

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE NUTRIÇÃO

**PERFIL ALIMENTAR, NUTRICIONAL E DE QUALIDADE DE
VIDA DE IDOSOS PARTICIPANTES DA UNIVERSIDADE
ABERTA À TERCEIRA IDADE EM MACEIÓ**

MACEIÓ
2020

**ANDRESSA GIMENEZ FERREIRA SOARES
CÍNTIA LAÍS ALVES COSTA DA SILVA**

**PERFIL ALIMENTAR, NUTRICIONAL E DE QUALIDADE DE
VIDA DE IDOSOS PARTICIPANTES DA UNIVERSIDADE
ABERTA À TERCEIRA IDADE EM MACEIÓ**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Nutrição da Universidade Federal Alagoas como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Ana Paula Grotti Clemente
Universidade Federal de Alagoas

Coorientador(a): Mestranda Giovana Montemor Marçal
Universidade Federal de Alagoas

MACEIÓ
2020

**Catálogo na fonte Universidade
Federal de Alagoas Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale CRB-4/ 661

S676p Soares, Andressa Gimenez Ferreira.
Perfil alimentar, nutricional e de qualidade de vida de idosos participantes da Universidade Aberta à terceira idade em Maceió / Andressa Gimenez Ferreira Soares, Cíntia Laís Alves Costa da Silva. – 2020.
48 f. : il.

Orientadora: Orientada: Ana Paula Grotti Clemente. Coorientadora: Giovana Montemor.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso - Nutrição) – Universidade Federal de Alagoas.
Faculdade de Nutrição da Universidade , Maceió, 2020.

Bibliografia: f. 29-35
Apêndices: f. 36-48.

1. Nutrição. 2. Idosos. 3. Qualidade de vida. 4. Envelhecimento. 5. Consumo alimentar. I. Silva, Cíntia Laís Alves Costa da. II. Título.

CDU: 612.3-053.9

AGRADECIMENTOS

“Mas em todas as coisas somos mais que vencedores, por meio daquele que nos amou.” Romanos 8:37

Gostaríamos de agradecer primeiramente a Deus por tudo o que Ele é em nossas vidas, pelas oportunidades e pessoas especiais que colocou em nosso caminho. Aos nossos pais, namorados e amigos por todo amor e conforto que nos foi dado, a todas as pessoas que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização do nosso trabalho, a Universidade Aberta à Terceira Idade por ter aberto as portas e abraçado nossa ideia. Gratidão a nossa orientadora Ana Paula Clemente e coorientadora Giovana Marçal pela paciência e dedicação ao longo desse período.

“Como uma sociedade, qualquer que seja, poderia existir, subsistir, tomar conhecimento de si mesma, se ela não considerasse um conjunto de acontecimentos do presente e do passado, se ela não pudesse reconstruir o curso do tempo e recuperar incessantemente os traços que deixou de si mesma?”

Halbwachs

RESUMO

SOARES, A.G.F.; SILVA, C.L.A.C. **PERFIL ALIMENTAR, NUTRICIONAL E DE QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PARTICIPANTES DA UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE EM MACEIÓ.** Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2020.

Objetivo: Traçar o perfil alimentar, nutricional e a qualidade de vida de idosos. **Metodologia:** Estudo transversal realizado com idosos, de ambos os sexos, participantes do programa Universidade Aberta à Terceira Idade no campus A.C. Simões – Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Foram coletados dados: socioeconômicos, antropométricos (peso, altura, circunferência da cintura (CC)), de consumo alimentar (através dos Marcadores de Consumo Alimentar do Ministério da Saúde) e qualidade de vida (por meio do Medical Outcomes Study 36 (SF-36)). **Resultados:** Participaram do estudo 17 idosos, de ambos os sexos, 47,1% estavam eutróficos e apenas 5,9% não apresentaram risco elevado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. O perfil alimentar foi considerado adequado, destacando-se um elevado consumo de frutas (94.1%). A maior média de escore entre os domínios de qualidade de vida foi Aspectos Sociais (72,8%), enquanto a menor média do escore foi Limitação Física (51,4%). Não foi verificada diferença entre os idosos eutróficos e os com excesso de peso quando comparados os escores de dos domínios de qualidade de vida. **Conclusão:** Este estudo permitiu concluir que apesar da alta prevalência de excesso de peso e risco cardiovascular, o consumo alimentar foi satisfatório. Entre os domínios da qualidade de vida o componente social é o mais bem estabelecido e a limitação física ainda uma dificuldade encontrada. Apesar das evidências na literatura mostrarem a influência do estado nutricional nos domínios da qualidade de vida, o trabalho não encontrou esta associação.

Palavras-chave: Idosos; Qualidade de vida; Nutrição; Consumo alimentar; Envelhecimento.

ABSTRACT

SOARES, A.G.F.; SILVA, C.L.A.C. **FOOD, NUTRITIONAL AND QUALITY OF LIFE PROFILE OF ELDERLY PARTICIPANTS IN THE UNIVERSITY OPEN TO THE THIRD AGE IN MACEIO.** Faculty of Nutrition, Federal University of Alagoas, Maceio, 2020.

Objective: Trace the food, nutritional profile and quality of life of the elderly. **Methodology:** Cross-sectional study carried out with 17 elderly people, of both sexes, participating in the Open University to the Elderly program on the campus A.C. Simões - Federal University of Alagoas (UFAL). Anthropometric and socioeconomic data (weight, height, Body Mass Index (BMI) and Waist Circumference (WC)), food consumption through Food Consumption Markers from the Ministry of Health and quality of life through the Medical Outcomes Study 36 (SF-36) were collected. **Results:** Of the participants evaluated, 47,1% were eutrophic and only 5.9% were not at high risk for the development of cardiovascular diseases. The food profile was considered adequate, with high consumption of fruits (94.1%). The highest mean score among the quality of life domains was Social Aspects (72.8%), while the lowest mean score was Physical Limitation (51,4%). There was no statistical significance association between nutritional status and quality of life domains. **Conclusion:** This study allowed us to conclude that despite the high prevalence of overweight and cardiovascular risk, the dietary profile was satisfactory. Among the domains of quality of life, the social component is the most well established and physical limitation is still a difficulty encountered. Despite the evidence in the literature showing the influence of nutritional status in the domains of quality of life, the study found no association.

Keywords: Elderly. Quality of life. Nutrition. Food consumption. Aged.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
PROBLEMATIZAÇÃO.....	10
JUSTIFICATIVA	13
OBJETIVOS.....	14
OBJETIVO GERAL.....	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
REVISÃO DE LITERATURA.....	15
ASPECTOS NUTRICIONAIS DO ENVELHECIMENTO	15
ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA.....	17
UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE.....	18
METODOLOGIA	20
COLETA DE DADOS	20
Caracterização sociodemográfica	20
Avaliação antropométrica	21
Avaliação dos marcadores de consumo	21
Avaliação da qualidade de vida	22
RESULTADOS	23
Figura 1 - Organização da amostra do estudo	23
DISCUSSÃO.....	27
CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	38
APÊNDICE B– Questionário sociodemográfico semiestruturado	41
ANEXOS.....	42
ANEXO A – Parecer Consubstanciado	42
ANEXO B - Medical Outcomes Study 36 (SF-36)	47
ANEXO C – Marcador de Consumo Alimentar	50

INTRODUÇÃO

PROBLEMATIZAÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial. No Brasil, é considerado idoso o indivíduo que tem 60 anos ou mais. Estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) projetam que em 2060 cerca de 32,17% da população terá 60 anos ou mais, enquanto que atualmente o percentual encontrado é de 14,26%. Esse crescimento se deve pelo aumento da expectativa de vida, acompanhado da queda na taxa de mortalidade, em decorrência da melhoria dos sistemas de saneamento (principalmente nas zonas urbanas) e ao combate às doenças transmissíveis, assim como o declínio na taxa de fecundidade que pode ser explicado devido à escolarização das mulheres e a sua inserção no mercado de trabalho, especialmente na área urbana (VASCONCELOS, 2012). No cenário estadual, Alagoas possui 11,43% de idosos e espera-se que em 2060 esse percentual chegue a 32,19% (IBGE, 2018).

