

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PROFESSOR ALOÍSIO TEIXEIRA – CAMPUS MACAÉ

MILENA FERNANDES VICENTE

**ESTADO MARITAL, ARRANJO FAMILIAR E SUA ASSOCIAÇÃO COM FATORES
SOCIOECONÔMICOS, DEMOGRÁFICOS, ÍNDICE DE MASSA CORPORAL E
CONSUMO ALIMENTAR DE IDOSOS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DE MACAÉ (RJ)**

Macaé

2018

MILENA FERNANDES VICENTE

**ESTADO MARITAL, ARRANJO FAMILIAR E SUA ASSOCIAÇÃO COM FATORES
SOCIOECONÔMICOS, DEMOGRÁFICOS, ÍNDICE DE MASSA CORPORAL E
CONSUMO ALIMENTAR DE IDOSOS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA DE MACAÉ (RJ)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Nutrição da Universidade Federal do
Rio de Janeiro - Campus Macaé como parte dos
requisitos necessários à obtenção do grau de
bacharel em Nutrição.

Orientador(a): Prof^a Dr^a Celia Diogo Ferreira

Macaé

2018

CIP - Catalogação na Publicação

V632

Vicente, Milena Fernandes

Estado marital, arranjo familiar e sua associação com fatores socioeconômicos, demográficos, índice de massa corporal e consumo alimentar de idosos assistidos pela estratégia de saúde da família de Macaé (RJ) / Milena Fernandes Vicente. - Macaé, 2018.

67 f.

Orientador(a): Célia Diogo Ferreira.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Colegiado de Ensino de Graduação - Macaé, Bacharel em Nutrição, 2018.

1. Idosos. 2. Envelhecimento. 3. Consumo alimentar. 4. Relação familiares. I. Ferreira, Célia Diogo, orient. II. Título.

CDD 613.2

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Campus UFRJ-Macaé Professor Aloisio Teixeira
Bibliotecário(a) Rosana Silva de Oliveira CRB7 – 5849

*Aos meus pais, Carmen e Luciano pela
dedicação e cuidado com a minha educação ao
longo de toda a minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, pelo dom da vida e por ter me capacitado ao longo desses 4 anos e meio de graduação. Seu sopro de vida me propiciou alçar voos cada vez mais altos, ser resiliente e acreditar que no tempo d'Ele tudo iria dar certo.

Aos meus pais, pela paciência e amparo e principalmente por terem “segurado as pontas” enquanto eu corria atrás dos meus sonhos, por serem meus maiores e melhores incentivadores, pelos valores compartilhados e por me proporcionarem todas as oportunidades as quais eles não tiveram acesso, eu não chegaria aqui sem o esforço e dedicação deles dois.

As minhas avós, Irene e Jacira (*in memoriam*) pela intercessão e por sempre acreditarem em mim e em meu potencial, as minhas tias, tios e primos por serem meu combustível para ir além, meu maior exemplo de amor e perseverança e por me mostrarem todos os dias como é importante ter uma família que te apoie.

Agradeço a minha professora orientadora Célia pela paciência e cuidado e as meninas do GPENUTE, sem elas esse trabalho não seria possível.

Aos meus amigos, que de perto ou de longe conseguiram entender todas as vezes nas quais não pude estar com eles por conta de compromissos da faculdade, eles que sempre acreditaram em mim e ouviram incansavelmente as minhas reclamações e queixas dando sempre um jeito de dizer que no fim, tudo daria certo, em especial a Ana Carolina e ao Rafael, eles que sempre me traziam momentos de paz em meio as loucuras dos semestres e nunca me deixaram desacreditar que eu seria capaz, muito obrigada!

A minha turma que, ao longo desses anos me proporcionou aprendizados que levarei por toda a minha vida, á eles que me fazem acreditar em uma Nutrição mais justa e verdadeira, respeitando o ser e sua individualidade, em especial ao meu grupo de trabalho, as meninas que por muitas vezes me salvaram, poderia dizer que nossa parceria funcionou melhor do que imaginávamos, vocês são incríveis!

Por fim, agradeço a todo corpo docente da UFRJ Macaé, professores que deixaram um pouco de si e me inspiram a ser uma profissional melhor, as minhas preceptoras de estágio pela compreensão e por deixarem que eu fizesse parte do dia a dia delas, meu muito obrigado nunca será suficiente.

“Resiliência é sobre o caminho. E durante o caminho, o atravessar, é que a gente cresce”. Textos cruéis demais para serem lidos rapidamente.

