

Avaliação Qualitativa da Alimentação de Idosos e suas Percepções de Hábitos Alimentares Saudáveis

Qualitative Evaluation of Dietary Intake of Elderly and Healthy Eating Habits Perceptions

Luana Romão Nogueira^{a*}; Juliana Masami Morimoto^b; Juliana Aiko Watanabe Tanakac^c; Ana Paula Bazanelli^d

^aFaculdade de Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Nutrição.

^bUniversidade Presbiteriana Mackenzie e Universidade Metodista de São Paulo.

^cUniversidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Instituto do Coração do Hospital das Clínicas.

^dUniversidade Presbiteriana Mackenzie, Curso de Nutrição no Complexo Educacional.

*E-mail: ana.bazanelli@mackenzie.br

Resumo

O envelhecimento é um processo natural que torna os indivíduos mais vulneráveis, prejudicando seus estados nutricionais. Portanto, o objetivo desse trabalho foi avaliar e comparar, qualitativamente, o consumo alimentar de idosos institucionalizados e não institucionalizados, classificar o estado nutricional e identificar a percepção sobre hábitos alimentares saudáveis. Trata-se de um estudo transversal, com indivíduos com idade ≥ 60 anos assistidos ou não por instituições. Foram aplicados três questionários: caracterização da amostra, questionário alimentar e questionário sobre “Percepções de hábitos saudáveis”. Dentre os 45 idosos avaliados, 21 eram institucionalizados e 24 não institucionalizados. A maioria era do sexo feminino, viúva, com idade entre 60-93 anos e Ensino Fundamental completo. A maioria dos idosos se encontrava em sobrepeso e apresentavam percepção sobre hábitos alimentares semelhantes, classificados como regulares. Os idosos institucionalizados apresentaram alimentação mais adequada, pois realizam mais refeições ao dia e possuem maior consumo de cereais, verduras, legumes, carnes, leguminosas e peixe, e menor consumo de álcool. O leite com reduzido teor de gordura é preferido pelos idosos institucionalizados, enquanto os idosos residentes em moradia preferem os produtos lácteos integrais. O uso de óleo vegetal foi referido por todos os idosos. Cerca de 4% nos dois grupos relataram adição de sal em alimentos já preparados. O consumo de frutas, alimentos fritos, embutidos, doces e refrigerantes foi semelhante para os dois grupos. Considera-se importante uma atenção especial à alimentação desse grupo, dado que um adequado estado nutricional reduz complicações de saúde e promove um envelhecimento bem-sucedido.

Palavras-chave: Idoso. Estado Nutricional. Consumo de Alimentos.

Abstract

Aging is a natural process which makes individuals to become more vulnerable, damaging their nutritional status. The purposes of this study are both a qualitatively evaluation and a comparative view on the food consumption of institutionalized elderly people and non-institutionalized as well as to classify their nutritional status and, finally, identify their perception concerning healthy eating habits. It was elaborated a cross-sectional study of individuals aged ≥ 60 years assisted or not by institutions. Three questionnaires were applied: the sample characterization; food questionnaire; and questionnaire about “Healthy habits Perception”. Among the 45 elderly patients, 21 of them were institutionalized and 24 of them were non-institutionalized. The majority being female, widowed, aged between 60-93 and completed elementary school. Most of elderly were overweight and had similar perceptions of healthy habits, classified as regular. Institutionalized elderly showed more adequate food consumption, as they accomplish more meals per day and have a higher consumption of cereals, vegetables, meat, legumes and fish, and less alcohol consumption. Institutionalized elderly prefer milk with reduced fat content, while elderly living at home prefer whole milk products. All the elderly have reported the use of vegetable oil. About 4% in both groups reported adding salt to prepared food. The consumption of fruits, fried foods, cold cuts, sweets and soft drinks was similar for both groups. It is considered important to pay special attention to the feeding of this group, since that adequate nutritional status reduces health complications and promotes successful aging.

Keywords: Aged. Nutritional Status. Food Consumption.

1 Introdução

O envelhecimento é um processo natural, espontâneo, progressivo e irreversível que torna os indivíduos mais vulneráveis, podendo facilitar a ocorrência de processos patológicos¹. No Brasil, de acordo com a Lei nº 10.741/03, são considerados idosos aqueles indivíduos que possuem sessenta anos ou mais². Atualmente, há o crescimento do número da população idosa e, com isso, expande-se a demanda por instituições de longa permanência para este grupo. Porém, isso depende de fatores culturais e do grau de suporte familiar³. De acordo com estudo de Camarano e Kanso⁴, a maioria desses

locais é privada e com fins lucrativos.