Assim, além de garantir a longevidade é importante assegurar a qualidade de vida (QV) desta população. Esta se trata de um conceito subjetivo que se transforma de acordo aos ideais de bem-estar de cada indivíduo. Está relacionada a uma série de fatores, dentre eles a saúde, a capacidade funcional, questões sociais, econômicas, culturais e ambientais (DAWALIBI et al., 2013; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Contudo no presente estudo adotamos a definição de qualidade de vida proposta pela OMS (1995) a descreve como “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

No Brasil as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem a maior carga de morbimortalidade. Em 2017, foram responsáveis por 56,9% das causas de morte na faixa etária de 30 a 69 anos (GOUVEA, et al. 2019). Para fazer frente a esta situação em 2011, o Ministério da Saúde brasileiro publicou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT com o objetivo de auxiliar na prevenção e enfrentamento dos agravos que acomete principalmente os grupos mais vulneráveis, dentre eles os idosos. Considerando que os idosos estão mais suscetíveis às doenças

crônicas devido ao declínio das funções orgânicas e as consequências advindas do estilo de vida ao longo dos anos. O acometimento por DCNT e seus agravos compromete a capacidade funcional do indivíduo por trazer algum grau de limitação na realização das atividades diárias e a necessidade de ajuda para desempenhar tais funções (dependência) (SCHMIDT, 2011).

Segundo a OMS (2003) os padrões de consumo alimentar dos países sofreram modificações em todas as faixas etárias da população, sendo observado o aumento do consumo de alimentos processados e ultraprocessados. Aliado a este padrão alimentar tem se observado o aumento expressivo do excesso de peso e da obesidade nas últimas décadas. Dados da Pesquisa de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) mostraram que a prevalência de excesso de peso nas capitais brasileiras em 2018 foi de 60,6% entre idosos com 65 anos e mais, enquanto a obesidade nessa mesma faixa etária 21,5% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Ademais estudos apontam que o estado nutricional está diretamente relacionado com a capacidade funcional do indivíduo, podendo ser um fator limitador a autonomia e o autocuidado (RASHEED; WOODS, 2013)

Vale ressaltar que os pontos de cortes utilizados pelo VIGITEL para classificação do estado nutricional não diferem entre adultos e idosos. Enquanto que a classificação proposta por Lipschitz (1994) e pela Organização Pan-americana da Saúde - OPAS (2002), leva em consideração as alterações corporais do indivíduo idoso. No estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE) realizado com a população idosa de São Paulo (60 anos ou mais) o IMC foi classificado pelo critério da OPAS, sendo observado 12,1% com sobrepeso e 20,8% com obesidade (MARUCCI; BARBOSA, 2003).

Entendendo a necessidade do cenário brasileiro, e consoante com a proposta da OMS de “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” (2005), em 2006 foi promulgada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) onde traz nove diretrizes que visam a promoção do envelhecimento ativo e saudável de acordo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa política garante ao idoso uma atenção integral, intersetorial e de qualidade, estimulando a participação e

fortalecimento do controle social, além da qualificação dos profissionais da área de saúde por meio da educação permanente para prestar o atendimento a estes usuários. Ainda no documento é incentivado a divulgação da PNSPI entre profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

No estado de Alagoas a Estratégia Saúde da Família, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), e demais equipes do SUS mantém ações voltadas a promoção de saúde do idoso (BRASIL, 2010; 1997). Além de empresas privadas como o Serviço Social do Comércio - SESC (2019) que desenvolve ações sociais com o objetivo de promover a participação social e a cidadania dos idosos. As universidades também tem promovido a partir de programas universitários atividades voltadas a terceira idade propiciando um espaço para novos saberes, estimulando a autonomia, autocuidado, autoestima, interação social e trocas intergeracionais, além de aproximar a comunidade ao ambiente acadêmico com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos idosos, exemplo disso são as Universidades Abertas para a Terceira Idade (UnATIs) (CACHIONI et al., 2014; LEITE; FRANÇA, 2016; MOLITERNO et al., 2012).

Com isso, o objetivo deste estudo foi avaliar o perfil do estado nutricional, o consumo alimentar e a qualidade de vida dos idosos participantes do Programa Universidade Aberta a Terceira Idade que acontece no campus A.C. Simões - Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

JUSTIFICATIVA

Com o crescimento do número de idosos no Brasil e no mundo, tem se tornado fundamental o planejamento e desenvolvimento de ações de saúde que possam contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos idosos. O estado nutricional e o consumo alimentar reflete parte das condições de saúde dos indivíduos, com isso a importância de conhecer seus hábitos alimentares e indicadores nutricionais (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; BRASIL, 2013).

O envelhecimento da população juntamente aos hábitos alimentares inadequados tem sido relacionado ao desenvolvimento de DCNT associado a crescente prevalência do excesso de peso e obesidade entre os idosos. Tais condições prejudicam a qualidade de vida desta faixa etária, favorecendo o surgimento de incapacidades e conseqüentemente dependências (BRASIL, 2011; LIMA-COSTA et al, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Frente a isso, as políticas públicas de saúde e nutrição, especialmente aquelas voltadas para idosos e populações vulneráveis, são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida e como resultado impactará no avanço dos indicadores de saúde e nutrição. Nesta perspectiva o trabalho de avaliação do consumo alimentar e do estado nutricional dessa população intenta abarcar a terceira diretriz da PNAN “Vigilância alimentar e nutricional” que visa a antecipação do comportamento da alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes (BRASIL, 2012). Desta forma, ações para o público idoso são de fundamental importância visto que a garantia da alimentação adequada e saudável é um dos determinantes para a melhoria na qualidade de vida.

Promover uma boa qualidade de vida aos idosos é um dos grandes desafios para a saúde pública. No decorrer do tempo foram construídas leis com o intuito de consolidar o direito do idoso a atenção à saúde em todos os níveis de complexidade, de acordo com a necessidade existente e de forma organizada, como rege os princípios do SUS, assim oferecendo um atendimento integral, universal, respeitando a equidade do público alvo (BRASIL, 1990).

Com isso, se faz necessários estudos que avaliem o perfil alimentar e assim orientar na formulação de políticas públicas e no fortalecimento de ações de promoção, prevenção e recuperação das doenças relacionadas à nutrição, tendo em vista seu caráter modificável (TAVARES, et al., 2015).

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- ❖ Avaliar o estado nutricional, o consumo alimentar e a qualidade de vida dos idosos participantes do programa Universidade Aberta à Terceira Idade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Caracterizar o perfil sociodemográfico da população estudada;
- ❖ Determinar o estado nutricional do grupo através da classificação do Índice de Massa Corporal (IMC);
- ❖ Determinar o risco de doenças cardiovasculares através da classificação da Circunferência da Cintura (CC);
- ❖ Caracterizar o consumo alimentar dos idosos através do Marcador de Consumo Alimentar do Ministério da Saúde;
- ❖ Caracterizar a qualidade de vida dos idosos através do questionário Medical Outcomes Study 36 (SF-36).

REVISÃO DE LITERATURA

ASPECTOS NUTRICIONAIS DO ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento é marcado por mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais. Essas alterações influenciam diretamente o consumo alimentar e o estado nutricional dos idosos (MENDES, 2010; SCHNEIDER, IRIGARAY, 2008).

O peso nos homens tende a aumentar até os 65 anos e nas mulheres até os 75, após essa marca é comum a perda de peso. A altura também diminui com a progressão do envelhecimento, em razão do encurtamento da coluna vertebral, achatamento plantar e alterações posturais. Segundo Guccione (2002) idosos entre 60 a 80 anos tem uma média de diminuição de cerca de 2 cm a cada década. Com isso, para avaliação antropométrica na terceira idade são indicadas estimativas de altura (ACUÑA; CRUZ, 2004; BUFFA et al., 2011; FALSARELLA et al., 2014; PAPALÉO; CARVALHO; SALLES 2006).

Isso ocorre devido as alterações fisiológicas observadas no processo de envelhecimento, onde ocorre o aumento e redistribuição da gordura corporal total, com diminuição da gordura nos membros periféricos e acúmulo na região abdominal. Além da perda de massa magra sendo resultado da redução da atividade física, declínio da taxa metabólica basal, ingestão alimentar insuficiente e diminuição dos níveis do hormônio do crescimento (GH). Ainda há perda de água corporal seguida da ingestão inadequada de líquidos devido a menor sensibilidade a sede (BECK; OVESEN; OSLER, 1999; SILVA, et al., 2006; WHO, 1995; 1998).

Devido as peculiaridades do envelhecimento e a escassez de métodos específicos, na prática clínica se faz uso de uma gama de ferramentas para compor o diagnóstico nutricional do idoso (história clínica, exame físico, avaliação antropométrica, avaliação dietética, bioimpedância, testes bioquímicos, avaliação subjetiva global, miniavaliação nutricional, entre outros). Esse conjunto de recursos facilita determinar o estado nutricional do idoso tendo em vista a complexidade de fatores que interferem no mesmo, avaliando assim de forma mais abrangente. A identificação dos distúrbios nutricionais favorece a medidas de tratamento e a prevenção de fatores de risco (ACUÑA; CRUZ, 2004; SAMPAIO, 2004).