VICENTE, Milena Fernandes. **Estado marital e arranjo famílias e sua associação com fatores socioeconômicos, demográficos, índice de massa corporal e consumo alimentar de idosos assistidos pela estratégia de saúde da família de Macaé (RJ)**. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé, 2018.

RESUMO

Com a redução nas taxas de fecundidade e mortalidade em conjunto com o aumento na expectativa de vida, houve um crescimento da população idosa, de caráter mundial. No Brasil, esse crescimento tem ocorrido de maneira acelerada. Houve um aumento expressivo no número de idosos que residem só, o que reflete em uma nova configuração familiar, ressaltando o quão singular merece ser o cuidado com essa população. O objetivo do estudo foi associar o estado marital e arranjo familiar com fatores socioeconômicos, demográficos, índice de massa corporal e consumo alimentar de idosos assistidos por Unidades Básicas de Saúde da Família de Macaé (RJ). Por meio de visitas domiciliares foram aplicados questionários e coletados dados pessoais, avaliação socioeconômica, demográfica, aspectos dietéticos, antropométricos e de saúde de 269 idosos, de ambos os sexos; A amostra apresentou predominância do sexo feminino (62,2%), com maior frequência de faixa etária entre 60-69 anos (57,3%), ao arranjo familiar 17,2% dos idosos residiam só, enquanto 82,8% residiam acompanhados. No que tange ao estado marital 58,4% eram casados, 26,4% eram viúvos, 8,9% eram separados ou divorciados e 6,3% eram solteiros. O hábito alimentar foi associado ao morar só ou em companhia e estar ou não casado; houve diferença estatística em relação a companhia no momento da refeição desses idosos, demonstrando que, mesmo entre aqueles que moram sozinhos, haviam 10,9% que se alimentavam com companhia. Em relação aos macronutrientes e micronutrientes, entre os idosos casados e não casados, encontrou-se associação quanto ao consumo proteico, os demais micronutrientes quando não atingiam a recomendação encontraram-se aquém dos níveis preconizados, revelando consumo inadequado, os resultados também demonstraram que os homens consumiam quantidade inferior de fibras, havendo diferença entre o estado marital; os resultados referentes ao arranjo familiar foram semelhantes, de forma que o consumo de micronutrientes, em grande parte, não atingiram o valor mínimo suficiente para atender as necessidades desses indivíduos. Diante disso, foram encontrados indivíduos tanto em situação de baixo peso (18,6%) como com excesso de peso (48,3%), demonstrando a grande fragilidade dessa parcela da população. Com a tendência do aumento da expectativa de vida da população é esperado, a cada ano, que aumentem o número de idosos que moram sozinhos, isso, em conjunto com as particularidades do indivíduo idoso nos levam a necessidade de investigar de que forma se configura sua a rede de apoio, fomentando pesquisas que relacionem seus hábitos alimentares a fatores como arranjo familiar, estado marital, situação socioeconômica e assim, possam ser criadas estratégias e políticas de atenção a esses idosos.

Palavras chave: Idosos, Envelhecimento, Arranjo familiar, Estado marital, Atenção básica à saúde.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Caracterização socioeconômica, demográfica, de arranjo familiar e estado marital dos idosos avaliados – Página 24.
- Tabela 2.** Caracterização socioeconômica, demográfica, hábito alimentar e índice de massa corporal dos idosos avaliados estratificados segundo seu estado marital – Página 26.
- Tabela 3.** Caracterização socioeconômica, demográfica, hábito alimentar e índice de massa corporal dos idosos avaliados estratificados segundo o arranjo familiar – Página 28.
- Tabela 4.** Consumo alimentar médio dos idosos avaliados em relação a macronutrientes, micronutrientes e fibras, segundo o estado marital – Página 30.
- Tabela 5.** Consumo alimentar médio dos idosos avaliados em relação a macronutrientes, micronutrientes e fibras, segundo o arranjo familiar – Página 32.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
IMC	Índice de Massa Corporal
UBS	Unidade Básica de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ACS	Agente Comunitário de Saúde
SM	Salário Mínimo
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
DRI	Diary Reference Intakes
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
EAR	Estimated Average Requirement
ONU	Organização das Nações Unidas
EUGMS	Sociedade da União Européia de Medicina Geriátrica
GAPB	Guia Alimentar para a População Brasileira