O processo do envelhecer é marcado tanto por mudanças anatômicas como funcionais, destacando-se a perda de massa magra que contribui para a redução da força muscular e função física, além de aumentar o risco de doenças crônicas⁵. Nesta fase, também podem ocorrer perdas sensoriais, ou seja, diminuição das sensações de paladar, visão, odor, audição e tato, o que tem influência no apetite e no prazer de se alimentar, disfagia que causa dificuldades de deglutição, alterações na acidez gástrica e no esvaziamento gástrico, constipação intestinal e diminuição da capacidade de funcionamento dos rins⁶. Muitas dessas alterações podem prejudicar o estado

nutricional do indivíduo, já que influenciam diretamente na forma de se alimentarem¹.

Uma alimentação saudável é necessária em todas as etapas da vida. Contudo, isso atinge maior relevância no envelhecimento já que pode diminuir o impacto dessas alterações sobre a saúde e melhorar a qualidade de vida, especialmente, em indivíduos que possuem doenças crônicas não-transmissíveis, como: *diabetes mellitus*, câncer, doenças respiratórias e cardiovasculares⁷.

O *Guia Alimentar para a População Brasileira* apresenta recomendações alimentares oficiais para a população brasileira maior de dois anos, as quais fornecem a base para a promoção de sistemas alimentares saudáveis e do consumo de alimentos saudáveis⁸. Dentre as orientações expostas no guia, e que podem ser aplicadas a população idosa, destacando-se recomendações para o consumo diário de cereais integrais, frutas, legumes e verduras, queijos, iogurte, carnes magras, aves ou peixes e feijões⁸. Além disso, este manual ressalta, também, a importância da redução do consumo de alimentos ricos em sódio, carboidratos simples, gorduras saturadas e trans^{8,9}. A escolha de alimentos nutritivos e o consumo dos mesmos na quantidade correta tem um impacto importante sobre a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos¹⁰. Portanto, pode-se considerar uma alimentação saudável aquela que contenha todos os grupos alimentares em suas devidas proporções¹¹. Em estudo realizado com um grupo de idosos, foi observado que os mesmos estão consumindo poucos alimentos integrais, elevado consumo de carboidratos refinados, vegetais verde-escuros, arroz e feijão¹².

Em vista da atual situação demográfica do país, da falta de dados na literatura sobre esta população e dos riscos ou complicações que esses indivíduos podem vir a ter decorrente de uma alimentação inadequada, o objetivo deste trabalho implica avaliar e comparar qualitativamente o consumo alimentar de idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados, classificar o estado nutricional e identificar a percepção sobre hábitos alimentares saudáveis destas populações.

2 Material e Métodos

O presente estudo teve delineamento transversal. Foram incluídos no estudo indivíduos idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, residentes do município de São Paulo, assistidos ou não por instituições de longa permanência. Todos os idosos que aceitaram participar do estudo, responderam aos questionários e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo incluídos no estudo.

Por ser um estudo que envolve seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie e Plataforma Brasil sob número CAAE 13533513.7.0000.0084.

Inicialmente, os idosos foram informados sobre o protocolo da pesquisa e os que aceitaram participar do estudo

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na sequência, os idosos receberam breves instruções sobre o preenchimento dos questionários, que foram aplicados pelo pesquisador.

A coleta de dados dos idosos institucionalizados foi realizada em dia e momento determinado pela própria instituição que recebeu a Carta de Informação à Instituição juntamente do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta dos idosos não institucionalizados foi realizada, por conveniência, em locais em que há grande concentração dos mesmos.

O questionário 1 (Anexo 1) aplicado aborda questões referentes aos dados pessoais do sujeito, tais como nome, sexo, escolaridade, atividade física, doenças existentes, grau de dependência, responsável pelo preparo da alimentação e dados antropométricos de peso e estatura referidos. O questionário 2 (Anexo 2) é baseado no teste do *Guia Alimentar para a População Brasileira*¹³, o qual é composto de perguntas sobre hábitos alimentares com enfoque sobre a média de consumo de grupos alimentos e estilo de vida. Cada resposta equivale a uma pontuação que ao final será somada e classificada desde alimentação inadequada até uma alimentação saudável. O questionário 3 (Anexo 3) se refere ao teste de “Percepções de Hábitos Saudáveis”¹⁴ adaptado pelo pesquisador à população de estudo, o qual contempla questões referentes à alimentação saudável como, por exemplo, a seguinte afirmação: “Os alimentos ricos em carboidratos (massas, pães e cereais) são aqueles que deverão oferecer maior quantidade de energia para o nosso corpo”. Neste teste, o entrevistado assinalou se concorda, discorda ou não tem opinião formada sobre o assunto abordado.

Para a busca e seleção de artigos a serem utilizados na discussão do presente estudo foi realizada busca em bases de dados em ciências da saúde, como SciELO e Lilacs, e bases indexadoras como o Google Scholar. Também foram utilizados Descritores em Ciências da Saúde - DeCS para a pesquisa bibliográfica.

