizado	22 (47,8)	27 (58,7)	42 (91,3)	31 (67,4)	1 (2,2) *	43 (93,5)	33 (71,7)
Primário	8 (32,0)	22 (88,0)	23 (92,0)	15 (60,0)	4 (16,0) *	23 (92,0)	25 (100,0)
Ginásial	9 (47,4)	12 (63,2)	19 (100,0)	10 (52,6)	7 (36,8) *	17 (89,5)	15 (78,9)
Renda Familiar							
Até 1 SM	17 (41,5)	27 (65,9)	36 (87,8)	26 (63,4)	0 (0) *	39 (95,1)	29 (70,7)
2 a 3 SM	18 (51,4)	28 (80,0)	32 (91,4)	25 (71,4)	5 (14,3) *	32 (91,4)	31 (88,6)
Mais de 3 SM	9 (42,9)	10 (47,6)	19 (90,5)	12 (57,1)	7 (33,3) *	20 (95,2)	19 (90,5)

*p< 0,05 analisado pelo Qui-quadrado de Pearson

Na tabela 6, indica-se a frequência da adesão aos passos 7a, que se refere ao consumo de alimentos doces, no máximo, 1 vez na semana, passo 7b - consumo de refrigerantes, no máximo, 1 vez na semana, passo 8 - não adição de sal aos alimentos já prontos, passo 9 - beber, pelo menos, 2l de água por dia, passo 10a - acumule trinta minutos de atividade física por dia, passo 10b - evite o consumo diário de bebida alcoólica, passo 10c - não fumar, segundo as variáveis de saúde como o índice de massa corporal, avaliação de risco de complicações metabólicas, a partir da circunferência abdominal, autopercepção de saúde física e oral, apetite e o fator de independência ao comer sem ajuda, sozinho. Não houve associação significativa entre a adesão aos passos e as variáveis.

Observamos que no passo 7a entre os idosos obesos foi a maior adesão (52,4%), na avaliação pela circunferência abdominal encontramos entre aqueles idosos com risco elevado de complicações metabólicas (46,1%), entre aqueles que relataram a percepção de saúde entre má/péssima (52,6%), saúde oral (45,2%), bom apetite(46,3%) e entre aqueles que relatam ser fácil comer sozinho(46,6%).

No passo 7b que se refere ao consumo de refrigerante no máximo uma vez na semana, entre os obesos a adesão foi maior (81,0%), entre aqueles com risco elevado (72,4%), com auto percepção de saúde entre má e péssima (89,5%), saúde oral entre má e regular(76,2%), apetite regular (82,6%)e relatam ser muito fácil comer sozinhos (74,3%).

Quanto ao não adicionar sal aos alimentos já prontos, recomendado no passo 8, a adesão maior estava entre os idosos com sobrepeso(94,6%), risco elevado para complicações metabólicas(92,1%), percepção de saúde regular(92,2%), saúde oral entre boa e ótima(92,2%), ótimo apetite (96,6%) e referem ter dificuldade de comer sozinho (76,9%)

No passo 9 que recomenda beber 6 a 8 copos de água por dia, a adesão maior foi entre os idosos com sobrepeso(75,7%), com risco baixo (75,0%), com saúde regular auto percebida (65,9%), saúde oral entre má e regular (66,7%) com ótimo apetite (79,3%) e consegue comer sozinho (76,9%).

Quanto ao passo 10a referente a atividade física, entre os idosos com sobrepeso a adesão foi maior(18,9%), risco elevado (15,8%), percepção de saúde entre boa e ótima(15,6%), com ótimo apetite (17,2%) e referindo ser muito fácil comer sozinhos.

No passo 10 b , evitar o consumo diário de bebida alcoólica, entre os idosos eutróficos foi maior a adesão(97,5%), com risco baixo (96,4%), com auto percepção de saúde entre boa e ótima (97,7%), saúde oral entre boa e ótima(93,8%), apetite regular (100,0%) e aqueles que tem dificuldade de comer sozinho(100,0%).

Quanto ao passo 10c , não fumar, entre os idosos obesos a adesão foi maior(95,2%), com risco elevado (84,2%), com percepção de saúde entre má e péssima(89,5%), saúde oral entre má e regular(83,3%), ótimo apetite (86,2%) e consegue comer sozinho (100,0%).

Tabela 6 - Frequência da adesão aos passos 7a ao 10c para a Alimentação Saudável em idosos do RS, segundo as variáveis de saúde

Variáveis	Passo 7 a	Passo 7 b	Passo 8	Passo 9	Passo 10 a	Passo 10 b	Passo 10 c
Índice de Massa Corporal							
Eutrófico	16 (40,0)	26 (65,0)	36 (90,0)	24 (60,0)	5 (12,5)	39 (97,5)	31 (77,5)
Sobrepeso	17 (45,9)	25 (67,6)	35 (94,6)	28 (75,7)	7 (18,9)	33 (89,2)	28 (75,7)
Obeso	11 (52,4)	17 (81,0)	19 (90,5)	15 (71,4)	2 (9,5)	19 (90,5)	20 (95,2)
Avaliação pela Circunferência Abdominal							
Risco Baixo	11 (39,3)	16 (57,1)	24 (85,7)	21 (75,0)	2 (7,1)	27 (96,4)	21 (75,0)
Risco Elevado	35 (46,1)	55 (72,4)	70 (92,1)	46 (60,5)	12 (15,8)	70 (92,1)	64 (84,2)
Autopercepção de Saúde							
Má/péssima	10 (52,6)	17 (89,5)	17 (89,5)	12 (63,2)	2 (10,5)	18 (94,7)	17 (89,5)
Boa/Ótima	16 (37,2)	25 (58,1)	39 (90,7)	27 (62,8)	9 (20,9)	42 (97,7)	34 (79,1)
Regular	21 (47,7)	30 (68,2)	40 (90,9)	29 (65,9)	3 (6,8)	39 (88,6)	36 (81,8)
Saúde Oral							
Regular/má	19 (45,2)	32 (76,2)	37 (88,1)	28 (66,7)	4 (9,5)	39 (92,9)	35 (83,3)
Boa/Ótima	28 (43,8)	40 (62,5)	59 (92,2)	40 (62,8)	10 (15,6)	60 (93,8)	52 (81,3)
Apetite							
Regular	9 (39,1)	19 (82,6)	19 (82,6)	13 (56,5)	2 (8,7)	23 (100,0)	18 (78,3)
Bom	25 (46,3)	36 (66,7)	49 (90,7)	32 (59,3)	7 (13,0)	48 (88,9)	44 (81,5)
Ótimo	13 (44,8)	17 (58,6)	28 (96,6)	23 (79,3)	5 (17,2)	28 (96,6)	25 (86,2)
Consegue Comer Sozinho							
Tem dificuldade	4 (30,8)	9 (69,2)	13 (100,0)	10 (76,9)	1 (7,7)	13 (100,0)	13 (100,0)
Fácil	27 (46,6)	37 (63,8)	53 (91,4)	35 (60,3)	7 (12,1)	54 (93,1)	44 (75,9)
Muito fácil	16 (45,7)	26 (74,3)	30 (85,7)	23 (65,7)	6 (17,1)	32 (91,4)	30 (85,7)

Na tabela 7, apresenta-se a frequência da adesão aos passos: 1 que se refere a realização de três refeições e 1 lanche por dia, passo 2 - consumo de cereais integrais ≥ 4 vezes na semana, passo 3a - consumo diário de verduras e legumes, passo 3b - consumo diário de frutas, passo 4 - consumo diário de leite e derivados, passo 5 - consumo diário de carne e ovos e passo 6 - consumo de alimentos gordurosos, no máximo, 1 vez na semana, segundo as variáveis doenças cardiovasculares, diabetes, HAS, osteoporose, depressão, baixo peso e excesso de peso, todas essas referidas, pelos idosos, como tendo sido indicadas por médico ou outro profissional de saúde. Não houve associação significativa entre os passos e as variáveis analisadas.

A maior adesão ao passo 1 se individualizou entre os idosos com doença cardiovascular (82,4%), sem hipertensão (73,5%), diabéticos (95,5%), com depressão (72,7%), sem osteoporose (72,7%), sem baixo peso (73,1%) e sem excesso de peso (72,8%).

No passo 2, a adesão foi maior entre aqueles idosos sem doença cardiovascular (61,1%), com hipertensão (61,4%), diabéticos (76,2%), sem osteoporose (60,2%), sem depressão (63,8%), sem baixo peso (60,2%) e sem excesso de peso (60,8%).

Ao passo 3a, a maior adesão verificada foi entre os idosos com hipertensão (75,4%), diabéticos (86,4%), sem osteoporose (77,8%), sem depressão (73,7%), sem baixo peso (74,0%) e com excesso de peso (100,0%). A adesão ao passo foi similar entre os entrevistados com e sem doença cardiovascular.

Quanto ao passo 3b, a maior adesão se deu entre os idosos sem doença cardiovascular (72,2%), com hipertensão (73,7%), diabéticos (81,8%), com osteoporose (77,8%), com depressão (72,7%), com baixo peso (100,0%) e com excesso de peso (100,0%).

No passo 4, a maior adesão se revelou entre os idosos sem doença cardiovascular (87,1%), sem hipertensão (85,7%), sem diabetes (84,0%), sem osteoporose (86,0%), com depressão (90,0%), com baixo peso (100,0%) e com excesso de peso (100,0%).

Relativamente ao passo 5, a maior adesão encontrada foi entre os idosos sem doença cardiovascular (90,3%), sem hipertensão (87,8%), diabético (100,0%), sem osteoporose (88,6%), sem depressão (100,0%), com baixo peso (100,0%) e com excesso de peso (100,0%).

E, no passo 6, a maior adesão observada foi entre os idosos com doença cardiovascular (76,5%), com hipertensão (70,2%), diabético (77,3%), com osteoporose (66,7%), com depressão (72,7%), com baixo peso (100,0%) e com excesso de peso (100,0%).

Tabela 7 - Frequência da adesão aos 10 passos para a Alimentação Saudável em idosos do RS, segundo as variáveis doenças cardiovasculares, diabetes, HAS, osteoporose, depressão, baixo peso, excesso de peso

Variáveis	Passo 1	Passo 2	Passo 3 a	Passo 3 b	Passo 4	Passo 5	Passo 6
Doença Cardiovascular							
Sim	28 (82,4)	19 (57,6)	25 (73,5)	24 (70,6)	25 (75,8)	27 (79,4)	26 (76,5)
Não	49 (68,1)	44 (61,1)	53 (73,6)	52 (72,2)	61 (87,1)	65 (90,3)	44 (61,1)
Hipertensão							
Sim	41 (71,9)	35 (61,4)	43 (75,4)	42 (73,7)	44 (81,5)	49 (86,0)	40 (70,2)
Não	36 (73,5)	28 (58,3)	35 (71,4)	34 (69,4)	42 (85,7)	43 (87,8)	30 (61,2)
Diabetes							
Sim	21 (95,5)	16 (76,2)	19 (86,4)	18 (81,8)	18 (81,8)	22 (100,0)	17 (77,3)
Não	56 (66,7)	47 (56,0)	59 (70,2)	58 (69,0)	68 (84,0)	70 (83,3)	53 (63,1)
Osteoporose							
Sim	13 (72,2)	10 (58,8)	14 (77,8)	14 (77,8)	12 (70,6)	14 (77,8)	12 (66,7)
Não	64 (72,7)	53 (60,2)	64 (72,7)	62 (70,5)	74 (86,0)	78 (88,6)	58 (65,9)
Depressão							
Sim	8 (72,7)	3 (27,3)	8 (72,7)	8 (72,7)	9 (90,0)	11 (100,0)	8 (72,7)
Não	69 (72,6)	60 (63,8)	70 (73,7)	68 (71,6)	77 (82,8)	81 (85,3)	62 (65,3)
Baixo Peso							
Sim	1 (50,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (100,0)	2 (100,0)	2 (100,0)	2 (100,0)
Não	76 (73,1)	62 (60,2)	77 (74,0)	74 (71,2)	84 (83,2)	90 (86,5)	68 (65,4)
Excesso de Peso							
Sim	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (100,0)	3 (100,0)	2 (100,0)	3 (100,0)	3 (100,0)
Não	75 (72,8)	62 (60,8)	75 (72,8)	73 (70,9)	84 (83,2)	89 (86,4)	67 (65,0)

Na tabela 8, apresenta-se a frequência da adesão aos passos: 1 que se refere à realização de três refeições e 1 lanche por dia, passo 2 - consumo de cereais integrais ≥ 4 vezes na semana, passo 3a - consumo diário de verduras e legumes, passo 3b - consumo diário de frutas, passo 4 - consumo diário de leite e derivados, passo 5 - consumo diário de carne e ovos e passo 6 - consumo de alimentos gordurosos, no máximo, 1 vez na semana, segundo as variáveis sem diagnóstico de doenças ou qualquer tipo de câncer. Não houve associação significativa entre os passos e as variáveis analisadas.