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	11
2.	REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1	Processo de transição demográfica.....	12
2.2	Alterações fisiológicas do envelhecimento	13
2.3	Estado nutricional de idosos	15
2.4	Relação do estado socioeconômico e o consumo alimentar.....	16
2.5	Estado marital, arranjo familiar e sua relação com consumo alimentar	17
3.	OBJETIVO	19
3.1	Geral	19
3.2	Específico	19
4.	JUSTIFICATIVA	19
5.	MATERIAIS E MÉTODOS.....	20
5.1	Tipo de Estudo.....	20
5.2	População e área de estudo	21
5.3	Critérios de inclusão e exclusão	21
5.4	Instrumento de coleta.....	21
5.5	Estado marital e arranjo familiar	21
5.6	Dados socioeconômicos e demográficos	22
5.7	Índice de massa corporal	22
5.8	Hábito e consumo alimentar	22
5.9	Análise estatística	23
5.10	Considerações éticas.....	23
6.	RESULTADOS	23
7.	DISCUSSÃO	33
8.	CONCLUSÃO.....	40
	REFERÊNCIAS.....	42

ANEXOS 49

1. INTRODUÇÃO

A Lei nº 10.741/03 a qual institui o Estatuto do Idoso define como idoso, indivíduos que possuem 60 anos ou mais. Atualmente temos cerca de 20 milhões de idosos no país e acredita-se que em 2030 a população poderá duplicar atingindo cerca de 41,5 milhões de idosos. E é com base nessas estimativas que identificamos o fenômeno da transição demográfica, no qual observa-se um aumento no número de idosos quando comparado a população de idades inferiores (BRASIL, 2010; FAZZIO, 2012; AZEVEDO, et al., 2014).

A redução nas taxas de fecundidade e mortalidade, decorrente da transição demográfica observada nas últimas décadas, faz com que o ritmo de envelhecimento aumente de proporção tornando-se cada vez mais fundamental um mapeamento das necessidades e fragilidades dessa parcela da população (LEBRÃO, 2007; SANTOS, 2010; MEDEIROS et al., 2017).

O envelhecimento é marcado por mudanças de aspecto biológico, social e psicológico trazendo consigo novas demandas para esse indivíduo uma vez que a pessoa pode vir a acumular doenças e agravos não transmissíveis. Sabe-se ainda da relação entre uma dieta inadequada e o aumento no risco do desenvolvimento de uma ou mais doenças crônicas não transmissíveis. Sabe-se também que a ingestão alimentar está associada a maior e melhor qualidade de vida influenciando na longevidade e consequentemente no envelhecimento saudável, sendo assim, é necessária atenção a alguns aspectos particulares dos idosos em relação a essa ingestão pois, além das limitações fisiológicas e bioquímicas, existem aspectos sociais e existenciais que devem ser levados em consideração (FARES et al., 2012; FAZZIO, 2012; GOMES et al., 2016).

Naturalmente o envelhecimento pode acarretar prejuízos anatômicos e funcionais ao indivíduo, que podem influenciar em seu comportamento alimentar e estado nutricional. A literatura enumera alguns aspectos comumente identificados como barreiras para o consumo alimentar saudável dos idosos e dentre eles estão: dificuldades funcionais que podem influenciar tanto na compra como no preparo dos alimentos, mudanças na capacidade cognitiva, alterações na digestão e absorção de nutrientes e dificuldades financeiras (SANTOS, 2010; GOMES et al., 2016).

Nesse sentido, Guedes et al. (2017) destacam em sua pesquisa a importância do apoio social a atenção integral a saúde do idoso de forma a apoiá-los em âmbito financeiro, emocional e social. Rabelo e Neri (2015) citam a família como o locus principal de apoio a pessoa idosa uma vez que é no âmbito familiar onde ocorrem intercâmbios de ajuda e experiências.

Observa-se um aumento de moradias unipessoais¹ entre a população de idosos do Brasil (RABELO e NERI, 2015). Essa condição pode, de certa forma, significar maior autonomia para essa população, com um envelhecimento bem-sucedido e independente, mas, em contrapartida, um estudo realizado por Fares et al. (2012), demonstrou que idosos que vivem só podem apresentar além de problemas relacionados à saúde, problemas psicológicos que contribuem na alteração de seu padrão alimentar. Os resultados desse estudo indicaram que as condições de saúde, saúde psicológica e a configuração familiar estão associadas entre si.