Em relação ao consumo alimentar é comum aos idosos a redução do apetite e saciedade precoce sendo explicada pelo esvaziamento gástrico tardio e alterações

na percepção sensorial com a redução dos botões olfativos e papilas gustativas. O comprometimento da sensação de prazer ao se alimentar favorece a busca por opções alimentares altamente palatáveis, ricas em açúcares, sódio e gorduras e a redução da ingestão de alimentos fontes de vitaminas e minerais (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000; FREITAS et al., 2006; NETO et al., 2011; NEUMANN; SCHAUREN; NEUMANN, 2016; PAULA et al., 2008). Outro fator que influencia o perfil alimentar e conseqüentemente o estado nutricional do idoso é a renda. A condição financeira também interfere diretamente na quantidade e qualidade da alimentação, tendo em vista que a busca por alimentos de baixo custo resultam em uma alimentação monótona e restrita em nutrientes. Este fator também é agravado pois os idosos tem parte da renda direcionada a outros gastos, principalmente com a saúde (medicamentos, consultas, exames, planos de saúde) (FAZZIO, 2012).

Conjuntamente a este quadro ocorre o declínio da saúde bucal nesse grupo etário que leva a redução do consumo de carnes, frutas e vegetais crus pela perda da capacidade mastigatória, como consequência da dentição incompleta ou total, presença de doenças periodontais e xerostomia (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000; MILAGRES, et al., 2018; DE OLIVEIRA; DELAGADO; BRESCOVICI, 2014).

Além do mais o perfil da morbidade dos idosos tem forte predomínio das doenças crônicas não transmissíveis desencadeando limitações. A diminuição da capacidade funcional e/ou cognitiva interfere na autonomia, autocuidado e independência do indivíduo, a realização de atividades antes simples do dia a dia “ganham” um grau de dificuldade sendo por vezes necessário auxílio. Essa condição prejudica na tomada de decisões das escolhas alimentares e o processo de fazer o seu próprio alimento (CHAIMOWICZ, 1997; FREITAS et al., 2006).

Somado a todo o quadro fisiológico e sociodemográfico descrito acima o idoso é fortemente acometido pelo desenvolvimento de quadros de depressão e isolamento emocional, seja ele devido a perda do parceiro ou a falta de convivência com a família. A falta de motivação para cozinhar sua própria refeição ou o fato de realizarem as refeições sozinho, podem refletir no consumo alimentar inadequado, levando a alterações em seu estado nutricional. Nesse aspecto, atividades em grupo é uma forma de manter o indivíduo engajado socialmente, onde a relação com outras pessoas contribui de forma significativa em sua qualidade de vida e a troca dos conhecimentos sobre alimentação são fortalecidas (BASSOLI; PORTELLA, 2004; FRANCONI, SILVA, 2007).

ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida (QV) é estudada em diversas áreas do conhecimento, apresentando abordagens e conceitos ora divergentes, ora complementares. Não há uma unanimidade na literatura sobre o conceito. A OMS (1995) a descreve como “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É um termo de difícil conceitualização devido a sua subjetividade, complexidade e seus diferentes aspectos.

Viver mais não significa viver bem, com isso se faz importante instrumentos que possam avaliar a QV. Os instrumentos de avaliação podem ser definidos como genéricos, onde é avaliado de forma ampla, ou um método de avaliação específica, onde se é medida de forma individual. Os métodos utilizados para avaliar suas dimensões pode auxiliar no estabelecimento do perfil de populações específicas e traçar metas de intervenção apropriadas com o foco de prevenção de doença e de promoção da saúde com o intuito de desenvolver atenção integral a saúde (LAURENTI, 2003; SEIDL, ZANNON, 2004; NAJAS; YAMATTO, 2008).

A qualidade de vida está relacionada a sensação de bem-estar e satisfação pessoal. Varia conforme as diferentes fases da vida e suas especificidades, o contexto sociocultural e histórico no qual o indivíduo está inserido e os interesses pessoais (expectativas e nível de satisfação). Engloba aspectos como capacidade funcional, controle cognitivo, saúde, independência, autocuidado, estilo de vida, nível socioeconômico e cultural, participação social, apoio familiar. À medida que o indivíduo envelhece esses aspectos sofrem modificações, a habilidade de se adaptar e se estabelecer perante essas alterações determinará a QV (BUSS, 1999; VECCHIA, et al. 2005; DO PRADO; CALAIS, CARDOSO, 2017).

A saúde é um dos indicadores de QV, o idoso está mais susceptível as doenças crônicas não transmissíveis, as complicações advindas dessas doenças causam prejuízo a sua capacidade funcional, comprometendo a realização das atividades diárias e limitando a sua autonomia e o autocuidado. Deve-se entender que o acometimento por essas patologias não faz parte do processo natural do envelhecimento e que são evitáveis com a eliminação dos fatores de risco (alimentação inadequada, tabagismo, consumo de bebidas alcólicas e sedentarismo) (DAWALIB, 2013; BRASIL, 2011).

UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE

No final da década de 60 surgiram as Universidades do Tempo Livre, idealizadas pelos políticos franceses da educação, voltadas para adultos maduros e idosos aposentados com o intuito apenas de ocupar o tempo livre com atividades educativas e sociais (CACHIONI, 2009; 2012; VELLAS, 1997).

No entanto, em 1973 ainda na França, foi criado pelo professor Pierre Vellas da Universidade de Ciências Sociais de Toulouse, a Universidade da Terceira Idade com enfoque na pesquisa e divulgação de conhecimentos na área gerontológica. O objetivo era desenvolver o papel social dos idosos, melhorar a sua autoestima e torná-los ativos. As atividades desenvolvidas se baseavam nas necessidades encontradas na população (CACHIONI, 2012; VELLAS, 1997).

No Brasil, o primeiro programa universitário com idosos foi formado em 1983, na Universidade Federal de Santa Catarina, o Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI), seguindo as características da Universidade da Terceira Idade. Nos anos 90 esses programas se multiplicaram pelo país, variando as denominações. Na UFAL, a UnATI iniciou suas atividades no ano de 2010 a partir da iniciativa da coordenação do curso de Educação Física (CACHIONI, 2012; LIMA, 1999; PALMA, 2000; NETI, 2020).

O programa favorece um espaço para atividades de ensino, pesquisa e extensão, com o objetivo de promover qualidade de vida, bem-estar físico, psicológico e social, além de favorecer a troca de saberes e experiências tanto entre indivíduos da mesma faixa etária quanto entre diferentes gerações. Esses objetivos estão em consonância com o conceito ampliado de saúde, que não a limita a ausência de doença, mas considera diversos determinantes para a sua consolidação (MOLITERNO, et al., 2012; OMS, 1946; OLIVEIRA; SIMONEAU, 2012; WICHMANN et al., 2013).

A inserção do idoso a um grupo social lhe mantém ativo, comunicativo e menos dependente da sociedade e da família, promovendo maior autonomia e autocuidado. A interação social está associada a uma maior sobrevivência, enquanto que o isolamento social e a solidão estão associados a redução da qualidade de vida e aumento da morbidade e mortalidade. O Estatuto do Idoso encarrega como dever do poder público apoiar as UnATIs, visto a promoção do direito a educação ao idoso, não seguindo as bases tradicionais ensinadas nas escolas e sim uma educação que prioriza ensinar sobre a saúde, vivências do dia-a-dia, e a importância

de se manter atualizado, visando a inclusão do idoso na sociedade (BRASIL, 2003; OLIVEIRA; SIMONEAU, 2012; MAIA, 2006; RODRIGUES, 2018).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, realizado com idosos participantes do programa Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI) no *campus* A. C. Simões - Universidade Federal de Alagoas (UFAL). A amostragem se deu por conveniência. Foram convidados a participar do estudo indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos e indivíduos que relataram não possuir DCNT ou aqueles que relataram que as DCNT estavam controladas. Foram considerados como critério de não-inclusão os idosos que apresentaram dificuldades auditivas e visuais.

Os participantes que se enquadraram nos critérios de inclusão da pesquisa foram devidamente esclarecidos quanto o objetivo, os métodos, o risco de algum desconforto e os benefícios do estudo. Após a confirmação do participante voluntário, os mesmos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.) – (ANEXO A) e receberam uma via devidamente assinada, confirmando sua participação no estudo. O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, sob parecer nº 3.455.713.

A coleta de dados foi realizada entre agosto a dezembro de 2019 na sala de ginástica reservada no prédio do curso de Educação Física, unidade acadêmica que sedia o programa Universidade Aberta à Terceira Idade, garantindo desta forma maior privacidade aos participantes do projeto. Após seleção foi aplicado questionário sociodemográfico; realizada a avaliação antropométrica para definição do estado nutricional; avaliação dos marcadores de consumo alimentar e da qualidade de vida.