Encontramos a maior adesão ao passo 1 entre os idosos que tiveram alguma doença com diagnóstico feito por profissional de saúde (74,4%) e tiveram câncer (100,0%). Ao passo 2 a adesão maior foi encontrada entre os idosos que não tiveram doenças (70,0%) e entre aqueles que não tiveram câncer (60,8%).

No Passo 3a encontramos entre aqueles que tiveram alguma doença (75,6%) e que não tiveram câncer (74,8%), e no passo 3b a adesão foi maior naqueles que tiveram alguma doença (74,4%) e não tiveram câncer (84,0%).

No passo 4, entre os idosos que tiveram alguma doença a adesão foi maior (84,3%) e entre aqueles que não tiveram câncer (87,4%).

Passo 5, a adesão foi maior entre aqueles que tiveram alguma doença (88,4%) e entre aqueles que não tiveram câncer (87,4%). E no passo 6, a adesão ficou entre os idosos sem doenças e que tiveram algum tipo de Câncer (66,7%)

Tabela 8 - Frequência da adesão aos 10 passos para a Alimentação Saudável em idosos do RS, sem doenças ou câncer

Variáveis	Passo 1	Passo 2	Passo 3 a	Passo 3 b	Passo 4	Passo 5	Passo 6
Nenhuma Doença							
Positiva	13 (65,0)	14 (70,0)	13 (65,0)	12 (60,0)	16 (80,0)	16 (80,0)	14 (70,0)
Negativa	64 (74,4)	49 (57,6)	65 (75,6)	64 (74,4)	70 (84,3)	76 (88,4)	56 (65,1)
Não tiveram câncer							
Positiva	74 (71,8)	62 (60,8)	11 (74,8)	74 (71,8)	84 (84,0)	90 (87,4)	68 (66,0)
Negativa	3 (100,0)	1 (33,3)	1 (33,3)	2 (66,7)	2 (66,7)	2 (66,7)	2 (66,7)

Na Tabela 9, analisa-se a frequência da adesão ao passo 7a, que se refere ao consumo de alimentos doces, no máximo, 1 vez na semana, passo 7b - consumo de refrigerantes, no máximo, 1 vez na semana, passo 8 - não adição de sal aos alimentos já prontos, passo 9 - beber, pelo menos, 2l de água por dia, passo 10a - acumule trinta minutos de atividade física por dia, passo 10b - evite o consumo diário de bebida alcoólica, passo 10c - não fumar, segundo as variáveis doenças cardiovasculares, diabetes, HAS, osteoporose, depressão, baixo peso e excesso de peso, referidas, pelos idosos, como tendo sido diagnosticadas pelo médico ou outro profissional de saúde. Não houve associação significativa entre os passos e as variáveis analisadas.

Pôde-se detectar que a maior adesão ao passo 7a (50,0%) foi entre os idosos que tinham doença cardiovascular, eram hipertensos (54,4%), diabéticos (68,2%), sem osteoporose (45,5%), com depressão (54,5%), com baixo peso (100,0%) e sem excesso de peso (44,7%).

No passo 7b, a adesão maior foi observada entre os idosos com doença cardiovascular (82,4%), com hipertensão (78,9%), diabéticos (68,2%), com osteoporose (83,3%), com depressão (81,8%), com baixo peso (100,0%) e com excesso de peso (100,0%).

No passo 8, a frequência maior de adesão se revelou entre os idosos que não tinham doença cardiovascular (91,7%), não tinham hipertensão (91,8%), diabéticos (90,0%), sem osteoporose (90,9%), com depressão (90,9%), com baixo peso (100,0%) e com excesso de peso (100,0%).

No passo 9, a frequência maior de adesão se deu entre os idosos sem doenças cardiovasculares (65,3%), hipertensos (64,9%), sem diabetes (65,5%), sem osteoporose (64,8%), sem depressão (65,3%), sem baixo peso (64,4%) e com excesso de peso (66,7%).

No passo 10a, a adesão se revelou maior entre os idosos sem doença cardiovascular (13,9%), sem hipertensão (18,4%), sem diabetes (15,5%), com osteoporose (13,7%), com baixo peso (50,0%) e sem excesso de peso (13,6%).

Quando observado o passo 10b, a maior frequência foi individuada entre os idosos com doenças cardiovasculares (94,1%), hipertensos (94,7%), diabéticos (95,5%), sem osteoporose (94,3%), sem depressão (93,7%), com baixo peso (100,0%) e sem excesso de peso (94,2%).

E a maior adesão ao passo 10c foi encontrada entre os idosos com doenças cardiovasculares (91,3%), com hipertensão (84,2%), diabéticos (95,5%), com osteoporose (94,4%), sem depressão (82,1%) com baixo peso (100,0%) e com excesso de peso (100,0%).

Tabela 9 - Frequência da adesão aos 10 passos para a Alimentação Saudável em idosos do RS, segundo as variáveis doenças

Variáveis	Passo 7 a	Passo 7 b	Passo 8	Passo 9	Passo 10 a	Passo 10 b	Passo 10 c
Doença Cardiovascular							
Sim	17 (50,0)	28 (82,4)	30 (88,2)	21 (61,8)	4 (11,8)	32 (94,1)	31 (91,2)
Não	30 (41,7)	44 (61,1)	66 (91,7)	47 (65,3)	10 (13,9)	67 (93,1)	56 (77,8)
Hipertensão							
Sim	31 (54,4)	45 (78,9)	51 (89,5)	37 (64,9)	5 (8,8)	54 (94,7)	48 (84,2)
Não	16 (32,7)	27 (55,1)	45 (91,8)	31 (63,3)	9 (18,4)	45 (91,8)	39 (79,6)
Diabetes							
Sim	15 (68,2)	15 (68,2)	20 (90,9)	13 (59,1)	1 (4,5)	21 (95,5)	21 (95,5)
Não	32 (38,1)	57 (67,9)	76 (90,5)	55 (65,5)	13 (15,5)	78 (92,9)	66 (78,6)
Osteoporose							
Sim	7 (38,9)	15 (83,3)	16 (88,9)	11 (61,1)	3 (16,7)	16 (88,9)	17 (94,4)
Não	40 (45,5)	57 (64,8)	80 (90,9)	57 (64,8)	11 (12,5)	83 (94,3)	70 (79,5)
Depressão							
Sim	6 (54,5)	9 (81,8)	10 (90,9)	6 (54,5)	1 (9,1)	10 (90,9)	9 (81,8)
Não	41 (43,2)	63 (66,3)	86 (90,5)	62 (65,3)	13 (13,7)	89 (93,7)	78 (82,1)
Baixo Peso							
Sim	2 (100,0)	2 (100,0)	2 (100,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (100,0)	2 (100,0)
Não	45 (43,3)	70 (67,3)	94 (90,4)	67 (64,4)	13 (12,5)	97 (93,3)	85 (81,7)
Excesso de Peso							
Sim	1 (33,3)	3 (100,0)	3 (100,0)	2 (66,7)	0 (0)	2 (66,7)	3 (100,0)
Não	46 (44,7)	69 (67,0)	93 (90,3)	66 (64,1)	14 (13,6)	97 (94,2)	84 (81,6)

Na Tabela 10, evidencia-se a frequência da adesão aos passos 7a, que se refere ao consumo de alimentos doces, no máximo, 1 vez na semana, passo 7b - consumo de refrigerantes, no máximo, 1 vez na semana, passo 8 - não adição de sal aos alimentos já prontos, passo 9 - beber, pelo menos, 2l de água por dia, passo 10a - acumule trinta minutos de atividade física por dia, passo 10b - evite o consumo diário de bebida alcoólica, passo 10c - não fumar, segundo as variáveis sem diagnóstico de doenças ou qualquer tipo de câncer. Não houve associação significativa entre os passos e as variáveis analisadas.

Encontramos uma maior adesão ao passo 7a, entre os idosos que não tiveram doenças (45,0%) e não tiveram câncer (44,7%), ao passo 7b a adesão maior ficou entre os idosos que tiveram alguma doença e que não tiveram câncer (68,9%).

No passo 8 a adesão maior ficou entre os idosos que não tiveram doenças(95,0%), mas tiveram câncer(100,0%).

Nos passos 9 e 10a a adesão foi maior entre aqueles que tiveram doenças(65,1%)(15,1%) e tiveram câncer (66,7%) (33,3%), respectivamente.

No passo 10b a adesão maior ficou entre os idosos que não tiveram doenças (95,0%) e entre os que tiveram câncer (100,0%), e no passo 10c a adesão maior ficou entre os idosos com doenças(87,2%) e aqueles que não tiveram câncer (82,5%).

Tabela 10 - Frequência da adesão aos passos 7a a 10c para a Alimentação Saudável em idosos do RS, segundo as variáveis sem doenças ou câncer

Variáveis	Passo 7 a	Passo 7 b	Passo 8	Passo 9	Passo 10 a	Passo 10 b	Passo 10 c
Nenhuma Doença							
Positiva	9 (45,0)	10 (50,0)	19 (95,0)	12 (60,0)	1 (5,0)	19 (95,0)	12 (60,0)
Negativa	38 (44,2)	62 (72,1)	77 (89,5)	56 (65,1)	13 (15,1)	80 (93,0)	75 (87,2)
Não tiveram câncer							
Positiva	46 (44,7)	71 (68,9)	93 (90,3)	66 (64,1)	13 (12,6)	96 (93,2)	85 (82,5)
Negativa	1 (33,3)	1 (33,3)	3 (100,0)	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (100,0)	2 (66,7)

8 DISCUSSÃO

A avaliação dos 10 Passos para a Alimentação Saudável foi realizada por meio de perguntas diretas, as quais contemplavam os alimentos e ações citadas nos passos.

Vale ressaltar que idosos saudáveis e com boa funcionalidade não apresentam problemas específicos no que diz respeito à avaliação da ingestão alimentar,⁶⁷ porém reforçou-se, no treinamento dos pesquisadores, a necessidade de repetirem a pergunta até o entendimento claro do idoso, pois a investigação do consumo alimentar foi avaliada no último ano e a memória de pessoas idosas que tiveram enfermidades, as quais comprometeram a memória, poderia alterar a validade das informações obtidas. Outro fator importante é também porque a maioria dos idosos, no Brasil, tem um baixo nível de escolaridade.⁶⁸

Foram avaliados 106 idosos residentes nas cidades de Dois Irmãos e Pantano Grande, localizadas no estado do Rio Grande do Sul. Ao pesquisarem-se as informações socioeconômicas desta população, constatou-se um predomínio do sexo feminino (57,7%). Questões como a menor exposição a determinados fatores de risco, notadamente, no trabalho, a menor prevalência de tabagismo e uso de álcool e as diferenças quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades têm sido atribuídas para justificar esta superioridade em número das mulheres idosas no Brasil, quando confrontadas com homens de 65 anos ou mais.⁶⁹

Analisando-se o grau de escolaridade, a frequência maior (43,4%) foi encontrada nos idosos alfabetizados que não tinham completado o primário. Considerando-se que os dados referentes à escolaridade possibilitam identificar as condições de acesso às informações por parte dos idosos, pode-se sugerir que quanto mais baixo foi o nível de instrução maior será o isolamento e alienação devido às limitações de conhecimento, compreensão e interpretação das informações recebidas.⁷⁰

A maioria dos idosos da população estudada possuía a renda familiar de até 1 salário mínimo (42,3%), a população idosa, no Brasil, tem baixo poder aquisitivo, o que contribui de forma significativa para a monotonia da alimentação, assim, restringindo a variedade de nutrientes.⁷¹

Em consonância à frequência de adesão aos passos, detectou-se que 72,9% da população idosa realizam três refeições e, pelo menos, um lanche, sendo que a frequência entre as mulheres não foi diferente da encontrada entre os homens. O fracionamento das refeições tem sido relacionado à alimentação saudável em vários estudos.⁶⁻⁸ Entre os idosos com mais de 80 anos, deu-se a maior adesão. Estudos ressaltam que os idosos devem

consumir de quatro a seis refeições por dia, sendo que estas devem ter um volume reduzido em função das alterações fisiológicas, tais como redução do paladar e das secreções digestivas decorrentes do processo do envelhecimento.⁷²

Obesos e com risco baixo para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares tiveram a maior adesão, ou seja, realizavam mais refeições que os idosos eutróficos e com sobrepeso e os com risco elevado. O fracionamento das refeições, ao longo do dia, ajuda a reduzir a fome e evitar uma supercompensação nas próximas refeições.⁷³⁻⁷⁶

Idosos que referiram saúde física e oral regular tiveram a maior adesão, o fracionamento das refeições pode também ajudar a melhorar o comportamento cognitivo e elevar o bom humor.⁷⁷

Entre os idosos com doença cardiovascular e diabetes, encontrou-se a maior adesão, sugere-se que estes indivíduos, por terem a doença instalada, tenham seguido mais este passo por ser uma recomendação importante no tratamento destas patologias. Estudos epidemiológicos demonstraram que o fracionamento das refeições diárias está associado a níveis mais baixos de colesterol sérico.^{78,79}