As variáveis coletadas foram tabuladas com o auxílio do *software* Microsoft Excel 2010. Os resultados foram expressos em média e desvio padrão. Para a análise estatística, utilizouse o *software* SPSS, versão 11.0, para Windows (SPSS, Inc. Chicago, IL). Para comparar os resultados entre os idosos assistidos ou não por instituições de longa permanência, utilizou-se o teste *t* de *Student* para as variáveis contínuas e o teste do Qui-quadrado para as variáveis categóricas. A significância estatística será considerada para valores de $P < 0,05$.

3 Resultados e Discussão

O presente estudo avaliou 45 idosos, sendo 21 institucionalizados e 24 não institucionalizados. O Quadro 1 ilustra as principais características sócio-demográficas da amostra. Como pode ser observada, a maioria dos idosos era

do sexo feminino, viúvos e com idade variando entre 60 a 93 anos. Em relação à escolaridade, a maioria dos idosos possuía Ensino Fundamental completo. Em relação a análise de presença de doenças crônicas não transmissíveis, notam-se como mais prevalentes a hipertensão arterial e o *diabetes mellitus*. Destacou-se também, o percentual de idosos portadores de Doença Alzheimer (n=5, 11,1%). Como outras doenças referidas incluíram-se asma, Parkinson, bronquite, artrose, hipotireoidismo, diverticulite, polineuropatia, gastrite e reumatismo. Resultado semelhante foi encontrado em estudo feito por Siqueira e colaboradores¹⁵, em que 63,3% da amostra composta por indivíduos idosos eram hipertensivos, e 19,5% eram diabéticos.

Quadro 1: Principais características sociodemográficas e clínicas dos idosos. São Paulo, 2014

Variáveis	Resultados
Sexo (M/F)	10/35
Idade (anos)	74,2±9,8
Estado Civil [n (%)]	
Viúvo	18 (40,0)
Casado	14(31,1)
Solteiro	7 (15,6)
Divorciado	6 (13,3)
Escolaridade [n (%)]	
Ensino fundamental	25 (55,6)
Ensino médio	7 (15,6)
Ensino Superior	12 (26,7)
Pós-graduação	1 (2,2)
Presença de DCNT^a [n (%)]	
Hipertensão arterial	30(66,7)
Diabetes Mellitus	11(24,4)
Dislipidemia	8(17,8)
Doença Cardiovascular	8(17,8)
Câncer	2(4,3)
Outras doenças	19 (42,2)

^aDCNT: Doença crônica não transmissível.

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à atividade física, a maior parte da amostra era sedentária (69,9%) e entre os idosos ativos, a prática mais prevalente de exercício físico era a caminhada (78,6%). O tabagismo foi referido por apenas 6,7% dos idosos. Em contraste com os resultados do presente estudo, Siqueira e colaboradores¹⁵ constataram que 58,0% dos idosos eram sedentários e 15,2% eram tabagistas. As discrepâncias entre esses resultados podem ser explicadas pela diferença de faixa etária, uma vez que no estudo comparativo, a maior parte da amostra idosa tinha idade entre 65 e 75 anos.

Analisando o grau de dependência dos dois grupos de idosos conjuntamente, a minoria se encontrava dependente (8,9%), seguido por semi-dependentes (28,9%) e independentes (62,2%). Em estudo realizado com 187 indivíduos idosos, cujo objetivo envolvia avaliar o grau de

independência para atividades da vida diária, conclui-se que apenas 37% dos avaliados eram independentes, fato este que pode ser justificado pela amostra ser composta apenas de idosos institucionalizados, o que contribui para associação da institucionalização com dependência física ou cognitiva¹⁶. O preparo da alimentação era realizado pela instituição para os idosos institucionalizados, enquanto a maioria dos não institucionalizados (44,4%) era responsável pela própria alimentação.

Em relação ao estado nutricional, o IMC médio dos indivíduos foi de 28,2kg/m², caracterizando a amostra como sobrepeso. Resultado semelhante ao encontrado por Martins e colaboradores¹⁷ uma vez que a amostra apresentou IMC médio de 30,8kg/ m². O estudo realizado por Santos e Sichieri¹⁸ também corrobora com esses resultados, pois observaram a prevalência de sobrepeso em todas as diferentes faixas etárias de idosos analisadas.

No que se refere ao teste do Ministério da Saúde sobre alimentação, e ao teste de percepções de hábitos alimentares saudáveis, o Quadro 2 ilustra os resultados encontrados. Pode-se observar que a maioria dos idosos precisa ter atenção maior a alimentação e hábitos de vida, corroborando com esse resultado percebe-se que a maioria apresenta percepção de hábitos alimentares saudáveis consideradas apenas regulares.