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel® 2010 for Windows 2010 e as análises através do pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS), versão 20.0 (IBM Inc, Chicago, IL). As variáveis foram descritas em valores absolutos e relativos, utilizando médias e desvios padrões e comparadas com a utilização do Teste t com amostras independentes (estado nutricional), onde se admitiu como nível de significância $p < 0,05$.

COLETA DE DADOS

Caracterização sociodemográfica

Para a caracterização sociodemográfica dos participantes foi desenvolvido e aplicado questionário semiestruturado (ANEXO B) que consiste as seguintes variáveis: nome; sexo; data de nascimento; idade; estado civil; escolaridade; renda

familiar e individual; origem da renda; número de membros da família no domicílio de residência; tipo de abastecimento e tratamento da água; manejo de resíduos.

Avaliação antropométrica

As medidas antropométricas aferidas foram peso, altura do joelho e CC. Para mensuração do peso foi utilizada balança eletrônica portátil da marca GAMA com capacidade de 150kg e precisão 100g, o idoso foi posicionado em pé, no centro da balança, descalço, com roupas leves. A altura foi estimada através da altura do joelho, devido às alterações decorrentes do envelhecimento que podem influenciar na estatura. A medida foi realizada com o auxílio do paquímetro da marca Sanny® posicionado abaixo do calcanhar até a altura do joelho (próximo a patela), enquanto o indivíduo estava sentado com o joelho esquerdo flexionado no ângulo de 90° (CUPPARI, 2004). A estimativa da altura se deu através das equações propostas por Chumlea(1985): Homens = $[64,19 - (0,04 \times \text{idade}) + (2,02 \times \text{altura do joelho})]$; Mulheres = $[84,88 - (0,24 \times \text{idade}) + (1,83 \times \text{altura do joelho})]$.

Para aferir a CC utilizou-se fita métrica inelástica com precisão de 1mm, posicionada no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca no momento da expiração (CUPPARI, 2005). Essa medida está altamente associada com o risco para desenvolver doenças cardiovasculares, sendo considerados normais os valores abaixo de 94 cm para homens e 80 cm para mulheres (WHO, 1998).

Na determinação do estado nutricional utilizou-se o IMC calculado através da relação entre peso corporal total, em quilogramas, e estatura, em metros ao quadrado. A classificação do IMC para idosos utilizada foi proposta por Lipschitz(1994), os indivíduos são classificados com baixo peso com $\text{IMC} < 22\text{Kg/m}^2$; eutrofia, IMC entre 22Kg/m^2 e 27Kg/m^2 ; e sobrepeso $> 27\text{Kg/m}^2$.

Avaliação dos marcadores de consumo

O documento “Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica” do Ministério da Saúde lançado em 2015 apresenta 9 indicadores específicos para a avaliação do consumo alimentar de crianças de 2 a 9 anos, adolescentes, adultos, idosos e gestantes (ANEXO C). Os indicadores são: hábito de realizar no mínimo as três refeições principais do dia; hábito de realizar as refeições assistindo à televisão; no dia anterior de: feijão; frutas; hambúrguer e/ou embutidos; bebidas adoçadas; macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados; biscoitos recheados, doces ou guloseimas. O indicador avalia a

proporção de pessoas que consumiram determinados alimentos no dia anterior a avaliação. Os resultados são obtidos considerando todas as pessoas na respectiva faixa etária que assinalaram com resposta “sim” e esse valor é dividido pelo número de pessoas avaliadas.

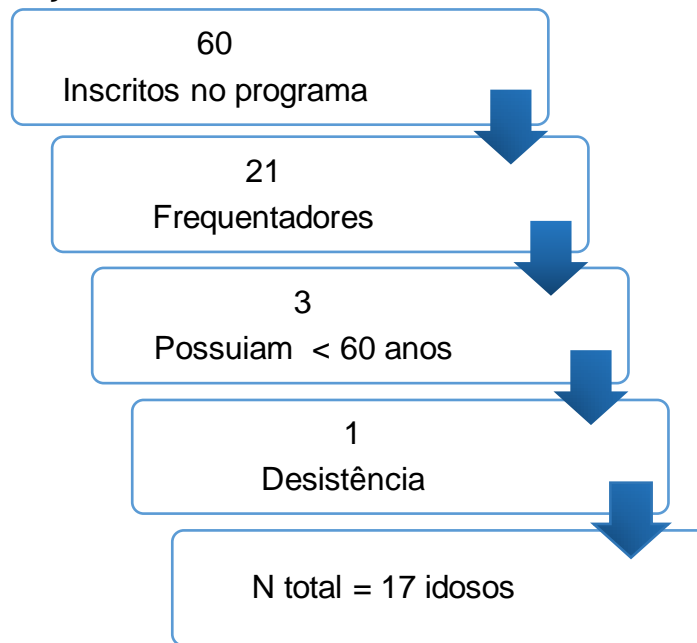
Avaliação da qualidade de vida

O questionário SF-36 - (ANEXO D) é um instrumento geral para avaliação da qualidade de vida, possui 36 itens divididos em 8 escalas abrangendo: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, ao final gera um escore de 0 a 100, sendo os resultados mais próximos de 0 correspondem a uma pior percepção de qualidade de vida e 100 uma melhor percepção de qualidade de vida saúde. Foi desenvolvido por Ware e Sherbourne em 1992, e validado no Brasil por Ciconelli et al, 1999.

RESULTADOS

A amostra inicial foi constituída por 18 idosos, dentre os quais um foi excluído por não realizar todas as avaliações (antropométrica e de qualidade de vida), restando 17 participantes de ambos os sexos (figura 1).

Figura 1 - Organização da amostra do estudo



A tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica da população estudada. Foram entrevistados 17 idosos, com idade média de 66,12 (\pm DP 3,16) anos, sendo a maioria do sexo feminino (82,4%). Os indivíduos eram aposentados (82,4%), com renda familiar maior que um salário mínimo (88,2%), residindo com até 4 pessoas por domicílio (70,1%). Em relação a escolaridade, 94,1% frequentaram a escola, desses 52,9% estudaram entre 9 a 12 anos.

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas dos idosos da Universidade Aberta a Terceira Idade - Maceió, 2019.

Características	n = 17*	%*
Sexo		
Feminino	14	82,4
Masculino	3	17,6
Estado conjugal		
Com companheiro	6	35,3
Sem companheiro	11	64,7

Continua

Características	n = 17*	%*
Escolaridade(em anos de estudo)		
< 9 anos	5	29,5
9 - 12 anos	9	52,9
> 12 anos	3	17,6
Origem da renda		
Ainda trabalha	1	5,9
Aposentado	14	82,4
Não tenho renda	2	11,8
Número de moradores por domicílio		
≤ 4 pessoas	12	70,6
≥ 4 pessoas	5	29,4
Renda familiar †		
Até 1 salário mínimo	2	11,8
> 1 salário mínimo	15	88,2
Condição de Moradia		
Própria	15	88,2
Alugada/cedida	2	11,8
Forma de abastecimento de água		
Rede pública	7	41,2
Poço	10	58,8
Realiza tratamento da água		
Realiza	11	64,7
Não realiza	6	35,3
Manejo resíduos		
Rede pública	7	41,2
Fossa	9	52,9
Céu aberto	1	5,9
Coleta de lixo		
Rede pública	17	100

* Valor referente a meio salário mínimo no ano de 2018 (salário mínimo em 2018 = R\$ 954,00);

Quanto ao padrão de consumo alimentar, este se apresentou adequado, sendo observado que no dia anterior houve um maior consumo de alimentos in natura e minimamente processados como feijão (76,5%), frutas frescas (94,1%), verduras e/ou legumes (82,4%). Além da maior parte dos idosos não possuírem hábito de realizar as refeições em frente à televisão (52,9%) e realizarem no mínimo as três refeições principais (88,2%). Dentre os hábitos alimentares inadequados estão o consumo de hambúrguer e/ou embutidos (23,5%) e consumo bebidas adoçadas (29,4%) (tabela 2).

Tabela 2. Caracterização dos marcadores de consumo dos idosos da Universidade Aberta a Terceira Idade - Maceió, 2019.

Características	%*
Hábito de realizar as refeições assistindo à televisão	47,1
Hábito de realizar no mínimo as três refeições principais do dia	88,2
Consumo de feijão	76,5
Consumo de fruta	94,1
Consumo de verduras e legumes	82,4
Consumo de hambúrguer e/ou embutidos	23,5
Consumo de bebidas adoçadas	29,4

* Formulário de marcadores de consumo alimentar do Ministério da Saúde;

† Os marcadores Consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados e consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas foram por não apresentar resposta "SIM".