Quanto ao consumo de cereais integrais, destaca-se a maior adesão entre idosos com risco baixo para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, sendo a mesma estatisticamente significativa ($p < 0,05$) e que aqueles que não tinham doença e referiram não ter tido câncer, também, eram os que consumiam cereais integrais mais de 4 vezes na semana. O maior consumo de grãos integrais e de fibras dos cereais está associado inversamente à prevalência de síndrome metabólica e a menores índices de resistência à insulina.⁸⁰

Porém ressalta-se que a adesão deste passo foi maior, também, entre os idosos hipertensos e diabéticos, fato que pode ser explicado quando estas recomendações estão citadas nas diretrizes para estas patologias e são reforçadas, pelos profissionais da saúde, nas orientações a estes idosos.⁷⁰

Quando se questionou aos idosos sobre o consumo diário de frutas e verduras, revelou-se uma maior adesão entre os grupos de idosos obesos, risco elevado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, aqueles com diagnóstico de doença cardiovascular, hipertensão, diabetes, osteoporose e excesso de peso. Essa adesão, igualmente, pode ser admitida como seguimento de orientações de profissionais de saúde.⁷⁰

Dentre as pessoas que referiram sua saúde oral como ótima, um ótimo apetite e que conseguem se alimentar sozinhos com muita facilidade, destacou-se a maior adesão deste

passo, podendo-se referir que indivíduos com uma boa saúde oral ingerem maior quantidade de frutas e vegetais frescos.⁸¹

Uma maior adesão ao consumo diário de frutas e verduras foi encontrada entre os idosos que não tiveram nenhum tipo de câncer, fator muito importante já que pesquisas associam uma redução de 40% de risco de câncer de cólon ao consumo diário de frutas e vegetais, recomendação também indicado pela dieta mediterrânea.⁸²

O consumo diário de leite e derivados, indicado no passo 4, obteve uma adesão maior entre o grupo de idosos com sobrepeso e risco baixo para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. A dieta com frutas, verduras e laticínios de baixo teor de gordura, que apresentam quantidades apreciáveis de cálcio, magnésio e potássio, proporciona efeito favorável em relação à redução da pressão arterial e de acidente vascular cerebral.^{83,84}

Também houve maior adesão a este passo entre os idosos que não tiveram diagnósticos de: doenças cardiovascular, hipertensão, diabetes, câncer e osteoporose. O consumo suficiente de cálcio e a prática adequada de atividades físicas durante a vida exercem fator de proteção contra a perda de massa óssea relacionada com o processo de envelhecimento, pois os ossos são moldados pelas forças aplicadas sobre eles e respondem ao esforço se tornando mais fortes. Sem o estresse ou a tensão da atividade física, eles tendem a perder cálcio e ficam menos densos.^{85,86} Em um estudo com idosos de Viçosa, Minas Gerais, 70% disseram consumir leite e derivados diariamente; já, em estudo realizado em Alfenas, também, em Minas Gerais, somente 59,6% dos idosos relataram consumir leite e derivados todos os dias.^{87,88}

Na presente pesquisa, quando foi avaliado o consumo diário de carnes e ovos, verificou-se maior adesão entre os idosos do sexo masculino, na faixa etária dos 70-80 anos, com sobrepeso e com risco elevado para doenças cardiovasculares, bem como entre aqueles que designaram a saúde física como regular. Sabe-se que tanto o excesso de peso quanto o consumo diário de gordura saturada na alimentação aumentam as chances para o surgimento de doenças cardiovasculares.⁸⁹

No passo 6, que recomenda o consumo de alimentos gordurosos, no máximo, uma vez na semana, a adesão maior foi encontrada entre os idosos do sexo feminino, na faixa etária dos 70 aos 80 anos, alfabetizados e que tinham a renda de 2 a 3 salários mínimos. Sugere-se uma quantidade de lipídios controlada na ingestão alimentar, pois possuem alta densidade calórica, podendo ser um dos fatores colaboradores para o desenvolvimento da obesidade, sendo esta considerada um fator de risco para várias doenças, como diabetes, hipertensão,

câncer, doenças cardiovasculares.⁹⁰ Fato que pode explicar a maior adesão encontrada também entre os idosos com diagnóstico de hipertensão, diabetes, osteoporose, depressão e excesso de peso.

O passo 7 se refere ao consumo de refrigerantes e doces, no máximo, uma vez na semana, sendo que a adesão a este foi maior entre os idosos obesos, com risco elevado para doenças cardiovasculares, com percepção de saúde má/péssima, saúde oral entre má e péssima. É preciso destacar que os idosos têm uma preferência para consumir alimentos industrializados e de fácil acesso, tais como bolos, bolachas e massas, que são ricos em gorduras e açúcares, os quais deveriam ser evitados. A escolha desses alimentos se pode dar na tentativa de se evitar dores na mastigação, as quais são causadas pelos alimentos mais duros, tais como carnes e verduras cruas, pois muitos idosos fazem uso de próteses dentárias.⁹¹

O consumo de dieta saudável é capaz de reduzir os níveis de marcadores inflamatórios, favorecendo a produção de citocinas anti-inflamatórias, contribuindo para a prevenção ou controle da resistência insulínica, das dislipidemias e de outras condições metabólicas relacionadas à manifestação de doenças crônicas não-transmissíveis. Tal dieta deve apresentar teor energético capaz de manter o peso corporal adequado, sendo composta por teor moderado de gordura, baixos teores de açúcares simples, de gorduras trans e saturada, sendo rica em frutas, hortaliças e alimentos integrais.⁹²

Quanto ao passo 8 - não adição de sal aos alimentos já prontos, a adesão foi maior entre os idosos do sexo feminino, na faixa etária dos 60 aos 70 anos e com ginásio completo, e entre aqueles com sobrepeso e com risco elevado de doenças cardiovasculares com autopercepção de saúde regular. Também assinalaram maior adesão os idosos que não tiveram diagnóstico de doença cardiovascular, hipertensão e osteoporose; entre os diabéticos, os depressivos, os que tinham baixo peso e igualmente os que tinham excesso de peso, a adesão foi maior a este passo. Idosos podem apresentar dificuldades de detectar o sabor doce e o salgado, predispondo a adoçar e salgar mais os alimentos⁵. Essas situações podem, dessa forma, vir a desencadear, a longo prazo e juntamente com outros fatores, quadros de hipertensão e diabetes ou, ainda, dificultar o seu manejo.⁹³

A maior adesão ao passo 9 - beber pelo menos 2l de água por dia, foi entre os idosos do sexo masculino, maiores de 80 anos, analfabetos, com sobrepeso e com risco baixo para doenças cardiovasculares, também, foi encontrado maior adesão entre os idosos com diagnóstico de hipertensão, câncer, excesso de peso e outras doenças. Deve-se considerar que

a ingestão de líquidos depende de fatores ambientais, psicológicos e fisiológicos, e que a capacidade de concentração renal diminui com a idade. A menor ingestão de líquidos pode ser decorrente de alguma debilidade física, pois, neste caso, existe certa dependência de outras pessoas. Importante lembrar ainda que o pouco consumo de água pelos idosos, associado ao uso frequente de diuréticos e laxantes, pode levar à desidratação.^{71,94,95}

Para melhor analisar-se o passo 10, este foi dividido em três itens: quanto à atividade física, tabaco e bebida alcoólica. Pertinentemente à recomendação de acumular trinta minutos de atividade física por dia, a adesão foi maior entre os homens, entre os idosos da faixa etária de 60-70 anos, com renda familiar de mais de 3 salários mínimos. Também, houve uma maior adesão entre aqueles idosos que não tinham diagnóstico para doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, depressão, baixo peso ou excesso de peso; e entre aqueles com uma percepção de saúde física e oral como boa ou ótima. Pesquisas associam atividade física com qualidade de vida e saúde, apresentando evidências dos efeitos positivos do exercício sobre sintomas ligados tanto aos domínios da qualidade de vida no âmbito da saúde quanto aos de saúde mental. Exemplificadas pela redução efetiva do estado de depressão, melhoria da atividade mental e relacionamento social.^{33,34} Neste sentido, estimular a atividade física pode ser uma estratégia para o aumento de energia, vitalidade, capacidade funcional e outros aspectos físicos.^{58,98}

Passo 10b- evite o consumo diário de bebida alcoólica: a maior adesão foi encontrada entre os idosos do sexo feminino, entre os idosos com mais de 80 anos, analfabetos, com renda familiar maior que 3 salários mínimos, eutróficos, com risco baixo para doenças cardiovasculares, com uma percepção de saúde física e oral referida como boa ou ótima e apetite regular. Também foi encontrada a maior adesão entre os idosos que tinham diagnóstico de doença cardiovascular, hipertensão, diabetes e baixo peso.

Estudo realizado na região metropolitana de São Paulo, que tinha como objetivo identificar o padrão de uso do álcool entre idosos e analisar sua associação com quedas, encontrou, em uma amostra de 432 indivíduos, com idade média 69,5 anos, que em relação ao consumo do álcool: 50,9% nunca haviam feito uso, 25,5% não beberam no último ano e 23,6% fizeram uso de álcool no último ano. Embora a relação entre risco de álcool e quedas encontradas, nesse estudo, não tenha permitido inferir causalidade, tal associação sustenta a hipótese de que o abuso de álcool possa estar relacionado a problemas de saúde.⁶²

E, como último item do passo 10, tem-se o não fumar. A adesão maior a este passo foi entre os idosos do sexo feminino, na faixa etária de mais de 80 anos, com o primário completo

e renda familiar com mais de 3 salários mínimos. Foi maior também entre os obesos com risco elevado para doenças cardiovasculares, com autopercepção de saúde má e péssima, apetite ótimo e aqueles que têm dificuldades de comer sozinhos. Estudo realizado, em áreas urbanas do Rio Grande do Sul, para avaliar a prevalência do hábito de usar tabaco em idosos encontrou que os fatores associados com aumento na chance de uso de tabaco foram: sexo masculino, analfabetismo, baixa renda, presença de morbidade respiratória e presença de morbidade psíquica, ausência de morbidade cardíaca, ausência de hipertensão e ausência de diabetes. Os fatores associados com redução na chance de uso de tabaco foram o aumento da idade, o estado civil casado e a prática de atividade física⁹⁹. Já, no presente estudo, a maior adesão ao passo não fumar, estava entre os idosos com diagnóstico de doenças cardiovascular, hipertensão, diabetes, osteoporose, baixo peso e excesso de peso.

Pôde-se observar, desse modo, que, em média, 69,1% dos idosos estão seguindo os 10 passos para uma Alimentação Saudável e, ao analisarem-se a frequência é possível inferir que os passos mais seguidos por um número significativo de indivíduos é o passo 8, referente à não adição de sal aos alimentos já prontos (90,7%), e o passo 10b - evite o consumo diário de bebida alcoólica (93,5%). Por sua vez, aqueles que não estão sendo seguidos de forma significativa são o passo 7a - que recomenda o consumo de alimentos doces uma vez por semana (44,9%), e o passo 10a - acumule trinta minutos de atividade física por dia (13,1%). Trabalho realizado em Pelotas/RS, por Vinholes e col.⁵¹, com adultos, encontrou resultado similar, cujo passo com maior frequência (90%) se referiu à não adicionar sal aos alimentos já prontos; enquanto que a prática de atividade física foi o passo que menor frequência apresentou, menos de 30% da população faziam atividade física.⁵¹

CONCLUSÕES

A partir da pesquisa em foco é possível concluir que as maiores adesões observadas foram aos passos que recomendam três refeições e pelo menos um lanche por dia, consumir diariamente frutas, verduras, legumes, leite e derivados, carne e ovos; não adicionar sal aos alimentos já prontos, evitar o consumo diário de bebidas alcoólicas e não fumar.

Destas recomendações podemos salientar que os idosos com a melhor avaliação da auto-percepção de saúde e com maior renda familiar consomem diariamente frutas, leite e derivados e evitam o consumo de bebida alcoólica. Entre os idosos eutróficos e com baixo risco para doenças metabólicas a bebida alcoólica também é evitada.

Esta adesão ao consumo diário de frutas, verduras e legumes foi alta, mas não é satisfatória, visto que segundo os dados levantados na Avaliação Nutricional da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos no Brasil, feita com base na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), em 2008-2009, as frutas e verduras, que deveriam corresponder a uma proporção entre 9% e 12% das calorias diárias ingeridas, representam apenas 2,8%. Apesar da ingestão regular diária associar-se ao menor risco de desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis e à manutenção do peso adequado, como referendado na literatura, encontramos um consumo diário de frutas, verduras e legumes em idosos com patologias como hipertensão, diabetes, osteoporose e excesso de peso.

Nesta pesquisa, também, encontrou-se uma frequência grande na adesão ao passo que recomenda o consumo de alimentos gordurosos e refrigerantes no máximo uma vez na semana, entre os idosos com doenças cardíacas, hipertensão, diabetes, depressão e baixo peso, sugerindo que esta adesão possa ser resultado de orientações dos profissionais de saúde, já que conforme a POF (2008-2009), os alimentos essencialmente calóricos (óleos e gorduras vegetais, gordura animal, açúcar de mesa e refrigerantes) atingem 28% da caloria consumida pela população brasileira.