Dessa forma, sabendo que a alimentação constitui uma das atividades humanas mais importantes e o aumento da expectativa de vida ao longo desse século é fator determinante para o envelhecimento populacional, o presente estudo tem por objetivo de investigar de que forma o estado marital e arranjo familiar de idosos podem interferir, dentre outros fatores, em seu consumo alimentar (CAMARGOS, 2009; PROENÇA, 2010; CAMARGOS et al., 2011).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Processo de transição demográfica

Com a melhora na saúde pública mundial e a consequente diminuição nas taxas de doenças transmissíveis, junto com o advento de novas drogas antibacterianas, aumento da tecnologia e o alcance de grandes avanços nos tratamentos médicos ou o aparecimento de novas estratégias, observou-se o prolongamento na longevidade humana (MALAFAIA, 2008; MARTINS et al., 2016).

O crescimento populacional, principalmente da população idosa, caracteriza-se como um fenômeno mundial e, no Brasil, esse processo tem ocorrido de maneira acelerada.

¹ Moradias unipessoais configuram-se como residências nas quais possuem somente um habitante.

Segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) no período entre 1999 e 2009 a população idosa passou de 9,1% para 11,3% totalizando cerca de 21 milhões de pessoas (IBGE, 2013; MARTINS et al., 2016).

Desde a década de 40 tem sido registrado um crescente número de idosos na população brasileira e a expectativa de vida vem aumentando com o passar dos anos. Embora esse o fenômeno do envelhecimento já pudesse ser observado anteriormente, foi só por volta de 1950 que esse processo realmente se estabeleceu, quando houve um declínio brutal nas taxas de fecundidade, passando de cerca de 6,1 filhos por mulher em 1940 para 1,7 em 2000 (LEBRÃO, 2007).

Graças ao aumento no número de idosos e ao aumento na expectativa de vida da população houve uma modificação no perfil epidemiológico da população brasileira, com maior incidência de doenças crônicas não transmissíveis. Nesse contexto, o estado nutricional assume uma importante ferramenta para melhor manutenção da qualidade de vida e saúde dessa população (PEREIRA et al., 2016).

O ritmo do envelhecimento populacional não ocorre de maneira linear ao redor do mundo, porém, estima-se que em 2050 o Brasil será um dos países com maior população de idosos no mundo. Por se tratar de um grupo com idade variada e diferentes graus de autonomia tornam-se indispensáveis investigações aprofundadas sobre as reais necessidades dessa parcela da população (LEBRÃO, 2007).

2.2 Alterações fisiológicas do envelhecimento

As modificações que norteiam o envelhecimento apresentam origem variada; a nível biológico pode-se observar a associação com o acúmulo de danos moleculares e celulares que, com o tempo levam à perda nas reservas fisiológicas, aumentando assim o risco de doenças, além de causar declínio na capacidade intrínseca do indivíduo. No conceito psicossocial o envelhecimento interfere nas relações cognitivas e afetivas quando, ao envelhecer, o indivíduo necessita adaptar-se a novas situações e limitações em seu cotidiano (SANTOS, 2010; FECHINI, 2012; OMS, 2015).

O estado nutricional da população idosa frequentemente está relacionado com os processos e modificações inerentes do envelhecimento, como por exemplo, a diminuição do metabolismo basal, modificação na distribuição de gordura e diminuição da massa magra além de alterações no funcionamento do aparelho digestivo, mudanças na percepção sensorial e diminuição ou involução da capacidade mastigatória. Ainda, o

uso contínuo de múltiplos medicamentos pode interferir no consumo alimentar e na absorção correta dos nutrientes. Nessa direção, Oliveira et al., (2017) afirmam que com o envelhecimento ocorrem alterações nos processos de ingestão, digestão e absorção e dessa forma, essas alterações agem influenciando a utilização dos nutrientes ou aumentando a necessidade dos mesmos, contribuindo assim para o comprometimento do estado nutricional desses indivíduos (MARTINS et al., 2016).

O envelhecimento é um processo que envolve fatores como a ação do ambiente, ocupação, estilo de vida e hábitos alimentares ou de saúde e, sendo assim, o processo de envelhecimento fisiológico não ocorre de maneira uniforme nos diferentes indivíduos uma vez que, indivíduos da mesma idade podem ter estados significativamente diferentes (LIMA e DELGADO, 2010).

Dessa forma, por se tratar de um processo evolucionário, o envelhecimento é permeado por danos nas células e sistemas caracterizando processos gradativos que se acentuam com o passar dos anos e levam a redução gradual na densidade dos receptores e do número de células. Posto isso, os idosos passam por alterações visuais, a fisiologia própria da idade pode levar a uma atrofia e fraqueza muscular maior, além de alterações no sistema circulatório que ocorrem como mecanismo compensatório às situações de sobrecarga, há também déficit nos equilíbrios estático e dinâmico, relacionados a dificuldades nos processos neurológicos (FLORES et al., 2010; ESQUENAZI et al., 2014).