Foi possível observar em relação ao estado nutricional que 52,9% dos idosos estavam com excesso de peso e 47,1% apresentaram eutrofia. Os dados da CC mostram que 94,1% dos idosos apresentam risco elevado para doenças cardiovasculares (Tabela 3).

Tabela 3. Dados antropométricos dos idosos do programa Universidade Aberta à Terceira Idade – Maceió, 2019.

Variáveis antropométricas	N*	%*
IMC (Kg/m ²)		
Eutrofia	8	47,1
Excesso de peso	9	52,9
Circunferência da Cintura (cm)		
Sem risco de DCV	1	5,9
Risco de DCV	16	94,1

A tabela 4 descreve os dados referentes à análise das variáveis do questionário de qualidade de vida SF-36. O domínio limitações físicas foi o mais afetado com média do escore 51,41 (\pm DP 41,89), seguido da capacidade funcional com média do escore 57,05 (\pm DP 31,05). Enquanto o domínio melhor avaliado foi aspectos sociais com média 72,8 (\pm DP 20,83).

Tabela 4. Caracterização dos domínios SF-36 dos idosos participantes do programa Universidade Aberta a Terceira Idade – Maceió, 2019.

Domínios	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Capacidade funcional	57,05	31,52	45	20	95
Limitações físicas	51,41	41,89	50	0	100
Dor	61,35	28,41	62	10	100
Estado geral de saúde	61,53	20,29	57	35	100
Vitalidade	65,53	19,24	45	24	90
Aspectos sociais	72,8	20,83	62,5	37,5	100
Limitações emocionais	62,73	45,46	33,3	0	100
Saúde mental	70,82	23,23	72	0	100

Quando realizado teste t para comparação entre os índices de avaliação do estado nutricional com os domínios da qualidade de vida, observou-se que não houve diferença entre os grupos (Tabela 5).

Tabela 5. Correlação do estado nutricional com os domínios de qualidade de vida (SF-36) dos idosos do programa Universidade Aberta a Terceira Idade de Maceió – AL, 2019.

Domínios	Eutrofia	Excesso de peso	p-valor*
	med. ±DP	med. ±DP	
Capacidade funcional	56,1±34,2	58,1±30,5	0,388
Limitações físicas	63,9±35,6	37,5±46,3	0,181
Dor	56,7±31	66,6±26,2	0,737
Estado geral de saúde	65,9±17,6	56,6±23,1	0,526
Vitalidade	72,2±14,38	58±22,1	0,129
Aspectos sociais	75±20,7	70,3±22,1	0,609
Limitações emocionais	77,8±37,3	45,8±50,2	0,061
Saúde mental	77,8±14,8	63±29,1	0,223

med. e ±DP = Média e Desvio padrão

* significância considerada $p < 0,05$

DISCUSSÃO

No presente estudo mais da metade dos idosos encontram-se com excesso de peso e quase a totalidade com risco elevado de desenvolver doenças cardiovasculares devido ao acúmulo de gordura na região abdominal. Em consonância com este resultado estudos realizados com grupo de idosos ativos também observaram a maior prevalência de excesso de peso e CC aumentada. Sendo as mulheres as mais afetadas, o que pode ser explicado pela maior procura das mulheres por programas de promoção à saúde (BRAGA et al., 2009; BUENO, 2008; LEMOS, 2012; MONTEIRO, 2011).

A partir das pesquisas populacionais como a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição – PNSN (1989), e a Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF (2002/2003) foi visto um declínio nos casos de desnutrição e aumento na prevalência de excesso de peso entre os idosos. Estes resultados estão associados ao aumento da morbimortalidade, prejuízo na qualidade de vida, e ao impacto nos serviços de saúde pela maior demanda no controle das doenças associadas (BRASIL, 1990; IBGE, 2004; GARCIA, MORETTO, GUARIENTO, 2016; MIRANDA, MENDES, SILVA, 2016; GEIB, 2012; TAVARES et al., 2018).

A crescente prevalência de excesso de peso na população está relacionada ao consumo alimentar inadequado, entretanto o padrão de consumo alimentar entre os idosos entrevistados está consoante com as recomendações do Guia Alimentar da População Brasileira (2014). No nosso estudo, dentre os indicadores de alimentação saudável o que mais se destaca é o consumo de frutas e o baixo consumo de processados e ultraprocessados.

O fator renda e escolaridade dos participantes do presente estudo possivelmente estão relacionados com o padrão alimentar dos idosos, pois melhores condições socioeconômicas permitem melhor acesso e conhecimento dos benefícios de uma alimentação adequada. De acordo com o VIGITEL (2018) a frequência de consumo de frutas e hortaliças no Brasil tende a aumentar com a idade e com anos de estudo. Esse padrão alimentar é fator de proteção para o desenvolvimento de DCNT (BRASIL, 2014; BRASIL, 2011; CERVATO et al., 2005; FARES et al., 2012).

O excesso de gordura visceral está associado ao risco de desenvolvimento de DCNT, principalmente o diabetes e doenças cardiovasculares. A medida da circunferência da cintura tem sido proposta como um dos melhores preditores

antropométricos de gordura visceral. Em nossos achados a população apresentou uma CC elevada, entretanto uma das principais limitações desse indicador é a ausência de pontos de corte específicos para a população idosa, tendo em vista que o acúmulo de gordura visceral já é esperado com o processo de envelhecimento (CANOY et al., 2013; SAMPAIO, 2004).

No que concerne a qualidade de vida haja vista a pluralidade dos aspectos que a influenciam os instrumentos utilizados para avaliação são divididos em dimensões. No nosso estudo, dentre os domínios analisados a menor média encontrada foi Limitação Física, seguida da Capacidade Funcional. A limitação física nessa faixa etária pode ser explicada pela vulnerabilidade dos idosos perante o declínio das funções orgânicas e as sequelas ocasionadas pelas doenças crônico-degenerativas comuns a essa faixa etária. O comprometimento da capacidade física leva a incapacidades funcionais, com prejuízo na realização das atividades diárias, favorecendo a dependência.

De acordo a Pesquisa Nacional de Saúde (2013), dos idosos que relataram possuir alguma limitação funcional, 84,0% necessitavam de ajuda para realizar as atividades de vida diária como comer; tomar banho; ir ao banheiro; se vestir; se locomover dentro de casa; e se deitar. Visto isto, a necessidade de identificar precocemente os fatores que levam a perda de funcionalidade da população idosa, favorecendo a formulação de políticas públicas e os fortalecimentos de ações que promovam um envelhecimento ativo e saudável (IBGE, 2015).

Em nosso estudo, a maior média entre os domínios foi o de Aspectos Sociais. Nesse sentido, segundo Miranda e Banhato (2008) idosos que participam de atividades em grupos se percebem com melhor qualidade de vida do que os idosos que não realizam atividades regularmente. O isolamento social e a solidão no idoso estão associados ao comprometimento da saúde física e mental. Com isso, deve ser incentivado a participação dos idosos em grupos sociais (WHO, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; FRANCONI, SILVA, 2007).

O presente estudo encontrou algumas limitações quanto ao tamanho da amostra e o período da coleta de dados, no qual foi estendido para comportar o maior número de indivíduos e informações. As atividades do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade no campus A.C. Simões - UFAL acontecem duas vezes na semana, sendo comum o absenteísmo. Algumas das motivações relatadas para ausência são: problemas relacionados à saúde, consultas médicas, participação em

outros grupos, dependência do transporte coletivo, e a responsabilidade com os netos. Os resultados encontrados não podem ser extrapolados para a população em geral, tendo em vista o tipo e tamanho da amostra. Também não foi possível identificar causa e efeito devido natureza transversal da pesquisa. Entretanto contribuiu por traçar o perfil nutricional, de consumo alimentar e a qualidade de vida dos idosos que participam da Universidade da Terceira Idade desenvolvida no Campus A.C. Simões, fato que auxiliará no desenvolvimento de atividades futuras.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu concluir que apesar da alta prevalência de excesso de peso e risco cardiovascular, o perfil alimentar foi satisfatório, destacando o elevado consumo de frutas e o baixo consumo de ultraprocessados. Entre os domínios da qualidade de vida o componente social é o mais bem estabelecido entre os idosos e a limitação física ainda uma dificuldade encontrada para o estabelecimento de melhores condições de vida. Apesar das evidências na literatura mostrarem a influência do estado nutricional nos domínios da qualidade de vida, o trabalho não encontrou diferença estatística significativa.

Com o envelhecimento populacional evidencia-se a importância de identificar quais agravos nutricionais são prevalentes no idoso, e investigar quais os determinantes interferem no consumo alimentar, estado nutricional e consequentemente na qualidade de vida desta faixa etária, para a elaboração de estratégias com medidas efetivas de promoção, prevenção e atenção ao idoso.