Quando questionados se adicionavam sal aos alimentos já prontos, a adesão dos que não adicionavam foi maior entre os idosos com maior escolaridade, diabéticos, sem doença hipertensiva e sem doença cardíaca. Recomendação reforçada por vários estudos que têm demonstrado que, reduzindo o consumo de sódio, as pessoas reduzirão sua pressão sanguínea, porém a modificação dietética, apesar de necessária e significativa, não é facilmente

alcançada, o que pode explicar porque os idosos com hipertensão e com doenças cardíacas não aderem a este passo.

Quanto ao estado nutricional, a maioria dos sujeitos desta pesquisa estava com o peso saudável, porém detectou-se uma frequência de sobrepesos, achado mais próximo ao que se encontrou em outros estudos que relatam haver grande variação na prevalência de obesidade na população idosa, como citado, anteriormente, neste trabalho.

Evidenciou-se uma relação de adesão maior ao consumo diário de leite e derivados, frutas e verduras entre os idosos com renda familiar maior, achado similar à análise do POF 2008-2009. Também foi identificada similaridade no consumo de gordura animal, mais consumida pelas classes com maior rendimento. O estudo do IBGE também constatou que, na região Sul do país, a aquisição anual *per capita* de carnes, laticínios, bebidas e infusões, hortaliças, frutas e alimentos preparados e misturas industriais está acima das respectivas médias nacionais e de outras regiões.

Chamou-nos a atenção, neste estudo, que, relativamente à adesão ao passo que recomenda a atividade física, a frequência foi muito baixa. Estudos mostram que condições de segurança, facilidade de acesso, opções de atividades e a divulgação de informação valoriza e incentiva a prática regular de exercícios. Acrescenta-se ainda que os meios de comunicação de massa e os centros de saúde da cidade podem interferir de maneira positiva na disposição destes idosos para procurar atividades físicas programadas.

A partir da renda familiar acima de dois salários mínimos, foi encontrada a maior frequência de adesão aos passos. Entende-se que os hábitos alimentares são determinados pela interação de inúmeras variáveis, sendo elas biológicas, demográficas e econômicas.

No Brasil, quase 10 milhões de famílias não possuem renda suficiente para garantir a segurança alimentar, definida como o acesso a uma alimentação qualitativa e quantitativamente adequada às necessidades humanas. Para elevar o consumo destes alimentos recomendados nos 10 passos para a Alimentação Saudável o aumento da renda seria um incentivo econômico mais adequado do que a redução dos preços relativos, pois os gastos com alimentos *in natura* são maiores nas classes com rendas mais favorecidas.

Assinala-se, por fim, que os passos mais seguidos por um número significativo de indivíduos é o passo 8, referente à não adição de sal aos alimentos já prontos e o passo 10b - evite o consumo diário de bebida alcoólica. Por sua vez, aqueles que não estão sendo seguidos de forma significativa são o passo 7a - que recomenda o consumo de alimentos doces uma vez

por semana , e o passo10a - acumule trinta minutos de atividade física por dia ; resultado similar encontrado por Vinholes e col.

A presente pesquisa foi a primeira a tentar identificar a frequência de adesão aos Dez Passos para a Alimentação Saudável, no nosso país. O desenho transversal da pesquisa não permitiu comprovar a eficiência da adesão aos passos na prevenção de doenças crônico-degenerativas bem como na manutenção da saúde e qualidade de vida dos idosos. Futuros trabalhos de cunho longitudinal poderão comprovar essa eficiência.

No Brasil ainda não se delineou uma estratégia nacional de avaliação do guia alimentar do Ministério da Saúde que recomenda os “ Dez Passos para a Alimentação Saudável para pessoas com mais de 60 anos”, mas esta pesquisa demonstra que intervenções são efetivas na melhora de alguns aspectos dos hábitos alimentares dos idosos; portanto é importante conhecer os hábitos alimentares da população idosa dentro do seu contexto sócio-econômico porque propicia subsídios para implementar estratégias para a promoção da saúde e prevenção de doenças, sendo assim, acreditamos que mais estudos são necessários a fim de esclarecer as questões que permeiam a adesão a essas recomendações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Siqueira RL, Botelho MIV, Coelho FMG. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Cien Saúde Colet* 2002;7(4):899-906.
2. Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009;43(3):548-54.
3. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública* 2003 maio/jun;19(3):725-33.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estudos e Pesquisa Informação Demográfica e Socioeconômica, nº 26- Síntese de Indicadores Sociais, Uma análise das Condições de Vida da população Brasileira - 2009. Disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20.11.2010.
5. Peláez M. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento(SABE): metodología de la encuesta y perfil de La población estudiada. *Rev Panam Salud Publica* 2005;17(5-6):307-322.
6. Laurenti R, Mello MHPM, Gotlieb SLD. A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não-transmissíveis. *Cienc Saúde Colet*. 2004; 9(4):909-20.
7. Jeckel Neto EA, Cunha GL. Teorias Biológicas do Envelhecimento. In: Freitas EV (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.13-19.
8. Carneiro A, Silva RI. Tendência de mortalidade em idosos na cidade do Rio de Janeiro de 1979 a 2003. In: XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2004 - Caxambu - MG. Anais. Belo Horizonte: ABEP; 2004.
9. Porth CM. *Fisiopatologia*. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
10. Paskulin LMG, Vianna L. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autoreferidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saúde Pública* 2007;41(5):757-68.
11. Bos AMG, Bos A JG. The socio-economic determinants of older people's health in Brazil: the importance of material status and income. *Ageing Soc* 2007;27:385 -405.

12. Santos AR, Jahn AC. Envelhecimento humano e distúrbios do equilíbrio: estudo em grupo de idosos institucionalizados. *Arquivos Médicos da Universidade Luterana do Brasil* 2006 maio;9(1):19-31.
13. Papaléo Neto M, Carvalho Filho ET, Salles RFN. Fisiologia do envelhecimento. In: Papaléo Neto M, Carvalho Filho ET. *Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. 2.ed. São Paulo: Atheneu; 2002. p.43-62.
14. Macedo MP. Envelhecimento e parâmetros hematológicos. In: Freitas EV, Py L, Cançado F, Doll J, Gorzoni ML. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006. p.1040-8.
15. Farinatti PTV. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. *Rev Bras Med Esporte* 2002 jul/ago;8(4):129-38.
16. Bós AJG. Características Fisiológicas do processo do envelhecimento. In: Busnello Fernanda Michielin. *Aspectos Nutricionais no Processo de Envelhecimento*. São Paulo: Atheneu; 2007. p.3-8
17. Menezes TN, Marucci MFN. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza, CE. *Rev Saúde Pública, São Paulo*, 2005;39(2):169-75. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 20 out. 2010.
18. Trentini M, Silva SH, Valle ML, Hammerschmidt KSA. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. *Rev Lat Am Enfermagem* 2005 fev;13(1):38-45.
19. World Health Organization. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: WHO; 2009.
20. Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, Anand S. Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risks factors, and impact of urbanization. *Circulation* 2003;104(22):2746-53.
21. Organização Pan-Americana da Saúde. *Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília: OPAS; 2003.
22. Yach D, Hawkes C, Gould CL, Hofman KJ. The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control. *JAMA* 2004;291(21):2616-22.

23. Boutayeb A, Boutayeb S. The burden of non communicable diseases in developing countries. *Int J Equity Health*. 2005;4(1):2.
24. Yach D, Stuckler D, Brownell KD. Epidemiologic and economic consequences of the global epidemics of obesity and diabetes. *Nat Med*. 2006;12(1):62-6.
25. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series 894. Geneva:WHO; 2000.
26. Marchini JS, Ferrioli E, Moriguti JC. Suporte nutricional no paciente idoso. In: Simpósio: Nutrição Clínica. Medicina, Ribeirão Preto 1998 jan/mar;31(1):54-61.
27. Parayba MI, Veras RP, Melzer D. Incapacidade Funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005;39(3):383-91.
28. Veras RP, Caldas CP, Coelho FD, Sanches MA. Promovendo a Saúde e prevenindo a dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia* 2007;10(3):355-70.
29. Beaglehole R, Yach D. Globalisation and the prevention and control of non-communicable disease: the neglected chronic diseases of adults. *The Lancet* 2003;362(9387):903-8.
30. Santana CM. Aspectos clínicos na prática geriátrica. In: Pereira CU, Andrade Filho AS. *Neurogeriatria*. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.p.43-50.
31. Pascoal SMP, Salles RFN, Franco RP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo Neto M, Carvalho Filho ET. *Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. 2.ed. São Paulo: Atheneu; 2002. p.331-5.
32. Ries P. American assess their health. United States: 1987. *Vital and health statistics* 1990;10(174).
33. World Health Organization. Study Group on Diet, Nutrition and Prevention of Noncommunicable Diseases. Diet, nutrition and prevention of chronic diseases: report of a WHO study group. Geneva: World Health Organization; 1990.
34. Olinto MTA. Padrões Alimentares: análise de componentes principais. In: Kac G, Schieri R, Gigante DP. Rio de Janeiro: Fiocruz/Atheneu; 2007. p.213-225.

35. Busnello FM, Bos A JG. Alimentação Vegetariana e suas implicações: investindo NE envelhecimento saudável. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2003. v.1.
36. Cervato A, Vieira V. Índices dietéticos na avaliação da qualidade global da dieta. Rev Nutr., Campinas, 2003;16(3):347-355.
37. Wakimoto P, Block G. Patterns, Diet Intake, Dietary, Patterns and Changes With Age: an Epidemiological Perspective. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001;56(Special Issue II):65-80.
38. Willet WC. Nutritional Epidemiology. 2nd. New York: Oxford University Press; 1998.
39. Gomes KRO, Tanaka ACA. Reported Morbidity and use of health services by working women Brazil. Rev Saúde Pública 2003 fev;37(1):75-82.
40. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Pública 2005;17(5-6):333-341.
41. Bailis DS, Segall A, Chipperfield JG. Two views of self-rated general health status. Soc Sci Med 2003 jan;56(2):203-217.
42. Baron-Epel O, Kaplan G. General subjective health status or age-related subjective health status: does it make a difference? Social Science and Medicine 2001 nov;53(9):1373-1381.
43. Martikainen P, Aromaa A, Heliövaara M, Klaukka T, Knekt P, Maatela J et al. Reliability of perceived health by sex and age. Social Science and Medicine 1999 apr;48(8):1117-1122.
44. Appels A, Bosma H, Grabauskas V, Gostautas A, Sturmans F. Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population. Soc Sci Med 1996 mar;42(5):681-689.
45. Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. Am J Epidemiol 1983 mar;117(3):292-304.
46. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav 1997 Mar;38(1):21-37.
47. Ofstedal MB, Zimmer Z, Cruz G, Chan A, Lin Y. Self-assessed health expectancy among older Asians: a comparison of Sullivan and multistate life table methods. Ann Arbor: Population Studies Center; 2003. (Report No. 03-60).

48. Muñiz CM, Martínez CV, Cos Blanco AI. Alimentación en el anciano sano. In: Candela CG, Fernández JMR. (Coord.) Manual de recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos. Barcelona: Novartis; 2004. parte II, cap. 1, p. 99-108.
49. Durgante P, Milani R. Recomendações Dietéticas e Nutrientes Necessários para a Manutenção da Saúde no Processo do Envelhecimento. In: Busnello F. Aspectos Nutricionias do Processo do Envelhecimento. Porto Alegre: Atheneu; 2007.p. 67-78.
50. Novaes MRCG, Ito MK, Arruda SF, Rodrigues P, Lisboa, AQ. Suplementação de micronutrientes na senescência; implicações nos mecanismos imunológicos. Revista de Nutrição da PUCCAMP 2005 maio/jun;18(3):367-376.
51. Vinholes DB, Assunção MCF, Neutzling MB. Frequency of healthy eating habits measured by the 10 Steps to Healthy Eating score proposed by the Ministry of Health. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009 abr;25 (4):791-799.
52. Brasil. Ministério da Saúde. 10 Passos para alimentação saudável para as pessoas com mais de 60 anos. Disponível em: <<http://drt2009.saude.gov.br/nutricao/documentos.pdf>>. Acesso em: 15/03/2010.
53. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília: MS-OS; 2005.
54. National Research Council. Diet and health: implications for reducing chronicdisease risk. Washington DC: National Academy Press; 1989.
55. World Cancer Research Fund. Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective. Washington: World Organization; 1989.
56. World Health Organization. Alcohol and health implications for public health policy. Copenhagen: World Organization; 1995.
57. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares – 2002-2003: aquisição alimentar domiciliar *per capita*, Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.