Quadro 2: Distribuição em número e porcentagem dos conhecimentos sobre alimentação saudável. São Paulo, 2014

Questionário 2 ^a	[n (%)]
Atentar à sua alimentação e outros hábitos, como atividade física	31(68,9%)
Caminho certo para a alimentação saudável	14 (31,1%)
Questionário 3 ^b	
Percepção regular	31 (68,9%)
Percepção boa	13 (28,8%)
Percepção excelente	1 (2,2%)

^a Questionário 2: Teste Como está sua alimentação?; ^b Questionário 3: Teste de percepções de hábitos alimentares saudáveis

Fonte: Dados da pesquisa.

Com o objetivo de investigar diferenças entre os grupos de idosos, as análises também foram conduzidas de acordo com o local em que esses idosos residiam, ou seja, residentes de instituições ou domicílio (Quadro 3).

Quadro 3: Principais características sociodemográficas e clínicas dos idosos residentes em instituições ou domicílio. São Paulo, 2014

Variáveis	Idosos Institucionalizados	Idosos Residentes em Domicílio	P
Idade (anos)	81,0 ± 8,4	68,3 ± 6,7	<0,001
Estado civil [n (%)]			
Solteiros	4 (19,0%)	3 (12,5%)	0,576
Casados	5 (23,8%)	9 (37,5%)	
Divorciados	8 (38,1%)	10 (41,7%)	
Viúvos	4 (19,0%)	2 (8,3%)	
Escolaridade [n (%)]			
Ensino Fundamental	12 (57,1%)	13 (54,2%)	0,724
Ensino Médio	2 (14,3%)	4 (16,7%)	
Ensino Superior	5 (23,8%)	7 (29,2%)	
Pós-graduação	1 (4,8%)	-	
Atividade Física [n (%)]			
Sedentários	17 (81,0%)	14 (58,3%)	0,173
Ativos	4 (19,0%)	10 (41,7%)	
Tabagismo [n (%)]			
Não	20 (95,2%)	23 (95,8%)	0,632
Sim	1 (4,8%)	1 (4,2%)	
Dependência [n (%)]			
Dependentes	3 (14,3%)	1 (4,2%)	<0,001
Semi-dependentes	12 (57,1%)*	1 (4,2%)*	
Independentes	6 (28,6%)*	22 (91,6%)*	
IMC	27,7 kg/m ²	29,3kg/ m ²	0,232
Pontuação teste Ministério da saúde	40,9±5,7	37,5±5,0	0,035

Fonte: Dados da pesquisa.

Como pode ser observado no Quadro 3, os idosos institucionalizados eram mais velhos, mais dependentes e apresentaram maior pontuação no teste do Ministério da Saúde. Os idosos do primeiro grupo apresentaram média de idade de 81 anos, cerca de 12,7 anos a mais do que o segundo grupo. A predominância do sexo feminino em instituições para idosos, a idade elevada e o baixo nível de escolaridade, corroboram com dados nacionais¹⁹. Ao comparar o grau de dependência, a maioria dos idosos institucionalizados encontra-se semi-dependente, enquanto os idosos residentes em moradias, independentes, dado que evidencia a associação da institucionalização com dependência física ou cognitiva, como já mencionado anteriormente. O estudo de Roque *et al.*¹⁹ corrobora com essa afirmação, pois em sua amostra institucionalizada, 30% possuía algum tipo de dependência, e 36,7% eram dependentes, isso porque 63,6% tinham demência e 27,3% já sofreram algum tipo de Acidente Vascular Encefálico.

Sobre a pontuação do teste do *Guia Alimentar para a População Brasileira*, o primeiro grupo apresentou 3,4 pontos acima do segundo, contudo, os dois se encaixam na categoria: “atentar à sua alimentação e outros hábitos, como atividade física”. Esse resultado demonstra que a alimentação na instituição pode ser mais adequada, nutricionalmente, uma vez que as instituições visitadas para a coleta de dados contavam com cardápio planejado, nutricionista em sua equipe e, algumas destas possuíam atividades de educação nutricional em rotina. No entanto, foi encontrado por Roque *et al.*¹⁹,

que cerca de 16% dos idosos institucionalizados apresentam comportamento não colaborativo durante a alimentação, isso devido, principalmente, à necessidade de auxílio para se alimentar. Em contrapartida, o cardápio planejado, a presença de nutricionista e as atividades de educação nutricional se destacam, positivamente, visto a necessidade de cuidado especial e monitoramento nutricional devido a alta prevalência de má nutrição em idosos institucionalizados²⁰.