REFERÊNCIAS

- ACUÑA, K.; CRUZ, T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. **Arq bras endocrinol metab**, v. 48, n. 3, p. 345-61, 2004.
- BASSOLI, S.; PORTELLA, M. R. Estratégias de atenção ao idoso: avaliação das oficinas de saúde desenvolvida em grupos de terceira idade no município de Passo Fundo-RS. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 6, 2004.
- BECK, A. M.; OVESEN, L.; OSLER, M. The 'Mini Nutritional Assessment'(MNA) and the 'Determine Your Nutritional Health'Checklist (NSI Checklist) as predictors of morbidity and mortality in an elderly Danish population. **British Journal of Nutrition**, v. 81, n. 1, p. 31-36, 1999.
- BRAGA, C.P. et al. Avaliação Antropométrica e Nutricional de Idosas Participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI), 2008. **Rev. Simbio-logias**, Botucatu, v. 1, n. 2, p.9-20, maio 2009.
- BRASIL. Lei nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 19 out. 2006.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde. – 1. ed., 2.^a reimpr. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). **Pesquisa Nacional de sobre Saúde e Nutrição**. Brasília: MS; 1990.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Atenção Básica**. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de Situação de Saúde.** Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis.** Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde ; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BUFFA, Roberto et al. Body composition variations in ageing. **Collegium antropologicum**, v. 35, n. 1, p. 259-265, 2011.

BUENO, Júlia Macedo et al. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1237-1246, 2008.

BUSS, P. M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. S177-S185, 1999.

CACHIONI, M. Universidade da Terceira Idade: história e pesquisa. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 15, n. Especial14, p. 1-8, 2012.

CACHIONI, M. et al. Motivational factors and predictors for attending a continuing education program for older adults. **Educational Gerontology**, v. 40, n. 8, p. 584-596, 2014.

CACHIONI, M.; PALMA, L. S. Educação permanente: perspectiva para o trabalho educacional com o adulto maduro e o idoso. **Tratado de geriatria e gerontologia**, 2006.

CAMPOS, M. T. F. S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELAS, A. P. R. C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 13, n. 3, p. 157-165, Dec. 2000.

CANOY, D. et al. Coronary heart disease incidence in women by waist circumference within categories of body mass index. **European journal of preventive cardiology**, v. 20, n. 5, p. 759-762, 2013.

CERVATO, A. M.; DERNTL, A. M.; LATORRE, M. R. D. O.; MARUCCI, M. F. N. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em universidade aberta à terceira idade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. jan.-fe, n. 1, p. 41-52, 2005.

CICONELLI, R-. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev bras reumatol**, v. 39, n. 3, p. 143-50, 1999.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, 31 (2): 184-200, 1997.

CHUMLEA, W. C.; ROCHE, A. F.; STEINBAUGH, M. L. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 33, n. 2, p. 116-120, 1985.

CUPPARI, L. Guia de nutrição: clínica no adulto. In: **Guia de nutrição: clínica no adulto**. 2014. p. 578-578.

DAWALIBI, N. W. et al. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 30, n. 3, p. 393-403, Sept. 2013.

DE OLIVEIRA, B. S.; DELGADO, S. E.; BRESCOVICI, S. M. Alterações das funções de mastigação e deglutição no processo de alimentação de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 575-587, 2014.

DE OLIVEIRA, D. C.; SIMONEAU, A. S. Os programas universitários para pessoas idosas (UnATIs): um estudo de representação social. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 12, n. 2, p. 446-461, 2012.

DO PRADO, M. C. R.; CALAIS, S. L.; CARDOSO, H. F. Stress, Depressão e qualidade de vida em beneficiários de programas de transferência de renda. **Interação em Psicologia**, v. 20, n. 3, 2017.

FALSARELLA, G. R. et al. Envelhecimento e os fenótipos da composição corporal. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 17, n. 2, p. 57-77, 2014.

FARES, D. et al. Fatores associados ao estado nutricional de idosos de duas regiões do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 4, p. 434-441, 2012.

FAZZIO, D. M. G. Envelhecimento e Qualidade de Vida - Uma Abordagem Nutricional e Alimentar. **Revista de divulgação científica Sena Aires**, v. 1, n. 1, p. 76-88, 2012.

FRANCIONI, F. F.; SILVA, D.G. V.. El proceso de vivir saludable en personas con Diabetes Mellitus a través de un grupo de convivencia. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 105-111, 2007.

FREITAS, E. V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. In: **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2006.

GARCIA, C. A. M. S.; MORETTO, M. C.; GUARIENTO, M. E. Estado nutricional e qualidade de vida em idosos. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd**, v. 14, n. 1, p. 52-56, 2016.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123-133, Jan. 2012.

GOUVEA, E. C. D. P. et al. Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis. *Bol Epidemiol [internet]*. 2019 set [27 set 2019]; 50(n. esp.): 99-101. (Número especial: Vigilância em Saúde no Brasil 2003/2009: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos> Acesso em: 15 fev. 2020.

GUCCIONE, A. A. Fisioterapia geriátrica. Tradução de José Eduardo Ferreira de Figueiredo e Marcelo Alves Chagas. 2. ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2002.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003**: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa de Orçamento Familiares 2008-2009**: Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde: 2013-ciclos de vida**: Brasil e grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro. IBGE, 2015.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060**. 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?edicao=21830&t=resultados>> Acesso em: 05 jan. 2020.

LAURENTI, R. A mensuração da qualidade de vida. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 361-362, 2003.

LEITE, S. V.; FRANÇA, L. H. F. P. A Importância da intergeracionalidade para o desenvolvimento de universitários mais velhos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 16, n. 3, p. 831-853, 2016.

LEMOS, J. S. et al. Perfil nutricional de idosos frequentadores da Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI) da cidade de Manaus/AM/Brasil. 2012.

LIMA, M. A. et al. A Gestão da experiência de envelhecer em um programa para a terceira idade: a UnATI/UERJ. 1999.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 700-701, 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S.; GIATTI, L.. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios PNAD/98. **Ciência&SaúdeColetiva**, v. 7, n. 4, p. 813-824, 2002.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **PrimaryCare**, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.

MAIA, F. O. M. et al. Fatores de risco para mortalidade em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1049-1056, Dec. 2006.

MARUCCI, M. F. N, BARBOSA, A. R. Estado nutricional e capacidade física. In: Lebrão ML, Duarte YAO, organizadores. SABE? Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**; 2003. p. 95-117

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.15, n.5, 2010.

MILAGRES, C. S. et al. Condição de saúde bucal autopercebida, capacidade mastigatória e longevidade em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2018, v. 23, n. 5.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; DA SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MIRANDA, L. C.; BANHATO, E. F. C. Qualidade de vida na terceira idade: a influência da participação em grupos. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 2, n. 1, 2008.

MOLITERNO, A. C. M. et al. Viver em família e qualidade de vida de idosos da Universidade Aberta da Terceira Idade. **Revista enfermagem UERJ**, v. 20, n. 2, p. 179-184, 2012.

MONTEIRO, M. et al. Estilo de vida e saúde de um grupo de idosos de Franca, SP. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 7, n. 2, p. 113-119, 2013.

NAJAS, M.; YAMATTO, T. H. Avaliação do estado nutricional de idosos. **Nestlé nutrition**, 2008.

NETI-Núcleo de Estudo da Terceira idade. **História**. 2020. Disponível em: <https://neti.ufsc.br/historia/>. Acesso em: 10 dez. 2019

NETO, F. X. P. et al. Anormalidades sensoriais: olfato e paladar. **Int Arch Otorhinolaryngol**, v. 15, p. 350-8, 2011.

NEUMANN, L.; SCHAUREN, B. C.; ADAMI, F. S. Sensibilidade gustativa de adultos e idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 797-808, Out. 2016.

Organização Mundial de Saúde. FAO/WHO iniciam um relatório pericial sobre dieta alimentar, nutrição e prevenção de doenças crônicas. **Organização Mundial da Saúde**, 2003. Disponível em: <https://www.who.int/nutrition/publications/pressrelease32_pt.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2018.

Organización Panamericana de la Salud. División de Promoción y Protección de la Salud (HPP). Encuesta Multicentrica salud bienestar y envejecimiento (SABE) em América Latina el Caribe: Informe Preliminar [Internet]. In: XXXVI Reunión del Comité asesor de investigaciones em Salud; 9-11 jun 2001; Kingston, Jamaica: OPAS, 2002.

PAPALÉO, N. M.; CARVALHO, F. E. T., SALLES, R. F. N, editores. Fisiologia do envelhecimento. Geriatria, fundamentos, clínica e terapêutica. 2ª ed. São Paulo (SP): **Atheneu**; 2006.