58. American College of Sports Medicine. Position stand; the recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardio respiratory and muscular fitness in healthy adults. *Med Sci Sports Exerc* 1990;22:265-274.
59. Shils ME. *Nutrição moderna na saúde e na doença*. 10.ed. São Paulo: Manole; 2009.
60. Magnoni D, Cukier, C, Oliveira P. A. *Nutrição na terceira idade*. São Paulo: Sarvier; 2005.
61. Mahan LK, Escott-Stump S. *Alimentos, nutrição e dietoterapia*. 11.ed. Rio de Janeiro: Rocca; 2005.
62. Lima MCP, Simão MO, Oliveira JB, Cavariani MB, Tucci AM, Correa FK. Alcohol use and falls among the elderly in Metropolitan São Paulo, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2009;25(12):2603-2611.
63. Naegle M. Substance misuse and alcohol use disorders. In: Capezuti E, Zwicker D, Mezey M, Fulmer T (Eds.). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. 3rd.ed. New York (NY): Springer Publishing Company; 2008. p.649-76.
64. Peixoto SV, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Condições de Saúde e Tabagismo entre Idosos Residentes em duas Comunidades Brasileiras. *Cad Saúde Pública* 2006 Set;22(9):1925-34.
65. Cuppari L. *Guia de Nutrição: nutrição clínica do adulto*. 2.ed. Barueri, SP: Manole; 2005.
66. Hans TS, Van Leer EM, Seidell JC, Lean MEJ. Waist circumference action levels in the identification of cardiovascular risk factors: prevalence study in a random sample. *BMJ* 1995;311:14015.
67. Schwanke CHA, Closs VE. Inquéritos Alimentares para Idosos. In: Schwanke CHA et al. (Orgs.). *Atualizações em Geriatria e Gerontologia III: nutrição e envelhecimento*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2010. p.9-59.
68. Pereira RS, Curioni CC, Veras R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. *Textos sobre Envelhecimento*, Rio de Janeiro, 2003;6(1):43-59.
69. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do Idoso na Comunidade: aplicações da escala de Flanagan. *Rev Lat Am Enfermagem* 2002;10:757-64.
70. Antunes MT. Características nutricionais e impacto da intervenção nutricional relacionado a fatores de risco cardiovasculares em idosos residentes na Vila Nossa Senhora de Fátima em Porto Alegre-RS. Porto Alegre: PUCRS;2003.

71. Nogueira, R. Factores que afectan la ingesta de nutrientes en el anciano y que condicionan su correcta nutrición. *Nutrición Clínica* 1995;15(2):39-44.
72. Frank AA, Soares EA, Fernandes AS. Adequação Alimentar de Ferro e Vitamina C. In: Frank AA, Soares EA. *Nutrição no envelhecer*. São Paulo: Atheneu; 2002. p.117-128.
73. Metzner HL, Lamphier DE, Wheeler NC, Larkin FA. The relationship between frequency of eating and adiposity in adult men and women in the Tecumseh Community Health Study. *Am J Clin Nutr* 1997;30:712-15.
74. Drummond SE, Crombie NE, Cursiter MC, Kirk TR. Evidence that eating frequency is inversely related to body weight status in male, but not female, non-obese adults reporting valid dietary intakes. *Int J Obes* 1998;22:105-112.
75. Blundell JE, Burley VJ, Cotton JR, Lawton CL. Dietary fat and the ratio of energy intake: evaluating the effects of meal size and post-meal satiety. *Am J Clin Nutr* 1993;57(suppl): 772S-778S.
76. Kanarek R. Psychological effects of snacks and altered meal frequency. *Br J Nutr* 1997 Apr;77(1):s105-s120.
77. Farshchi H, Taylor M, MacDonald I. Regular meal frequency creates more appropriate insulin sensitivity and lipid profiles compared with irregular meal frequency in healthy lean women. *Eur J Clin Nutr*. 2004; 58:1071-7.
78. Edelstein SL, Barret-Connor EL, Wingard DL, Cohn BA. Increased meal frequency associated with decreased cholesterol concentrations. *Am J Clin Nutr* 1992; 55(3):664-669.
79. Ortega RM, Redondo MR, Zamora MJ, Lopez-Sobaler AM, Quintas ME, Andres P et al. Relationship between the number of daily meals and the energy and nutrient intake in the elderly. Effect on various cardiovascular risk factors. *Nutr Hosp* 1998;13(4):186-92.
80. McKeown NM, Meigs JB, Liu S, Saltzman E, Wilson PW, Jacques PF. Carbohydrate nutrition, insulin resistance, and prevalence of the metabolic syndrome in the Framingham Offspring Cohort. *Diabetes Care* 2004 Feb; 27(2):538-46.
81. Shuman JM. Nutrição no envelhecimento. In: Mahan, LK, Stump SE. *Alimentos, nutrição e dietoterapia*. 9.ed. São Paulo: Roca; 1998. Cap.14: p.293 -312.
82. Slimani N, Margetts B. Nutrient Intakes and Patterns in the EPIC cohorts from ten European countries. *Eur J Clin Nutr*. 2009 Nov; 63:S1-S274.

83. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer VW, Svetkey LP, Sacks FM et al. DASH Collaborative Research Group. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. *N Engl J Med* 1997;336:1117-24.
84. Moore TJ, Vollmer WM, Appel LJ, Svetkey LP, Sacks FM, Vogt TM et al. Effect of dietary patterns on ambulatory blood pressure. Results from the Dietary Approaches to stop Hypertension (DASH) Trial. *Hypertension* 1999;34:472-77.
85. Almeida Junior BR, Rodrigues RL. Influência da atividade física e da ingestão de cálcio na osteoporose. *Motriz, São Paulo*, 1997;3(1):50-55.
86. Trindade RB, Rodrigues GM. Exercício de resistência muscular e osteoporose em idosos. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte, São Paulo* 2007;6(3):79-86.
87. Tinôco ALA, Abreu WC, Sant'Anna MSL, Britto LF, Mello AC, Franceschini SCC et al. Caracterização do padrão alimentar, da ingestão de energia e nutrientes da dieta de idosos de um município da Zona da Mata Mineira. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro*, 2007;10(3).
88. Martino HSDM, Silva RR, Pereira FF, Tiengo A, Guimenti G. Avaliação e orientação nutricional de idosos cadastrados no programa EFOA aberta à terceira idade de Alfenas, MG. *Anais 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária. Belo Horizonte*; set. 2004.
89. Bueno JM. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. *Revista Ciência saúde coletiva* 2008;13(4):1237-46. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 10 nov. 2009.
90. Frank AA, Soares EA, Fernandes AS. Adequação de Proteínas e Lipídios na dieta do Idoso. In: Frank AA, Soares EA *Nutrição no envelhecer. São Paulo: Atheneu*; 2004. p.73-98.
91. Aida E. Considerações Gerais sobre a Alimentação do Idoso. São Paulo-SP. *Cadernos da terceira Idade, São Paulo*, 1983;(11):7-14.
92. Geraldo JM, Alfenas RCG. Papel da Dieta na Prevenção e no Controle da Inflamação Crônica _ Evidências atuais. *Arq Brás Endocrinol Metab.* 2008;52(6).
93. Rolls BJ. Do chemosensory changes influence food intake in the elderly? *Physiology & behavior* 1999;6(2):193-97.
94. Cormack EF. A saúde oral do idoso. Disponível em: URL: <<http://odontologia.com.br/artigos>>. Acesso em: 12/12/2010.
95. Moriguti JC, Moriguti EKV, Ferriolli E, Jung EB, Lima NKC. Nutrição no idoso. In: Oliveira JE, Marchini JS. *Ciências nutricionais. São Paulo: Sarvier*; 1998. Cap.14. p.239-251.
96. Rejeski WJ, Brawley LR, Shumaker AS. Physical activity and health-related quality of life. *Exerc Sport Sci Rev.* 1996;24:71-108.

97. Rejeski WJ, Mihalko SL. Physical activity and Quality of life in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:23-35.
98. Stiggelbout M, Popkema DY, Hopman-Rock M, Greef M, Van Mechelen W. Once a week is not enough: effects of a widely implemented group based exercise programme for older adults. A randomized controlled Trial. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:83-8.
99. Marinho VM. Estudo de prevalência sobre o uso de tabaco em idosos vivendo na comunidade e associação com fatores sócio-demográficos e de saúde física e mental. [Tese]. São Paulo: Psiquiatria e Psicologia Médica/UNIFESP; 2006. [76]p.
100. Jaime PC, Monteiro CA. Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003. *Cad Saúde Pública* 2005;21(Suppl):S19-24.
101. Alves ALSA, Olinto MTA, Costa JSD, Barros FS, Balbinotti MAA. Padrões alimentares de mulheres adultas residentes em área urbana no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006;40:865-73.
102. Mant D. Effectiveness of dietary intervention in general practice. *Am J Clin Nutr* 1997;65(5 suppl 6):1933s-1938s.
103. Dallepiane LB, Bós AJG. A participação da família na adesão à restrição de sódio em adultos e idosos hipertensos: estudo de intervenção randomizado. *Rev. Bras. Cien. Envelh. Hum* 2008 jan/jun;5(1):32-42.
104. Cabrera MAS, Jacob WF. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo*, São Paulo, 2001;45(5):494-501. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 15 nov. 2010.
105. Domingues PC, Neri AL. Atividade física habitual, sintomas depressivos e doenças auto-relatadas em idosos da comunidade. *Revista brasileira de atividade física & saúde* 2009;14(3):164-173.
106. Barreto SA, Cyrillo DC. Análise da composição dos gastos com alimentação no município de São Paulo (Brasil) na década de 1990. *Rev Saúde Pública* 2001;35(1):52-59.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questões utilizadas na análise deste estudo

Questões utilizadas na análise deste estudo:

DGI2. Sexo: (escolha simples) () masculino () feminino

DGI5. Qual a sua idade? **DGI5.1.** Data de nascimento: / /

DGI6. Escolaridade: (escolha simples)

- () não alfabetizado (não sabe ler nem escrever, mesmo que tenha estudado)
- () alfabetizado (mas não fez nem a 1ª série) () Primário incompleto (1ª a 3ª série)
- () primário completo (4ª série) () ginásial incompleto (5ª a 7ª série)
- () ginásial completo (8ª série) () complementar (técnicos pós ginásial)
- () secundário completo () secundário incompleto
- () superior completo (se mais que 1 ano) () superior incompleto
- () pós graduação, mestrado, etc () não sei

REN3. Qual a renda mensal de sua família?

R\$. , ou em salários mínimos: EN3a.

() não sabe () recusou-se a responder

REN4. Quantas pessoas vivem desta renda? Pessoas

SAU1a. Em geral diria que sua saúde é: (escolha simples, não se aplica para cuidador)

() ótima () boa () regular () má () péssima () não se aplica (NSA)

SAU2. Qual a facilidade ou dificuldade de realizar as seguintes atividades, **sem auxílio?** (não consegue sem auxílio = não consegue) (escolha simples)

SAU2k. Alimentar-se sozinho

() muito fácil () fácil () ± fácil () difícil () muito difícil () não consegue

SAU5. Diria que, no geral, seu apetite ou vontade de comer tem sido... (Escolha simples)

() ótima () boa () regular () má () péssima

SAU6. Como classificaria sua saúde oral (dentes, dentadura, gengivas e dentro de sua boca)? (Escolha simples)

() ótima () boa () regular () má () péssima

SAU14. Fuma atualmente ou alguma vez já fumou regularmente (todos os dias) por mais de 6 meses? (ESCOLHA SIMPLES)

- () não, nunca fumou
- () fumou regularmente, mas parou há mais de 10 anos

- () fumou regularmente, mas parou entre 10 e 5 anos atrás
- () fumou regularmente , mas parou a menos de 5 anos
- () fuma atualmente 20 ou mais cigarros por dia
- () fuma entre 10 e 20 cigarros por dia
- () fuma menos de 10 cigarros por dia

SAU15. Algum médico ou outro profissional de saúde disse que tinha ou tem alguma dessas doenças específicas abaixo: (múltipla escolha) toma medicamento para isto?