Ao avaliar a ingestão diária de diferentes tipos de alimentos, o grupo dos idosos institucionalizados apresentou consumo maior de cereais, verduras, legumes, carnes, leguminosas, leites e derivados do que os idosos residentes em moradias. O consumo de frutas, alimentos fritos, embutidos, doces e refrigerantes foi semelhante para os dois grupos.

Quando questionados sobre a retirada da gordura aparente da carne, 85,7% do primeiro grupo e 70,8% do segundo grupo relataram este hábito. Em estudo realizado por Heitor *et al.*²¹ com 850 idosos de Minas Gerais, apenas 46,9% referiram que removem a gordura aparente da carne. De acordo com a WHO⁹, o consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal é o principal fator contribuinte para o desenvolvimento de dislipidemias e doenças isquêmicas do coração. Sobre o consumo de peixes, 95,2% dos idosos institucionalizados consomem de uma até quatro vezes por mês e para o mesmo consumo, os não institucionalizados apresentaram 41,7%.

Os grupos diferem em relação ao tipo de leite consumido, enquanto os institucionalizados dão preferência ao produto com reduzido teor de gordura (61,9%), os idosos residentes

em moradia preferem os produtos lácteos integrais (54,2%). Em estudo realizado por Freitas, Philippi e Ribeiro²², o consumo do leite integral foi referido com maior frequência do que o leite desnatado em amostra por conveniência de idosos independentes, o que corrobora com os resultados encontrados no presente estudo.

Todos os entrevistados, institucionalizados ou não, relataram o uso de óleos vegetais para cozinhar os alimentos. Resultado um pouco divergente do encontrado por Coca *et al.*²³ em Minas Gerais, em que 1% dos homens e 4% das mulheres relataram utilizar banha animal nas preparações.

Relativamente à adição de sal nos alimentos após a preparação, os resultados encontrados foram similares entre os dois grupos, sendo que apenas 4,7% no primeiro grupo possuem esse hábito, e 4,2% no segundo grupo. Resultado semelhante foi encontrado em estudo feito por Nolte²⁴ em Porto Alegre, em que 90,7% dos idosos referiram não adicionar sal nos alimentos depois de preparados, ou seja, apenas 9,3% adicionam sal nos alimentos prontos.

Com relação ao número de refeições diárias, 66,6% dos indivíduos institucionalizados realizam seis refeições, em contrapartida, a maioria dos indivíduos não institucionalizados, que corresponde a 33,3% realizam quatro refeições ao dia. Em estudo realizado por Sass e Marcon²⁵ com 75 idosos hospitalizados constatou-se que 78,7% realizavam apenas três refeições ao dia, a diferença pode ser explicada pelo fato do estudo ser do Paraná, além da média etária ser menor do que a da amostra do presente estudo.

Sobre o consumo diário de água, 66,6% do primeiro grupo consome menos de quatro copos e 41,7% do segundo grupo consomem entre quatro e cinco copos de água. Valores semelhantes aos que foram encontrados em estudo de Carvalho e Zanardo²⁶, que avaliaram o consumo de água e outros líquidos em idosos e adultos residentes de um município no Rio Grande do Sul, visto que os idosos apresentaram consumo médio de cinco a sete copos de água ao dia.

O consumo de bebidas alcoólicas não foi referido por 95,2% dos idosos institucionalizados e 62,5% dos residentes em moradias próprias. Em estudo realizado por Zaitune *et al.*²⁷ com 426 indivíduos idosos, foi constatado que 35,9% ingeriam bebidas alcoólicas com frequência. A divergência entre os estudos pode ser justificada, uma vez que foram realizados em municípios diferentes. A ingestão de bebidas alcoólicas em quantidades exageradas está relacionada ao aumento da pressão arterial²⁴.

Quanto à leitura da informação nutricional contida nos rótulos dos alimentos, dos idosos institucionalizados, a maioria (42,9%) referiu o hábito apenas para alguns produtos, em relação aos idosos residentes em moradias, a maior parte (41,7%) não relatou o hábito para nenhum tipo de produto. Em estudo realizado por Lunelli *et al.*²⁸, 34,62% da amostra composta por 52 idosos relataram que não leem os rótulos dos produtos alimentares, resultado semelhante com o presente

estudo em relação aos idosos residentes em moradias próprias. Ainda de acordo com esse estudo, o principal motivo que não os leva à leitura é a falta de interesse pelas informações.

Ao analisar as percepções de hábitos alimentares adequados distinguidos por grupo, 80,9% dos idosos do primeiro grupo possuem uma percepção regular, e 70,8% dos idosos do segundo grupo apresentam a mesma percepção.