PAULA, R. S. et al. Alterações gustativas no envelhecimento. **Rev. Kairós**, v. 11, n. 1, p. 217-235, 2008.

PALMA, L. T. S. Educação permanente e qualidade de vida: indicativos para uma velhice bem-sucedida. In: **Educação permanente e qualidade de vida: indicativos para uma velhice bem-sucedida**. 2000. p. 143-143.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; DOS SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista brasileira de educação física e esporte**, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2012.

RASHEED,S; WOODS, R.T. Malnutrition and quality of life in older people: a systematic review and meta-analysis. **Ageing Res Rev**. 2013;12(2):561-6.

RODRIGUES, R. M. Solidão, um fator de risco. **Rev Port Med Geral Fam**, Lisboa , v. 34, n. 5, p. 334-338, out. 2018.

SAMPAIO, L. R. Avaliação nutricional e envelhecimento. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 507-514, Dec. 2004.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, London: The Lancet Publications; Oxford: Elsevier, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, June 4, 2011.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, Apr. 2004.

SILVA, T. A. A. et al. Sarcopenia associada ao envelhecimento: aspectos etiológicos e opções terapêuticas. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 391-397, Dec. 2006.

SESC. TRABALHO SOCIAL COM GRUPOS (IDOSOS),2019. Disponível em: <https://www.sescalagoas.com.br/assistencia/trabalho-social-com-grupos/> Acesso em: 14 mar. de 2020.

TAVARES, D. M. S. et al. Excesso de peso em idosos rurais: associação com as condições de saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 913-922, Mar. 2018.

TAVARES, E. L. et al. Avaliação nutricional de idosos: desafios da atualidade. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 643-650, Sept. 2015.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539- 548, 2012.

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 8, p. 246-252, 2005.

VELLAS, P. Le troisième souffle. Paris (Fr.): **Grasset**, 1997.

WARE, J. E., SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. **Med Care**, 30: 473-83, 1992.

WICHMANN, F. M. A. et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 821-832, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. **WHO Technical Report Series**, Geneva, n. 894, 1998 (Technical Report Series, n. 894).

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Public Health Agency of Canada. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva, **World Health Organization**, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**. Geneva, 1995. 41(10):1403-1409.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

1/3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa EFEITO DE ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS desenvolvida por Andressa Gimenez Ferreira Soares e Cíntia Laís Alves Costa da Silva, alunas do curso Nutrição da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), como trabalho de conclusão de curso, sob orientação da Professora Dra. Ana Paula Grotti Clemente e coorientação da mestranda Giovana Montemor Marçal.

O estudo tem como objetivo avaliar o efeito das oficinas de educação alimentar e nutricional na mudança da qualidade de vida em idosos. A importância deste estudo é desenvolver ações efetivas de Educação Alimentar e Nutricional voltadas especialmente para idosos, uma vez que esta população tem maior risco de desenvolver Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), tais como diabetes e hipertensão.

Você está sendo convidado a participar do estudo pois atende aos critérios de inclusão dos participantes do estudo, ou seja, tem idade igual ou superior a 60 anos, é saudável por não apresentar as DCNTs ou elas estarem controladas e participa do programa Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI) no *campus* A. C. Simões - Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

O desenvolvimento deste projeto ocorrerá através de 8 encontros semanais com duração de 30 minutos, em uma sala de aula reservada no prédio do curso de Educação Física, unidade acadêmica que sedia o Programa Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI) e/ou no laboratório de técnica dietética, da Faculdade de Nutrição, no período de julho a setembro de 2019, conforme o cronograma que será divulgado após o primeiro encontro. Nos 8 encontros do projeto ocorrerão oficinas sobre Educação Alimentar e Nutricional com o objetivo de trabalhar de forma dinâmica e coletiva, favorecendo a troca de saberes sobre alimentação saudável e adequada, com o intuito de aumentar o seu conhecimento acerca de escolhas alimentares benéficas que impactem na melhora da sua qualidade de vida.

A sua participação se dará nas seguintes etapas: no primeiro encontro haverá uma apresentação da equipe, sensibilização dos participantes e definição das temáticas a serem trabalhadas e agendamento para uma entrevista pelos pesquisadores, em uma sala reservada e exclusiva para este fim, com tempo de duração estimado de 20 minutos para coletarmos informações sociais e do seu local de moradia; consumo alimentar e qualidade de vida. Também realizaremos avaliação antropométrica com aferição do peso, altura do joelho e circunferência



da cintura. Os dados antropométricos, de consumo alimentar e qualidade de vida serão coletados no momento inicial e final, ou seja, antes da execução das oficinas e após a realização das 8 oficinas de Educação Alimentar e Nutricional.

Com relação aos incômodos e riscos da pesquisa, poderá ocorrer algum desconforto no momento da coleta dos dados antropométricos, sociais e do local de moradia, consumo alimentar e qualidade de vida, para diminuir o incomodo os dados serão coletados em uma sala reservada no prédio do curso de Educação Física, unidade acadêmica que sedia o Programa UnATI, garantindo desta forma maior privacidade e sigilo das informações. A equipe de pesquisa se compromete em proteger o sigilo das informações fornecidas, não permitindo a divulgação de nomes dos indivíduos.

Caso ocorram danos comprovadamente relacionados à participação dos indivíduos na pesquisa, será garantida a indenização (conforme a Resolução CNS 466/12, item IV). E não haverá despesa para o participante da pesquisa, uma vez que os mesmos estarão participando de uma pesquisa gratuita.

Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: aumentar o seu conhecimento acerca dos cuidados para uma alimentação adequada e saudável e por consequência uma melhora na qualidade de vida. Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

A participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Terão acesso aos dados apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, não fazendo uso destas informações para outras finalidades, como também, os dados serão analisados e divulgados de forma coletiva, preservando o sigilo do seu nome.

Eu
tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para



3/3

isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO e recebi uma via devidamente assinada, confirmando minha participação no estudo.

Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Avenida Lourival de Melo Mota S/N

Complemento: Tabuleiro dos Martins

Cidade/CEP: Maceió/57072-900

Telefone: (82) 3214-1100

Ponto de referência: Próximo ao Hospital Universitário Professor Alberto Antunes

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:


Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária.

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, de de


Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas demais folhas	 ANA PAULA GROTTI CLEMENTE, PESQUISADORA
--	---

APÊNDICE B– Questionário sociodemográfico semiestruturado

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
NOME:			
SEXO: () M () F	DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	CONTATO:
ESTADO CIVIL: () SOLTEIRO(A) () CASAMENTO/UNIÃO ESTÁVEL () VIÚVO(A) () SEPARADO(A)/DIVORCIADO(A)			
DADOS SÓCIOECONÔMICOS			
FREQUENTOU ESCOLA? () SIM () NÃO		SABE LÊ? () SIM () NÃO/ANALFABETO	
ESTUDOU ATÉ QUE SÉRIE?			
PROFISSÃO:			
QUAL A ORIGEM ATUAL DA SUA RENDA?			
() AINDA TRABALHO () APOSENTADO () PENSIONISTA () RECEBO BENEFÍCIO (PBF, PBC) () NÃO TENHO RENDA, SOU DEPENDENTE DO MEU COMPANHEIRO(A)/FILHOS () OUTRAS FONTES (ALUGUEL, INVESTIMENTO, JUROS DE POUPANÇA).			
N ° DE MEMBROS DA FAMÍLIA:			
QUAL A SUA RENDA INDIVIDUAL APROXIMADA?			
(A) NÃO TENHO RENDA (B) ATÉ 1/2 SALÁRIO MÍNIMO. (C) ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO (D) DE 1 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS (E) DE 3 A 5 SALÁRIOS MÍNIMOS. (F) MAIS DE 5 SALÁRIOS MÍNIMOS.			
QUAL A SUA RENDA FAMILIAR APROXIMADA?			
(A) NÃO TENHO RENDA (B) ATÉ 1/2 SALÁRIO MÍNIMO (C) ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO (D) DE 1 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS (E) DE 3 A 5 SALÁRIOS MÍNIMOS. (F) MAIS DE 5 SALÁRIOS MÍNIMOS.			
CONDIÇÃO DE MORADIA: () PRÓPRIA () FINANCIADA () ALUGADA () CEDIDA			
ABASTECIMENTO DA ÁGUA: () REDE PÚBLICA () POÇO () CISTERNA			
TRATAMENTO DE ÁGUA: () SIM () NÃO. SE SIM, QUAL?			
MANEJO DOS RESÍDUOS: () REDE PÚBLICA () FOSSA () CÉU ABERTO			
COLETA DE LIXO: () REDE PÚBLICA () CÉU ABERTO () QUEIMADO			