- | | | | |
|--|----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| ()SAU15a. Problemas do coração(angina, infarto, arritmia) | <input type="radio"/> toma | <input type="radio"/> tomava | <input type="radio"/> nunca tomou |
| ()SAU15b. Hipertensão ou Pressão Alta diurético | <input type="radio"/> toma | <input type="radio"/> tomava | <input type="radio"/> nunca tomou |
| ()SAU15c. Diabetes ou açúcar no sangue | <input type="radio"/> toma | <input type="radio"/> tomava | <input type="radio"/> nunca tomou |
| ()SAU15d. Osteoporose (enfraquecimento dos ossos) | <input type="radio"/> toma | <input type="radio"/> tomava | <input type="radio"/> nunca tomou |
| ()SAU15e. Probl. Intestinais(gastrite, úlcera, refluxo) | <input type="radio"/> toma | <input type="radio"/> tomava | <input type="radio"/> nunca tomou |
| ()SAU15f. Infecções Respiratórias | <input type="radio"/> toma | <input type="radio"/> tomava | <input type="radio"/> nunca tomou |
| ()SAU15g. Artrose, junta gasta ou reumatismo | <input type="radio"/> toma | <input type="radio"/> tomava | <input type="radio"/> nunca tomou |
| ()SAU15h. Infecção Urinária (infecção na bexiga) | <input type="radio"/> toma | <input type="radio"/> tomava | <input type="radio"/> nunca tomou |
| ()SAU15i. Doenças da Tireóide (hiper ou hipo) | <input type="radio"/> toma | <input type="radio"/> tomava | <input type="radio"/> nunca tomou |
| ()SAU15j. Esclerose múltipla (fraqueza progressiva) | <input type="radio"/> toma | <input type="radio"/> tomava | <input type="radio"/> nunca tomou |
| ()SAU15k. Prob. Olhos (glaucoma, catarata, degeneração) | <input type="radio"/> toma | <input type="radio"/> tomava | <input type="radio"/> nunca tomou |
| ()SAU15l. Doença de Parkinson | <input type="radio"/> toma | <input type="radio"/> tomava | <input type="radio"/> nunca tomou |
| ()SAU15m. Outro tipo de tremor | <input type="radio"/> toma | <input type="radio"/> tomava | <input type="radio"/> nunca tomou |
| ()SAU15n. Derrame ou Isquemia cerebral | <input type="radio"/> toma | <input type="radio"/> tomava | <input type="radio"/> nunca tomou |
| ()SAU15o. Demências ou ALZHEIMER | <input type="radio"/> toma | <input type="radio"/> tomava | <input type="radio"/> nunca tomou |
| ()SAU15p. Depressão | <input type="radio"/> toma | <input type="radio"/> tomava | <input type="radio"/> nunca tomou |
| ()SAU15q. Ansiedade | <input type="radio"/> toma | <input type="radio"/> tomava | <input type="radio"/> nunca tomou |
| ()SAU15r. Baixo Peso (desnutrição) | <input type="radio"/> toma | <input type="radio"/> tomava | <input type="radio"/> nunca tomou |
| ()SAU15s. Excesso de peso | <input type="radio"/> toma | <input type="radio"/> tomava | <input type="radio"/> nunca tomou |
| ()SAU15t. Outra doença | <input type="radio"/> toma | <input type="radio"/> tomava | <input type="radio"/> nunca tomou |
| ()SAU15u. Nenhuma doença (exclui as outras questões) | <input type="radio"/> toma | <input type="radio"/> tomava | <input type="radio"/> nunca tomou |

SAU16. Já fez algum tratamento para câncer(doença ruim) se sim, diga qual:(MULTIPLA ESCOLHA)

- () SAU16a () não teve câncer (exclui as outras)
- ()SAU16b ()Câncer de pulmão
- ()SAU16c () Câncer de Intestino(grosso, cólon ou delgado)
- ()SAU16d ()Câncer de Útero ou Cólon do útero
- ()SAU16e ()Câncer de Estômago
- ()SAU16f () Câncer de Mama
- () SAU16g () Câncer de Próstata
- ()SAU16h ()Leucemia ou no sangue
- ()SAU16i ()não sabe o tipo
- ()SAU16j()outro tipo
- ()SAU16k()não sabe responder

SAU18. Quais as refeições que costuma fazer por dia? (múltipla escolha)

- () SAU18a. café da manhã
 () SAU18b. colação (lanche no meio da manhã)
 () SAU18c. almoço
 () SAU18d. lanche da tarde
 () SAU18e. janta
 () SAU18f. ceia

SAU19. Costuma adicionar mais SAL nos alimentos quando já servidos em seu prato?

- () sim () não () não sei

SAU20. Qual o seu peso atual? , Kg () não sei

SAU21. Qual a sua altura? cm () não sei

SAU22. Circunferência da cintura: , cm

(A medição deve ser realizada com o paciente em pé, utilizando uma fita métrica não extensível. A fita deve circundar o indivíduo no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca. **A leitura deve ser feita no momento da expiração**)

SAU23. Nos últimos 12 meses com que frequência consumiu cada um dos seguintes alimentos? (Escolha simples)

SAU23a. Frutas () <1x/SM () 1x/SM () 2-3x/SM () 4-6x/SM () diariamente

SAU23b. Verduras e Legumes () <1x/SM () 1x/SM () 2-3x/SM () 4-6x/SM () diariamente

SAU23c. Alimentos Gordurosos () <1x/SM () 1x/SM () 2-3x/SM () 4-6x/SM () diariamente

SAU23d. Alimentos doces () <1x/SM () 1x/SM () 2-3x/SM () 4-6x/SM () diariamente

SAU23e. Refrigerantes () <1x/SM () 1x/SM () 2-3x/SM () 4-6x/SM () diariamente

SAU23f. Bebidas Alcoólicas () <1x/SM () 1x/SM () 2-3x/SM () 4-6x/SM () diariamente

SAU23g. Leite e derivados* () <1x/SM () 1x/SM () 2-3x/SM () 4-6x/SM () diariamente

SAU23h. Carne e ovos () <1x/SM () 1x/SM () 2-3x/SM () 4-6x/SM () diariamente

SAU23i. Cereais, arroz e

Massas integrais

*queijo, requeijão, ricota

SAU25. Normalmente, toma 6 a 8 copos de água (1,5 a 2 litros), incluindo chás, sucos naturais e chimarrão, por dia? () sim () não () não sabe

SCL2. Em média quantos minutos por semana realiza atividades física como caminhadas, corridas, esportes, ginástica, musculação, etc.?

Faça a conta: min/dia X/semana = minutos totais na semana

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: ASSOCIAÇÃO ENTRE HÁBITOS SAUDÁVEIS DE ALIMENTAÇÃO, ESTADO NUTRICIONAL E PERCEPÇÃO DE SAÚDE DOS IDOSOS DA CIDADE DE DOIS IRMÃOS NO RIO GRANDE DO SUL

Entrevistador: Ângela de Oliveira Antunez Nolte

Prezado(a) Senhor(a):

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de um estudo que tem o objetivo conhecer o perfil multidimensional das condições de vida e de saúde das pessoas com 60 anos e mais residentes no nosso Estado do Rio Grande do Sul, que está sendo realizado pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS em parceria com a Escola de Saúde Pública do RS, o(a) Sr.(a) foi selecionada por amostragem populacional e julgamos que poderá ser representativo(a) de todos os idosos da sua idade, sexo e local onde reside. Solicitamos, então a sua autorização para realizarmos uma entrevista que durará entre 45 minutos e 1 hora onde serão questionados vários aspectos de sua vida. O entrevistador poderá solicitar a ajuda de um familiar ou acompanhante para responder algumas perguntas caso o Sr (a) encontre alguma dificuldade. O seu nome e dos seus familiares não vão aparecer ao final da pesquisa. Caso concorde(m), o senhor(a) e ou seu familiar deverá(ão) assinar este termo, e ficará(ão) com uma cópia dele também, caso precise(m) entrar em contato conosco por qualquer motivo, inclusive para deixar de participar da pesquisa. Sua participação é completamente voluntária e não haverá custo para o(a) senhor(a) ou familiar por estar(em) participando da pesquisa e nem prejuízo ao Sr.(a) ou a seus familiares. O questionário será aplicado somente uma vez, mas o (a) Sr.(a) ou seu familiar poderão ser contactados novamente para confirmar a realização desta entrevista. No final da entrevista, o(a) Sr.(a) ou seu familiar será(ao) questionado(s) sobre a predisposição de participar de outros estudos. Caso esses estudos sejam realizados, o Sr.(a) será novamente contactado e lhe assegurado a possibilidade de não participar, sem que o(a) Sr.(a) e qualquer membro de sua família seja prejudicado por isso. Se tiver alguma dúvida poderá me perguntar ou entrar em contato comigo através de endereço, telefone e e-mail abaixo. Este estudo segue os princípios enunciados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996). Ao finalizar o estudo, os resultados serão divulgados nos diversos meios de comunicação, como revistas científicas, congressos, bem como no Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS e da Escola de Saúde Pública do RS.

Esperamos merecer sua confiança e me coloco à disposição para quaisquer informações adicionais pelo endereço: Rua Carazinho nº741 ap. 204 ou telefone 051-91139942. O(a) Sr(a) ou familiar poderá também entrar em contacto com o responsável por esta pesquisa o Dr. Ângelo José Gonçalves Bós: angelo.bos@pucrs.br, pelos telefones - comercial: 051- 33368153 ramal 211, residencial 051- 3398 8153 ou celular: 051 98453644. Aproveitamos também para informar o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS que é 051-33203345.

Consentimento: Após conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação, não tendo sofrido nenhuma pressão para tanto Eu ___ ___ ___
_____ aceito participar desta pesquisa, respondendo às questões do questionário em anexo. Sei que, no final desta pesquisa, o meu nome será mantido em segredo. Recebi cópia deste documento, assinado pelo pesquisador e orientador, e tive oportunidade de discuti-lo com os mesmos.

Idoso () cuidador ()

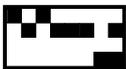
Porto Alegre, ___ de ___ de 2010

Assinatura do idoso

Assinatura do familiar/acompanhante.

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento de coleta de dados: questionário
Projeto Perfil dos Idosos do RS



23808

Questionário #

--	--	--	--	--

Page 3 of 13

CIA11. Quais as principais barreiras que dificultam ou impedem sua locomoção nas ruas e vias públicas em geral? (MÚLTIPLA ESCOLHA)

- CIA11a. má iluminação
- CIA11b. muitos degraus ou degraus muito altos
- CIA11c. ter que dividir espaço com vendedores ambulantes
- CIA11d. os carros estacionam na calçada
- CIA11e. ambientes inseguros (assaltos, etc.)
- CIA11f. ter que dividir espaço com ciclistas
- CIA11g. faltam bancos ou cadeiras para repouso
- CIA11h. calçadas estreitas, mal conservadas ou inexistentes
- CIA11x. não observa nenhuma dessas dificuldades
- CIA11z. não sabe responder

CIA12. O quanto a dificuldade do acesso e da locomoção atrapalham a sua vida e amizades? (ESCOLHA SIMPLES)

- atrapalha e muito atrapalha um pouco não sabe responder (não se aplica)
- atrapalha mais ou menos não atrapalha nada

As seguintes perguntas referem-se ao quesito TRANSPORTE

TRA1. Tem carteira de motorista válida e dirige carro atualmente?(ESCOLHA SIMPLES)

- dirige sempre que pode teve carteira, não foi renovada
- tem carteira mas prefere não dirigir nunca teve carteira
- tem carteira, mas nunca dirige não sabe responder

TRA2. Com que frequência utiliza os transportes coletivos (ônibus, lotação, trem, metrô, etc.) (ESCOLHA SIMPLES)

- nunca ou raramente utiliza entre 2 e 3 vezes por semana
- pelo menos 1 vez por mês quase ou todos os dias (4 ou mais por semana)
- pelo menos 3 vezes por mês uma vez ou mais por dia
- pelo menos uma vez por semana não sabe responder

TRA3. Em sua opinião, os transportes coletivos (ônibus, lotação) da sua cidade (ônibus metropolitano): (MÚLTIPLA ESCOLHA)

- TRA3i. Usa somente ônibus intermunicipal (respostas abaixo referem-se a esses)
- TRA3a. são lentos
- TRA3b. não cumprem os horários (pontualidade)
- TRA3c. têm poucos ônibus por linha (frequência)
- TRA3d. os ônibus são frequentemente cheios
- TRA3e. há insuficiente número de paradas por trajetos
- TRA3f. descumprem o itinerário
- TRA3g. há insegurança (assaltos, brigas, etc.)
- TRA3h. não oferecem gratuitamente a passagem para idosos
- TRA3x. não observa esses problemas
- TRA3z. não usa

TRA4. Com relação aos veículos de transporte coletivo da sua cidade? (MÚLTIPLA ESCOLHA)

- TRA4a. assentos são desconfortáveis
- TRA4b. veículos são sujos e mal conservados
- TRA4c. é difícil subir e descer dos veículos
- TRA4d. a temperatura e/ou ventilação interna é desconfortável
- TRA4e. o nível de ruído interno é insuportável
- TRA4f. não há assentos preferenciais para os idosos
- TRA4g. é difícil solicitar a parada (campanha)
- TRA4h. não há boa visibilidade do nome e número da linha
- TRA4i. não são adaptáveis para cadeira de rodas
- TRA4j. os motoristas arrancam o ônibus muito rápido, sem esperar
- TRA4x. não observa nenhum desses problemas
- TRA4z. não sabe responder (não usa)

TRA5. Com relação às paradas de transporte coletivo que normalmente usa: (MÚLTIPLA ESCOLHA)

- TRA5a. são inseguras
- TRA5b. são sujas ou mal conservadas
- TRA5c. são muito distantes uma das outras
- TRA5d. faltam bancos de espera
- TRA5e. são mal iluminadas
- TRA5f. são quase sempre super lotadas
- TRA5g. são desprotegidas do sol e da chuva
- TRA5x. não observa nenhuma dessas características
- TRA5z. não sei responder (não usa)