A questão com mais respostas incorretas nos dois grupos foi a seguinte: Para a nossa saúde o que importa é apenas a quantidade de alimentos que comemos e não o tipo de alimentos que ingerimos (frutas, cereais, hortaliças, leite, carne etc.). Apenas 9,5% dos entrevistados do primeiro grupo discordaram da afirmação, seguido de 12,5% do segundo grupo. A questão com a maior porcentagem de acertos nos dois grupos foi: “As vitaminas e os sais minerais não fornecem energia para o nosso corpo, mas ajudam em seu funcionamento”.

4 Conclusão

A maioria dos idosos, institucionalizados ou não, encontrava-se em sobrepeso e apresentavam percepção sobre hábitos alimentares semelhantes, classificados como regulares. Já em relação ao consumo alimentar, os idosos institucionalizados apresentaram alimentação mais adequada, pois realizam mais refeições ao dia e possuem maior consumo de cereais, verduras, legumes, carnes, leguminosas e peixe.

O presente estudo proveu conhecimentos convenientes sobre a população idosa, sua alimentação, características socioeconômicas e percepções sobre alimentação, revelando diferenças entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados. Considera-se necessário a atenção especial à alimentação desse grupo, dado que um adequado estado nutricional reduz complicações de saúde e promove um envelhecimento bem-sucedido.

Referências

1. Alves RP, Gomes MMBC, Marucci MFN. Nutrição na geriatria. In: Mura JDP, Silva SMCS. Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia. São Paulo: Roca; 2007.
2. Brasil. Lei nº 10.741/03, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. [acesso em 23 set 2015]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm.
3. Duca GFD. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. Rev Saúde Pública 2012;46(1):147-53.
4. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Rev Bras Estud Popul 2010;27(1):232-5.
5. Unicovsky MAR. Idoso com sarcopenia: uma abordagem do cuidado da enfermeira. Rev Bras Enferm 2004;57(3):298-302.
6. Nancy GH. Nutrição no envelhecimento. In: Escott-stump S, Mahan LK. Alimentos, nutrição e dietoterapia. São Paulo: Roca; 2005.

7. Boz C, Mendes KG, Santos JS. Descrição do índice de massa corporal e do padrão do consumo alimentar das integrantes de uma universidade da terceira idade no interior do Rio Grande do Sul. *RBCEH* 2010;7(2):229-43.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2014. [acesso em 13 abr 2015]. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasiliera-Miolo-PDF-Internet.pdf>.
9. WHO - World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. [acesso em 9 set 2015]. Disponível em <http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/en/>.
10. Barbosa M. A importância da alimentação saudável ao longo da vida refletindo na saúde do idoso. Rio Grande do Sul. Monografia [Trabalho de Conclusão de Curso] - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul; 2012.
11. Cabral P, Pereira JMO. Avaliação dos conhecimentos básicos sobre nutrição de praticantes de musculação em uma academia da cidade de Recife. *RBNE* 2007;1(1):40-7.
12. Freitas AMP, Philippi ST, Ribeiro SML. Listas de alimentos relacionadas ao consumo alimentar de um grupo de idosos: análises e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2011;14(1):161-77.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2005. [acesso em 7 out 2015]. Disponível em http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_1109_M.pdf.
14. Grondin LMV, Guedes DP. Percepção de hábitos saudáveis por adolescentes: associação com indicadores alimentares, prática de atividade física e controle de peso corporal. *Rev Bras Cienc Esporte* 2002;24(1):23-45.
15. Siqueira FV, Nahas MV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, *et al.* Fatores considerados pela população como mais importantes para manutenção da saúde. *Rev Saúde Pública* 2009;43(6):961-71.
16. Araújo MOPH, Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Esc Enferm USP* 2007;41(3):378-85.
17. Martins MPSC, Gomes ALM, Martins MCC, Mattos MA, Souza Filho MD, Mello DB, *et al.* Consumo alimentar, pressão arterial e controle metabólico em idosos diabéticos hipertensos. *Rev Bras Cardiol* 2010;23(3):162-70.
18. Santos DM, Sichieri R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. *Rev Saúde Pública* 2005;39(2):163-8.
19. Roque FP, Bomfim FMS, Chiari BM. Descrição da dinâmica de alimentação de idosos institucionalizados. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2010; 15(2):256-63.
20. Benetti F, Vargas AC, Portella MR, *et al.* Instituições de Longa Permanência para idosos: olhares sobre a profissão do nutricionista. *Estud Interdiscipl Envelhec.* 2014; 19(2): 397-408.
21. Heitor SFD, Rodrigues LR, Tavares DMS. Prevalência da adequação à alimentação saudável de idosos residentes em zona rural. *Texto Contexto Enferm* 2013;22(1):79-88.
22. Freitas AMP, Philippi ST, Ribeiro SML. Listas de alimentos relacionadas ao consumo alimentar de um grupo de idosos: análises e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2011;14(1):161-77.
23. Coca AL, Gripp DB, Schinestzki ECV, Gianlupi K, Liberali L, Coutinho VF. Consumo alimentar e sua influência no controle da hipertensão arterial de adultos e idosos de ambos os sexos em uma unidade básica de saúde em Dourados – MG. *RBCEH* 2010;7(12):244-57.
24. Nolte AOA. Associação entre hábitos saudáveis de alimentação, estado nutricional e percepção de saúde dos idosos. Rio Grande do Sul. Dissertação [Mestrado em Gerontologia Biomédica] – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2011.
25. Sass A, Marcon SS. Dependência para alimentar-se e consumo alimentar em idosos hospitalizados. *Rev Bras Enferm* 2012;65(6):955-61.
26. Carvalho APL, Zanardo VPS. Consumo de água e outros líquidos em adultos e idosos residentes do município de Erechim – Rio Grande do Sul. *Perspectiva* 2010;34(125):117-26.
27. Zaitune MPA, Barro MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006;22(2):285-94.
28. Lunelli AC, Lopes CP, Warmling CA, Alves FS, Colle GD, Santana GA, Rosa RR, Nurenberg ZR. Morbidades em idosos e sua relação com o hábito de leitura de rotulagem de alimentos. *RIC* 2006;4(1):179-87.