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS</p> </div> <div style="text-align: right;">  </div> </div>				
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP				
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA				
Título da Pesquisa: EFEITO DE ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS				
Pesquisador: ANA PAULA GROTTI CLEMENTE				
Área Temática:				
Versão: 3				
CAAE: 06331019.9.0000.5013				
Instituição Proponente: Faculdade de Nutrição - UFAL				
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio				
DADOS DO PARECER				
Número do Parecer: 3.455.713				
Apresentação do Projeto:				
<p>O envelhecimento populacional vem crescendo no país devido ao aumento da expectativa de vida e a queda na taxa de fecundidade. O processo de transição demográfica se deu associado a transição epidemiológica, com o declínio das doenças infecciosas e o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Nas últimas décadas também foram observadas mudanças no hábito alimentar da população, caracterizado pelo aumento no consumo de alimentos industrializados, ricos em açúcares, gorduras saturadas, sal e redução no consumo de alimentos frescos e caseiros. Esse padrão de consumo predispõe o desenvolvimento de DCNTs e está diretamente relacionado com o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade na população, inclusive nos idosos. As DCNTs são fatores limitantes para capacidade funcional, acarretando prejuízo da qualidade de vida. O presente estudo tem como objetivo analisar um protocolo de estratégias de educação alimentar e nutricional voltadas a melhora da qualidade de vida de idosos. O desenvolvimento e avaliação de ações efetivas de Educação Alimentar e Nutricional voltadas especialmente para esse público, torna-se essencial diante da maior vulnerabilidade às DCNTs e declínio da capacidade funcional. O trabalho será realizado com idosos participantes do programa Universidade Aberta à Terceira Idade, onde serão estudados os aspectos socioeconômicos, antropométricos, de consumo alimentar e qualidade de vida desta população por meio da aplicação de questionário semiestruturado sociodemográfico, avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferência da cintura), questionário Marcador do Consumo</p>				
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Endereço: Av. Lourival Melo Neto, s/n - Campus A. C. Simões,</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Cidade Universitária CEP: 57 072-900</td> </tr> <tr> <td>UF: AL Município: MACEIO</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (82)3214-1041 E-mail: comitecetcaufal@gmail.com</td> </tr> </table>	Endereço: Av. Lourival Melo Neto, s/n - Campus A. C. Simões,	Bairro: Cidade Universitária CEP: 57 072-900	UF: AL Município: MACEIO	Telefone: (82)3214-1041 E-mail: comitecetcaufal@gmail.com
Endereço: Av. Lourival Melo Neto, s/n - Campus A. C. Simões,				
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57 072-900				
UF: AL Município: MACEIO				
Telefone: (82)3214-1041 E-mail: comitecetcaufal@gmail.com				

Contribuição do Pesquisador: 3.463,713

Alimentar e o SF-36, respectivamente. A análise estatística se dará a partir da tabulação dos resultados em planilha do Excel.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Avaliar o efeito das oficinas de educação alimentar e nutricional na mudança da qualidade de vida em idosos.

Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico da população estudada;
- Avaliar o estado nutricional antes e depois da realização das oficinas de Educação alimentar e nutricional;
- Avaliar o consumo alimentar dos idosos participantes do programa antes e depois da realização das oficinas de Educação alimentar e nutricional;
- Avaliar a qualidade de vida através do questionário SF-36 antes e depois da realização das oficinas de Educação alimentar e nutricional;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Com relação aos incômodos e riscos da pesquisa, poderão ocorrer: quebra de sigilo da pesquisa, não saber o que responder, perda de tempo, deslocamento até o local das oficinas. Os responsáveis pela pesquisa se comprometem a proteger o sigilo das informações fornecidas, não permitindo a divulgação de nomes dos indivíduos.

Benefícios:

Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: Garantir a autonomia e o autocuidado, a promoção da alimentação adequada e saudável e por consequência uma melhoria na qualidade de vida dos idosos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Embora talvez o intervalo de tempo não seja suficiente para modificar a qualidade de vida dos participantes (especialmente, se já tiverem elevada qualidade de vida), trata-se de uma pesquisa relevante pois atuará na promoção de saúde da população idosa, onde os benefícios superam sobremaneira os riscos oferecidos.

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Sincos,
 Belém: Cidade Universitária CEP: 57.072-000
 UF: AL Município: MACEIO
 Telefone: (32)3214-1041 E-mail: comitedeticu@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer 3.468.710

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão adequados (Folha de Rosto, PB, Projeto, Declarações de Infraestrutura e Destinação dos Dados, Orçamento e TCLE).

A pesquisadora também enviou uma carta respondendo a todos os questionamentos levantados no último parecer.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto se encontra adequado à resolução nº466/2012, não apresentando óbices éticos para sua execução.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado.

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.Sª. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o

Endereço: Av. Lourival Melo Neto, s/n - Campus A. - C. Sindus,
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 E-mail: comitedeticaufl@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.455.713

relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1285373.pdf	21/05/2019 12:05:48		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	infraestrutura.pdf	21/05/2019 12:04:09	ANA PAULA GROTTI CLEMENTE	Aceito
Outros	resposta.pdf	21/05/2019 11:54:16	ANA PAULA GROTTI CLEMENTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Agência	TCLE.pdf	21/05/2019 11:53:09	ANA PAULA GROTTI CLEMENTE	Aceito
Outros	declaracao.pdf	21/05/2019 11:52:53	ANA PAULA GROTTI CLEMENTE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC.pdf	21/05/2019 11:46:21	ANA PAULA GROTTI CLEMENTE	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	18/01/2019 16:42:58	ANA PAULA GROTTI CLEMENTE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** comiteeticafufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Processo: 3.455.713

MACEIO, 15 de Julho de 2019

Assinado por:
Luciana Santana
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** comitedeficaufal@gmail.com

ANEXO B - Medical Outcomes Study 36 (SF-36)

Medical Outcomes Study 36 (SF-36)			
Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.			
<p>1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma).</p> <p>Excelente1</p> <p>Muito boa2</p> <p>Boa3</p> <p>Ruim4</p> <p>Muito Ruim5</p>			
<p>2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora? (circule uma).</p> <p>Muito melhor agora do que a um ano atrás1</p> <p>Um pouco melhor agora do que a um ano atrás2</p> <p>Quase a mesma de um ano atrás3</p> <p>Um pouco pior agora do que há um ano atrás4</p> <p>Muito pior agora do que há um ano atrás5</p>			
<p>3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule uma).</p>			
Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d. Subir vários lances de escada.	1	2	3
e. Subir um lance de escada.	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g. Andar mais de 1 quilômetro.	1	2	3
h. Andar vários quarteirões.	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3
<p>4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com</p>			

alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física? (circule uma em cada linha).						
	Sim	Não				
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2				
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2				
c. Esteve limitado no seu tipo trabalho ou em outras atividades?	1	2				
5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)? (circule uma em cada linha).						
	Sim	Não				
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2				
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2				
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2				
6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule uma).						
De forma nenhuma	1					
Ligeiramente	2					
Moderadamente	3					
Bastante	4					
Extremamente	5					
7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas? (circule uma).						
Nenhuma	1					
Muito leve	2					
Leve	3					
Moderado.....	4					
Grave.....	5					
Muito grave.....	6					
8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)? (circule uma).						
De maneira alguma.....	1					
Um pouco	2					
Moderadamente.....	3					
Bastante.....	4					
Extremamente.....	5					
9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas . (circule um número para cada linha).						
	Todo	A	Uma	Alguma	Uma	Nunca

	tempo	maior parte do tempo	boa parte do tempo	parte do tempo	pequena parte do tempo	
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?						
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?						
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?						
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?						
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?						
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?						
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?						
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?						
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?						

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)? (circule uma).

Todo o tempo.....1

A maior parte do tempo2

Alguma parte do tempo.....3

Uma pequena parte do tempo.....4

Nenhuma parte do tempo5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você? (circule um número em cada linha).

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO C – Marcador de Consumo Alimentar

Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular? SIM () NÃO () NÃO SABE ()
Quais refeições você faz ao longo do dia? CAFÉ DA MANHÃ () LANCHE DA MANHÃ () ALMOÇO () LANCHE DA TARDE () JANTAR () CEIA ()
Ontem você consumiu:
Feijão SIM () NÃO () NÃO SABE ()
Frutas Frescas (não considerar suco de frutas) SIM () NÃO () NÃO SABE ()
Verduras e/ou legumes (não considerar batata, macaxeira, cará, inhame); SIM () NÃO () NÃO SABE ()
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salsicha, linguiça); SIM () NÃO () NÃO SABE ()
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xarope de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar); SIM () NÃO () NÃO SABE ()
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados SIM () NÃO () NÃO SABE ()
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina). SIM () NÃO () NÃO SABE ()