--	--	--	--	--

TRA6. Com que frequência levantam-se do assento do ônibus para dar-lhe lugar?
(ESCOLHA SIMPLES)

- nunca aconteceu apenas quando solicita o assento
- sempre recusa-se a aceitar que se levantem para dar o assento
- nunca foi preciso nunca usa ônibus ou outro transporte coletivo

TRA7. Quanto às informações dos trajetos e linhas dos transportes coletivos: (MÚLTIPLA ESCOLHA)

- TRA7a. é difícil achar informações sobre as linhas
- TRA7b. horários e rotas são legíveis e de fácil acesso
- TRA7c. é difícil identificar onde o ônibus vai parar
- TRA7d. é difícil achar informações sobre os horários
- TRA7e. não sei como encontrar essas informações
- TRA7z. não usa TRA7x. não observa nenhuma dessas características

TRA8. Com que frequência utiliza os transportes privados (taxi, carro de aluguel, carona paga, etc.) (ESCOLHA SIMPLES)

- nunca ou raramente utiliza entre 2 e 3 vezes por semana
- pelo menos 1 vez por mês quase ou todos os dias (4 ou mais por semana)
- pelo menos 3 vezes por mês uma vez ou mais por dia
- pelo menos uma vez por semana não usa

TRA9. Com relação aos táxis: (MÚLTIPLA ESCOLHA)

- TRA9a. são difíceis de serem usados por pessoa com dificuldade de se movimentar
- TRA9b. não têm espaço para cadeira de rodas
- TRA9c. não apresentam tabela de preços e, portanto, não sei o quanto vou gastar
- TRA9d. não são confortáveis ou limpos
- TRA9e. os motoristas não são educados nem prestativos
- TRA9f. não consegue usar (dificuldade de explicar o lugar onde quer chegar)
- TRA9g. os preços são muito caros
- TRA9z. não usa TRA9x. não observa nenhuma dessas características

As seguintes perguntas referem-se ao quesito HABITAÇÃO

HAB1. Diria que a sua residência é: (ESCOLHA SIMPLES)

- própria de parentes e/ou amigos outra:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- alugada sublocada
- emprestada invadida (área verde)

HAB2. Que modificações seriam necessárias ou foram realizadas para facilitar sua vida dentro de casa: (MÚLTIPLA ESCOLHA)

- HAB2a. rampas não necessita necessita foi realizada modificação
 - HAB2b. portas mais largas não necessita necessita foi realizada modificação
 - HAB2c. menos tapetes não necessita necessita foi realizada modificação
 - HAB2d. menos degraus não necessita necessita foi realizada modificação
 - HAB2e. vasos sanit. mais altos não necessita necessita foi realizada modificação
 - HAB2f. piso não escorregadio não necessita necessita foi realizada modificação
 - HAB2g. barra nos banheiros não necessita necessita foi realizada modificação
 - HAB2h. melhora da iluminação não necessita necessita foi realizada modificação
 - HAB2i. corrimão em escadas ou não necessita necessita foi realizada modificação
corredores
 - HAB2j. isolamento térmico não necessita necessita foi realizada modificação
(quente ou frio)
 - HAB2k. móveis adaptados não necessita necessita foi realizada modificação
(cama, cadeira, etc.)
 - HAB2x. não necessita não necessita necessita foi realizada modificação
modificações (exclui as outras)
 - HAB2z. outra modificação: não necessita necessita foi realizada modificação
- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

HAB3. O quão fácil foi realizar estas modificações? (ESCOLHA SIMPLES)

- fácil nem fácil nem difícil difícil
- não foi realizada nenhuma modificação não sabe responder

HAB4. Essas modificações foram? (ESCOLHA SIMPLES)

- não foi realizada nenhuma modificação
- muito caras caras acessíveis baratas
- recebeu ajuda do governo, não custou (quase) nada
- recebeu outro tipo de ajuda, não teve despesa:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- não sabe responder



23808

--	--	--	--	--

SAU1d. Nas últimas quatro semanas diminuiu a **intensidade** de suas atividades regulares por problemas de **saúde física**: (ESCOLHAS SIMPLES)

sim não não sei

SAU1g. Nas últimas quatro semanas diminuiu a **intensidade** de suas atividades regulares por **problemas emocionais**: (ESCOLHAS SIMPLES)

sim não não sei

SAU1f. Nas últimas quatro semanas **deixou de fazer** atividades que regularmente realiza por problemas de **saúde física**: (ESCOLHAS SIMPLES)

sim não não sei

SAU1e. Nas últimas quatro semanas **deixou de fazer** atividades que regularmente realiza por **problemas emocionais**: (ESCOLHAS SIMPLES)

sim não não sei

SAU1h. Nas últimas quatro semanas quanto a dor interferiu nas suas atividades que regularmente realiza: (ESCOLHAS SIMPLES)

nada pouco moderadamente muito extremamente

Quanto do seu tempo, nas últimas quatro semanas, sentiu-se: (ESCOLHAS SIMPLES)

SAU1i. calmo(a) e tranquilo(a)?

todo tempo maior parte do tempo às vezes raramente nunca não sabe

SAU1j. bem disposto (cheio de energia)?

todo tempo maior parte do tempo às vezes raramente nunca não sabe

SAU1k. cabisbaixo(a) ou triste?

todo tempo maior parte do tempo às vezes raramente nunca não sabe

SAU1l. Quanto do seu tempo os fatores emocionais e físicos interferiram nas suas atividade sociais nas últimas quatro semanas?

todo tempo maior parte do tempo às vezes raramente nunca não sabe

SAU2. Qual a facilidade ou dificuldade de realizar as seguintes atividades, sem auxílio? (não consegue sem auxílio = não consegue) (ESCOLHA SIMPLES)

SAU2a. caminhar 400 metros ou quatro quadras

muito fácil fácil ± fácil difícil muito difícil não consegue

SAU2b. subir 10 degraus ou um lance de escada

muito fácil fácil ± fácil difícil muito difícil não consegue

SAU2c. levantar ou carregar objetos de 5 quilos (duas sacolas de supermercado)

muito fácil fácil ± fácil difícil muito difícil não consegue

SAU2d. levantar-se de uma cadeira sem usar as mãos

muito fácil fácil ± fácil difícil muito difícil não consegue

SAU2e. abaixar-se e levantar-se para pegar algum objeto no chão

muito fácil fácil ± fácil difícil muito difícil não consegue

SAU2f. levantar os braços acima da cabeça

muito fácil fácil ± fácil difícil muito difícil não consegue

SAU2g. agarrar objetos firmemente com as mãos

muito fácil fácil ± fácil difícil muito difícil não consegue

SAU2h. transferir-se para uma cama ou cadeira

muito fácil fácil ± fácil difícil muito difícil não consegue

SAU2i. banhar-se

muito fácil fácil ± fácil difícil muito difícil não consegue

SAU2j. vestir-se

muito fácil fácil ± fácil difícil muito difícil não consegue

SAU2k. alimentar-se sozinho

muito fácil fácil ± fácil difícil muito difícil não consegue

SAU2l. usar o banheiro para suas necessidades

muito fácil fácil ± fácil difícil muito difícil não consegue

23808

SAU3. Muitas pessoas perdem acidentalmente a urina, quando tosse ou espirram ou não conseguem chegar no banheiro a tempo.

Na última semana apresentou alguma perda de urina, mesmo que pequena? (ESCOLHA SIMPLES)

não sim não sabe responder recusou-se a responder

pular

Na última semana (7 dias), quantas vezes perdeu urina nas seguintes situações:
(99 todo o tempo (usa fralda), 88 não sabe, 77 recusou)

a) Ao tossir, espirrar, rir ou fazer esforço: vezes

b) Quando não conseguiu chegar ao banheiro a tempo: vezes

c) Não relacionada aos casos acima citados: vezes

SAU4. Nos últimos trinta dias, com que frequência teve dificuldade para dormir ou manter o sono sem medicamento para dormir (se toma=tem dificuldade)? (ESCOLHA SIMPLES)

nunca (não tem dificuldade) 3-4 vezes por semana não sabe

< 1 vezes por semana 5 ou + vezes por semana

1-2 vezes por semana toma medicamento p/ dormir sempre

SAU5. Diria que, no geral, seu apetite ou vontade de comer tem sido... (ESCOLHA SIMPLES)

ótima boa regular má péssima

SAU6. Como classificaria sua saúde oral (dentes, dentadura, gengivas e dentro de sua boca)? (ESCOLHA SIMPLES)

ótima boa regular má péssima

SAU7. Como classificaria sua visão (mesmo com óculos ou lentes). (ESCOLHA SIMPLES)

ótima boa regular má péssima cego(a)

SAU8. Como classificaria sua audição (mesmo usando aparelho, caso use)? (ESCOLHA SIMPLES)

ótima boa regular má péssima surdo(a)

SAU9. Faz uso de algum desses aparelhos: (MÚLTIPLA ESCOLHA)

SAU9a. prótese dentária total superior (dentadura superior)

SAU9b. prótese dentária parcial superior (ponte superior)

SAU9c. prótese dentária total inferior (dentadura inferior)

SAU9d. prótese dentária parcial inferior (ponte inferior)

SAU9e. aparelho auditivo

SAU9f. óculos (incluir de leitura) ou lentes de contato

SAU9z. nenhum (exclui as outras)

SAU10. Quantos dentes naturais ou com implantes têm na boca? (ESCOLHA SIMPLES)

20 ou mais (perdeu poucos dentes, 12 ou menos)

entre 19 e 10 (perdeu quase metade, 13 a 22 dentes)

entre 1 e 9 (perdeu quase todos)

não tem nenhum dente

não sabe ou se nega a responder

SAU11. Com que frequência tem problemas em manter-se de pé por tontura ou falta de equilíbrio? (ESCOLHA SIMPLES)

sempre (cadeirante) muito frequente frequentemente às vezes nunca não sei

SAU12. Nos últimos 12 meses, caiu ao chão alguma vez, se sim quantas vezes?

(ESCOLHA SIMPLES)

não caiu nenhuma vez caiu de 4 a 5 vezes

caiu uma vez caiu de 6 ou mais vezes

caiu 2 a 3 vezes caiu, não sabe quantas vezes

não sabe se caiu alguma vez, não me lembra

SAU13. Se caiu, estava realizando atividade: (ESCOLHA SIMPLES)

NSA perigosa estava sob influência (álcool/droga) nada perigosa e sóbrio(a)

SAU14. Fuma atualmente ou alguma vez já fumou regularmente (todos os dias) por mais de 6 meses? (ESCOLHA SIMPLES)

não, nunca fumou

fumou regularmente, mas parou há mais de 10 anos

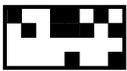
fumou regularmente, mas parou entre 10 e 5 anos atrás

fumou regularmente, mas parou a menos de 5 anos

fuma atualmente 20 ou mais cigarros por dia

fuma entre 10 e 20 cigarros por dia

fuma menos de 10 cigarros por dia



23808

Questionário #

--	--	--	--	--

Page 9 of 13

SAU23. Nos últimos 12 meses com que frequência consumiu cada um dos seguintes alimentos? (ESCOLHAS SIMPLES)

- SAU23a. Frutas <1x/sm 1x/sm 2-3x/sm 4-6x/sm diariamente
 SAU23b. Verduras e Legumes <1x/sm 1x/sm 2-3x/sm 4-6x/sm diariamente
 SAU23c. Alimentos gordurosos <1x/sm 1x/sm 2-3x/sm 4-6x/sm diariamente
 SAU23d. Alimentos doces <1x/sm 1x/sm 2-3x/sm 4-6x/sm diariamente
 SAU23e. Refrigerantes <1x/sm 1x/sm 2-3x/sm 4-6x/sm diariamente
 SAU23f. Bebidas Alcoólicas <1x/sm 1x/sm 2-3x/sm 4-6x/sm diariamente
 SAU23g. Leite e derivados* <1x/sm 1x/sm 2-3x/sm 4-6x/sm diariamente
 SAU23h. Carne e ovos <1x/sm 1x/sm 2-3x/sm 4-6x/sm diariamente
 SAU23i. Cereais, arroz e massas **integrais** <1x/sm 1x/sm 2-3x/sm 4-6x/sm diariamente

* queijo requeijão, ricota

SAU24. Diria que, normalmente:

- come demoradamente procura não perder tempo comendo
 come sem pressa come rapidamente NSA, não se alimenta sozinho(a)

SAU25. Normalmente, toma 6 a 8 copos de água (1,5 a 2 litros), incluindo chás, sucos naturais e chimarrão, por dia? Sim Não Não sabe

As seguintes perguntas referem-se ao quesito **SEXUALIDADE (se for o acompanhante quem estiver respondendo pular para Respeito e Inclusão Social (página 10))**

SEX1. Como considera sua vida sexual: (ESCOLHA SIMPLES)

- satisfatória nula e preocupante
 insatisfatória, poderia ser melhor recusa-se a responder
 nula, mas sem queixas não sei responder