Anexos:**Anexo 1****Questionário 1**

- 1) Nome: _____
- 2) Data de nascimento: _____ Idade: _____
- 3) Sexo: () Feminino () Masculino
- 4) Estado civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado
- 5) Escolaridade: () Ensino fundamental () Ensino Médio
() Curso superior () Pós-graduação
- 6) Tem algum tipo de doença? () Dislipidemias () *Diabetes Mellitus* () Doença Cardiovascular () Bronquite, Asma () Hipertensão Arterial () Câncer () DRC () Outras: _____
- 7) Atividade física: () não () sim. Qual? _____
Frequência: _____
- 9) Tabagista: () não () sim. Frequência: _____
- 10) Grau de dependência: () dependente () semi-dependentes () independentes
- 11) Responsável pelo preparo da alimentação: () Instituição () Cuidador
() próprio entrevistado () familiar. Grau de parentesco: _____
- 12) Dados antropométricos referidos:
Peso(kg): _____ Altura(cm): _____ IMC (kg/m²): _____

Anexo 2**Questionário 2**

- 1) Qual é, em média, a quantidade de frutas (unidade/fatia/peça/copo de suco natural) que você come por dia?
() Não como frutas, nem tomo suco de frutas natural todos os dias
() 3 ou mais unidades/fatias/peças/copos de suco natural
() 2 unidades/fatias/peças/copos de suco natural
() 1 unidade/fatia/peça/copo de suco natural
- 2) Qual é, em média, a quantidade que você come dos seguintes alimentos: feijão de qualquer tipo ou cor, lentilha, ervilha, grão-de-bico, soja, fava, sementes ou castanhas?
() Não consumo () 2 ou mais colheres de sopa por dia
() Consumo menos de 5 vezes por semana () 1 colher de sopa ou menos por dia
- 3) Qual a quantidade, em média, que você consome por dia dos alimentos listados abaixo?
a) Arroz, milho e outros cereais (inclusive os matinais); mandioca/macaxeira/aipim, cará ou inhame; macarrão e outras massas; batata-inglesa, batata-doce, batata-baroa ou mandioquinha. Colheres de sopa;
() 1 a 3 () 4 a 6 () 7 a 9 () 9 ou mais
b) Pães unidades/fatias; () 1 a 3 () 4 a 6 () 7 a 9 () 9 ou mais
c) Bolos sem cobertura e/ou recheio fatias; () 1 a 3 () 4 a 6 () 7 a 9 () 9 ou mais
d) Biscoito ou bolacha sem recheio () 1 a 3 () 4 a 6 () 7 a 9 () 9 ou mais
- 4) Qual é, em média, a quantidade de carnes (gado, porco, aves, peixes e outras) ou ovos que você come por dia?
() Não consumo nenhum tipo de carne
() 1 pedaço/fatia/colher de sopa ou 1 ovo
() 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou 2 ovos
() Mais de 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou mais de 2 ovos
- 5) Você costuma tirar a gordura aparente das carnes, a pele frango ou outro tipo de ave?
() Sim () Não () Não como carne vermelha ou frango
- 6) Você costuma comer peixes com qual frequência?
() Não consumo () Somente algumas vezes no ano
() 2 ou mais vezes por semana () De 1 a 4 vezes por mês
- 7) Qual é, em média, a quantidade de leite e seus derivados (iogurtes, bebidas lácteas, coalhada, requeijão, queijos e outros) que você come por dia? Pense na quantidade usual que você consome: pedaço, fatia ou porções em colheres de sopa ou copo grande (tamanho do copo de requeijão) ou xícara grande, quando for o caso.
() Não consumo leite, nem derivados
() 3 ou mais copos de leite ou pedaços/fatias/porções
() 2 copos de leite ou pedaços/fatias/porções
() 1 ou menos copos de leite ou pedaços/fatias/porções
- 8) Que tipo de leite e seus derivados você habitualmente consome?
() Integral () Com baixo teor de gorduras (semi-desnatado, desnatado ou light)
- 9) Pense nos seguintes alimentos: frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres, presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, lingüiça e outros). Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?
() Raramente ou nunca () Todos os dias () De 2 a 3 vezes por semana
() De 4 a 5 vezes por semana () Menos que 2 vezes por semana
- 9) Pense nos seguintes alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, e biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados. Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?
() Raramente ou nunca () Menos que 2 vezes por semana () De 2 a 3 vezes por semana () De 4 a 5 vezes por semana () Todos os dias
- 10) Qual tipo de gordura é mais usada na sua casa para cozinhar os alimentos?
() Banha animal ou manteiga () Óleo vegetal como: soja, girassol, milho, algodão ou canola () Margarina ou gordura vegetal