SEX2. Com que frequência mantém relações sexuais (incluindo autossatisfação ou masturbação)? (ESCOLHA SIMPLES)

- não mantém relações sexuais não mais do que uma vez por semana
 não me lembra quando foi a última vez entre 2 a 3 vezes por semana
 pelo menos 1 vez ao ano 4 ou mais vezes por semana
 mais ou menos 3 vezes ao ano recusa-se a responder
 não mais do que 1 vez por mês não sabe responder

SEX3. (Para quem tem relações sexuais)

Quando tem relações sexuais normalmente utiliza alguma proteção? (ESCOLHA SIMPLES)

- não mantém relações sexuais
 pratica somente masturbação
 não por que é sempre o(a) mesmo(a) parceiro(a)
 não usa porque não gosta e acha desnecessário
 não usa porque não gosta, mas sabe que é importante
 não usa porque considera prejudicial
 não usa porque parceiro(a) não gosta ou não quer
 usa às vezes
 usa sempre
 recusa-se a responder

SEX4. Como encara o homossexualismo? (ESCOLHA SIMPLES)

- aceita com simpatia
 indiferente, não gosta nem desgosta
 não aceita, mas respeita
 não aceita e condena
 não tem opinião formada
 não sabe responder
 recusa-se a responder

SEX5. Conhece ou convive com um(a) homossexual? (MÚLTIPLA ESCOLHA)

- SEX4a. sim, vê seguidamente
 SEX4b. convive com um(a) homossexual
 SEX4c. não conhece nenhum(a)
 SEX4d. sim, mas vê poucas vezes
 SEX4e. é homossexual (pergunta circunstancial)
 SEX4f. evita qualquer relacionamento
 SEX4x. nega-se a falar sobre isso
 SEX4z. não sabe responder



- COI4. Está realizando, pretente ou gostaria de realizar cursos ou atividades artísticas ou culturais, tais como? (ESCOLHAS SIMPLES)
- COI4a. curso(s) de línguas (espanhol, inglês, etc.)
 está realizando pretende/gostaria não gostaria NSA (acompanhante)
- COI4b. alfabetização ou continuar os estudos (terminar a formação)
 está realizando pretende/gostaria não gostaria NSA (acompanhante)
- COI4c. cursos ou atividade de artesanato (artes manuais, pintura, cerâmica, etc.)
 está realizando pretende/gostaria não gostaria NSA (acompanhante)
- COI4d. cursos de informática ou computação
 está realizando pretende/gostaria não gostaria NSA (acompanhante)
- COI4e. cursos de dança, yoga, pilates, ginástica ou similar
 está realizando pretende/gostaria não gostaria NSA (acompanhante)
- COI4f. cursos de música (canto incluindo coral ou instrumento musical) ou teatro
 está realizando pretende/gostaria não gostaria NSA (acompanhante)

- COI5. Com que frequência acessa a Internet? (ESCOLHA SIMPLES)
- todos os dias não é alfabetizado, não consegue ler
- uma ou duas vezes por semana não sabe o que significa Internet
- uma ou duas vezes por mês não acessa, mas gostaria de acessar
- nunca acessa a Internet não sabe responder

- COI6. Dispõe de telefone em casa (fixo ou celular)? (ESCOLHA SIMPLES)
- sim sim, mas nunca atende não não sei

- COI7. Quantas vezes por semana conversa com amigos ou parentes que não moram com o Sr (a)? vezes por semana

- COI8. Nas últimas quatro semanas, com que frequência ficou sem saber de notícias importantes sobre familiares ou amigos? (ESCOLHA SIMPLES)
- sempre sabe o que está acontecendo
- com frequência não dizem alguma coisa importante
- quase nunca lhe dizem alguma coisa
- nunca sabe o que está acontecendo
- não sabe responder

As perguntas a seguir dizem respeito aos quesitos

SUPORTE COMUNITÁRIO E SERVIÇOS DE SAÚDE

- SCS1. Nos últimos seis meses, recebeu atendimento dos seguintes profissionais: (MÚLTIPLA ESCOLHA)

- SCS1a. cuidador em casa SCS1f. enfermagem
- SCS1b. fisioterapeuta SCS1g. nutricionista
- SCS1c. fonoaudióloga SCS1h. atendimento psicológico
- SCS1d. professor de ginástica SCS1i. médico
- SCS1e. massagista SCS1j. outros terapeutas
- SCS1x. não necessitou de nenhum atendimento domiciliar (exclui as outras)
- SCS1z. não sabe responder (exclui as outras)

- SCS2. Caso recebeu, esse(s) atendimento(s) foi(ram)? (MÚLTIPLA ESCOLHA)

- SCS2a. gratuito e público (pelo posto (SUS))
- SCS2b. realizada por voluntário(s) (familiar, Igreja ou comunidade)
- SCS2c. pago, particular
- SCS2d. integralmente coberto pelo plano de saúde
- SCS2e. parcialmente coberto pelo plano de saúde
- SCS2z. não se aplica, não recebeu nenhum

- SCS3. Caso na última vez que consultou, tenha recebido prescrição (receitas), como conseguiu os medicamentos? (ESCOLHA SIMPLES)

- comprou todos
- conseguiu todos no posto de saúde
- conseguiu alguns no posto e comprou o restante
- conseguiu alguns e ficou sem os outros
- conseguiu alguns no posto e de outra maneira:
- conseguiu de outra maneira:
- não conseguiu nenhuma
- não se aplica (não consultou, não recebi receita)
- não sabe

ANEXO B – Parecer da Comissão Científica do IGG



Porto Alegre, 21 de junho de 2010.

Senhor (a) Pesquisador (a)

A Comissão Científica do IGG apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa intitulado: "**Associação entre hábitos saudáveis de alimentação, estado nutricional e percepção de saúde dos idosos da cidade de Dois Irmãos no Rio Grande do Sul**".

Solicitamos que providencie os documentos necessários para o encaminhamento do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS. Salientamos que somente após a aprovação deste Comitê o projeto deverá ser iniciado.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Carla Helena Augustin Schwanke
Coordenadora CC-IGG

Sr(a) Mestrando (a)
Ângela Nolte
PPGGeronbio
N/U

PUCRS

Campus Central

Av. Ipiranga, 6690 – P. 60 – CEP: 90.610-000
Fone: (51) 3336-8153 – Fax (51) 3320-3862
E-mail: igg@pucrs.br
www.pucrs.br/igg

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética da PUCRS (CEP- 1678/09)



OF.CEP-1678/09

Porto Alegre, 18 de dezembro de 2009.

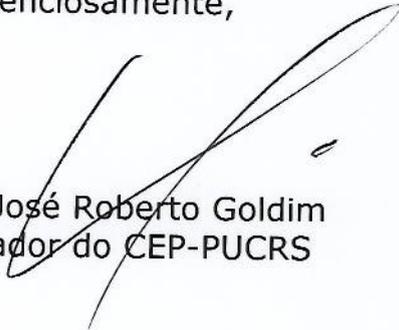
Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 09/04931 intitulado **"Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, uma abordagem multidimensional"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,



Prof. Dr. José Roberto Goldim
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.
Prof. Angelo Bós
IGG
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central

Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000

Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345

E-mail: cep@pucrs.br

www.pucrs.br/prppg/cep

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER

**Cadastro do Projeto CEP/PUCRS
09/04931**

Título:
"Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul, uma abordagem multidimensional"

Pesquisador Responsável:
Angelo Bós (pesquisador responsável), Milena Abreu Tavares de Sousa Fischer (pesquisadora associada), Cristine dos Reis (pesquisadora associada), Ângela de Oliveira Antunez Nolte (pesquisadora associada), Iride Cristofoli Caberlon (pesquisadora associada), Nara Regina Moura de Castilhos (pesquisadora associada), Newton Luiz Terra (pesquisador associado)

Aspectos Científicos e Metodológicos
Adequados, ao que me é dado avaliar.

Aspectos Éticos
Adequados, ao que me é dado avaliar.

Recomendação
Aprovar

Considerações Gerais

Data do Parecer 18/12/2009



**ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com aprovação de emenda
(CEP – 1289/10)**



OF.CEP-1289/10

Porto Alegre, 23 de novembro de 2010.

Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou a emenda datada de 04 de novembro de 2010, referente ao seu protocolo de pesquisa intitulado **"Associação entre hábitos saudáveis de alimentação, estado nutricional e percepção de saúde dos idosos"**:

- Alteração do título;
- Inclusão de dados coletados na cidade de Pântano Grande;
- Informação: o projeto acima referido faz parte do projeto "Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul, uma abordagem Multidimensional", com cadastro no CEP 09/04931.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.
Dr. Ângelo José Gonçalves Bós
IGG
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central

Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000

Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345

E-mail: cep@pucrs.br

www.pucrs.br/prppg/cep

**ANEXO E – CEP/ESP referente à pesquisa "Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul,
uma abordagem multidimensional"**



MINISTÉRIO DA SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul, uma abordagem multidimensional			
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) Saúde Coletiva		3. Código: 4.06	4. Nível: (Só área do conhecimento 4) Epidemiologia
5. Área(s) Temática(s) / Grupo:		6. Código(s): NA	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()
8. Unitermos: (3 opções) Envelhecimento, Estudo Epidemiológico, Condições de Vida			
SUJEITOS DA PESQUISA			
9. Número de sujeitos No Centro : 8.000 Total:		10. Grupos Especiais : <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião /Feto () Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc) () Outros () Não se aplica (x)	
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
11. Nome: <u>Ângelo José Gonçalves Bós</u>			
12. Identidade: RG 5002993541		13. CPF.: 26392704000	
19. Endereço (Rua, nº): Avenida Ipiranga, 6690 3º andar (IGG)			
14. Nacionalidade: Brasileira		15. Profissão: Professor Universitário	
20. CEP: 90610-000		21. Cidade: Porto Alegre	
22. U.F.RS			
16. Maior Titulação: PhD		17. Cargo: Professor Adjunto	
23. Fone: 3336 8153		24. Fax	
18. Instituição a que pertence: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul		25. E. mail: angelo.bos@pucrs.br	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.			
Data: <u>26 / 05 / 2009</u>		Assinatura <u>[Assinatura]</u>	
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO			
26. Nome: Escola de Saúde Pública do Estado do RS		29. Endereço (Rua, nº): Avenida Ipiranga 6311	
27. Unidade/Órgão: Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul		30. CEP: 90610-001	
31. Cidade: Porto Alegre		32. U.F.RS	
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (x)		33. Fone: 390111503	
34. Fax.: 3901 1538			
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (X) Nacional (X) Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição) : Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução			
Nome: <u>Sandra R M Vial</u>		Cargo <u>Diretor</u>	
Data: <u>26 / 05 / 2009</u>		Assinatura <u>[Assinatura]</u> Prof.ª Dr.ª Sandra Regina Martini Vial Diretora	
PATROCINADOR Não se aplica ()			
36. Nome: Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul		39. Endereço: Borges de Medeiros, 1501 6º andar	
37. Responsável: Dr Osmar Terra		40. CEP: 90119 900	
41. Cidade: Porto Alegre		42. UF: RS	
38. Cargo/Função: Secretário de Estado		43. Fone: 3288 5800	
44. Fax: 3226 3309			
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP			
45. Data de Entrada: <u>26 / 05 / 2009</u>		46. Registro no CEP: 481/09	
47. Conclusão: Aprovado (X)		48. Não Aprovado ()	
Data: <u>15/09/09</u>		Data: <u> / / </u>	
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: <u> / / </u> Data: <u> / / </u>			
Encaminho a CONEP: 50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação ()		53. Coordenador/Nome	
52. Data: <u> / / </u>		Assinatura	
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP			
54. Nº Expediente :		57. Registro na CONEP:	
55. Processo :			
58. Observações:			

COMITÊ DE ÉTICA NA PESQUISA EM SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA

PARECER DE APROVAÇÃO

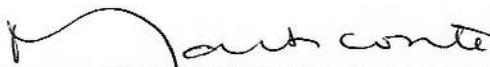
Data da aprovação: 15/09/2009

Protocolo CEPS-ESP n.º 481/09

Projeto: "Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, uma Abordagem Multidimensional".

Pesquisador(a) Responsável: Angelo José Gonçalves Bós

Este projeto está de acordo com as normas éticas e metodológicas do Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul e conforme a Resolução CNS n.º 196/96.



Marta Conte
Coordenadora do Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde
Escola de Saúde Pública/SES/RS

Of. CEP/ESP-143/2009

Porto Alegre, 15 de setembro de 2009.

Senhor(a) Pesquisador(a)

O Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul apreciou e **aprovou** o seu protocolo de pesquisa intitulado: **“Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, uma Abordagem Multidimensional”**. Diante disso, considerou que o mesmo tem relevância para a ciência e encontra-se ética e metodologicamente adequado.

Solicitamos que, ao final da pesquisa, seja entregue uma via para esse Comitê.



Marta Conte
Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde
da ESP/SES/RS

A(o)
Pesquisador(a)
Angelo José Gonçalves Bós
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

N/C