- 11) Você costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?
() Sim () Não
- 12) Pense na sua rotina semanal: quais as refeições você costuma fazer habitualmente no dia?
a) Café da manhã; b) Lanche da manhã; c) Almoço; d) Lanche ou café da tarde; e) Jantar ou café da noite;
f) Lanche antes de dormir
- 13) Quantos copos de água você bebe por dia? Inclua no seu cálculo sucos de frutas naturais ou chás (exceto café, chá preto e chá mate).
() Menos de 4 copos () 8 copos ou mais () 4 a 5 copos () 6 a 8 copos
- 14) Você costuma consumir bebidas alcoólicas (uísque, cachaça, vinho, cerveja, conhaque, etc) com qual frequência?
() Diariamente () De 1 a 6 vezes na semana
() Eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês) () Não consome
- 15) Você faz atividade física REGULAR, isto é, pelo menos, 30 minutos por dia, todos os dias da semana, durante o seu tempo livre?
Atenção: Considere aqui as atividades da sua rotina diária como o deslocamento a pé ou de bicicleta para o trabalho, subir escadas, atividades domésticas, atividades de lazer ativo e atividades praticadas em academias e clubes. Os 30 minutos podem ser divididos em 3 etapas de 10 minutos.
() Não () Sim () 2 a 4 vezes por semana
- 16) Você costuma ler a informação nutricional que está presente no rótulo de alimentos industrializados antes de comprá-los?
() Nunca () Quase nunca () Algumas vezes, para alguns produtos
() Sempre ou quase sempre para todos os produtos

Anexo 3

Questionário 3

- 1) Na maioria das vezes o excesso de gordura corporal ocorre devido à elevada ingestão de alimentos e da falta de atividade física. ()
Concordo () Discordo () Não tenho opinião formada
- 2) A quantidade de alimento que ingerimos, independentemente da atividade física que fazemos, determinará a quantidade de peso corporal que temos. () Concordo () Discordo () Não tenho opinião formada
- 3) Para a nossa saúde o que importa é apenas a quantidade de alimentos que comemos e não o tipo de alimentos que ingerimos (frutas, cereais, hortaliças, leite, carne etc.). () Concordo () Discordo () Não tenho opinião formada
- 4) Os alimentos de origem vegetal são os que têm menos gordura e que fornecem os principais nutrientes para o nosso corpo. ()
Concordo () Discordo () Não tenho opinião formada
- 5) As vitaminas e os sais minerais não fornecem energia para o nosso corpo, mas ajudam em seu funcionamento. () Concordo ()
Discordo () Não tenho opinião formada
- 6) Apenas os alimentos de origem animal fornecem energia ao nosso corpo. () Concordo () Discordo () Não tenho opinião formada
- 7) As gorduras de alimentos de origem vegetal prejudicam a nossa saúde tanto quanto as gorduras de alimentos de origem animal. ()
Concordo () Discordo () Não tenho opinião formada
- 8) Os alimentos industrializados (lanches como x-salada, cachorro quente, refrigerantes, chocolates, sorvetes etc.) são tão saudáveis quanto os alimentos naturais (frutas, verduras, leite, cereais). () Concordo () Discordo () Não tenho opinião formada
- 9) Grandes quantidades de alimentos ricos em proteína (carne, leite, ovos etc.) podem aumentar os depósitos de gordura no nosso corpo. ()
Concordo () Discordo () Não tenho opinião formada
- 10) Os alimentos ricos em carboidratos (massas, pães e cereais) são aqueles que deverão oferecer maior quantidade de energia para o nosso corpo. () Concordo () Discordo () Não tenho opinião formada