Os idosos apresentam algumas alterações físicas que, acompanhadas das alterações citadas anteriormente fazem parte do processo de envelhecimento, além disso, costumam apresentar perda na elasticidade do tecido conjuntivo e também um aumento na quantidade de gordura do organismo, especialmente com maior acúmulo na cavidade abdominal, tendo ainda, diminuição da massa corporal magra resultando na perda de força muscular (LIMA e DELGADO, 2010; PÍCOLI et al., 2011).

O Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, publicado em 2015 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ressalta uma vida mais longa como um recurso de muito valor, esse documento traz ainda que nem sempre a idade avançada implica em dependência total. Temos que saber identificar o processo de envelhecimento como algo individual e positivo, permitindo a maior valorização da população idosa e trabalhando para o desenvolvimento de ações que norteiem um envelhecimento saudável (FECHINI, 2012).

O foco de atenção à saúde do idoso está justamente relacionado as questões de comorbidades, uma vez que, como dito anteriormente, o envelhecimento traz alterações de aspecto fisiológicos que são inerentes ao processo e alterações fisiopatológicas que podem ser resultantes, em partes, por fatores de risco de ordem social como renda, educação, moradia, dentre outros, que podem ter sido acumulados ao longo da vida (FAZZIO,2012).

2.3 Estado nutricional de idosos

No envelhecimento, o cuidado nutricional não só é diferente como também deve ser singular às concepções e necessidades dessa faixa etária, dentro dessa linha de cuidado nos deparamos com exigências nutricionais desse corpo envelhecido indo de encontro às enfermidades que exigem tratamento e controle, além da vivência do indivíduo, uma vez que, o envelhecimento possui ligação tanto com as alterações fisiológicas como com as condições de saúde, mobilidade, autonomia, independência e configuração familiar (KUWAE et al., 2015).

A nutrição constitui um aspecto pluridimensional, uma vez que, envolve os sentidos, corpo, intelecto, afeto e aspectos sociais. Nesse sentido, o envelhecimento também precisa ser entendido em suas muitas dimensões e isso reafirma a importância extrema do conhecimento das práticas alimentares nessa faixa etária (SANTOS e RIBEIRO, 2011).

Fisberg et al. (2012) analisaram em seu estudo os dados da Pesquisa de Orçamento familiar (POF) 2008-2009 com registro alimentar de dois dias não consecutivos de cerca de 4.322 idosos e, dessa forma, demonstraram que a ingestão de vitaminas e minerais por idosos brasileiros encontra-se aquém dos valores recomendados. O consumo ineficiente pode ser decorrente, por exemplo da pouca variedade de alimentos que compõem a dieta habitual dos idosos brasileiros. Corroborando com o exposto, Souza et al. (2012) abordam em seu estudo os alimentos de maior consumo no Brasil, levando-se em consideração dados da POF e concluíram que a dieta básica do brasileiro consiste em carne bovina, arroz, feijão, café e pão de sal além da presença de sucos, refrescos, refrigerantes e pouca participação de frutas e hortaliças.

Dentre as variadas ferramentas disponíveis para avaliação do estado nutricional, seja em idosos ou na população mais jovem, as medidas antropométricas apresentam-se

como as mais utilizadas, tendo como destaque o uso do Índice de Massa Corporal (IMC). Apesar de suas limitações, no sentido de não diferenciar massa magra e massa gorda, não predizendo a distribuição da gordura, é, ainda hoje, amplamente utilizado por produzir informações básicas das variações físicas do indivíduo, de maneira rápida e com o uso de poucos instrumentos, além de possibilitar a classificação em graus de nutrição. É um método não invasivo e de fácil e rápida execução permitindo assim boa correlação com indicadores de morbimortalidade (LIMA e DELGADO, 2010).

2.4 Relação do estado socioeconômico e o consumo alimentar

A alimentação configura-se como um dos direitos humanos básicos, fundamentais e inerentes à dignidade humana sendo dever do Estado promovê-la de maneira adequada atuando na erradicação da pobreza e da fome. A incerteza de ter acesso a alimentos de qualidade, adequados e em quantidade suficiente denomina-se insegurança alimentar (SILVA et al. 2018).

Escolhas alimentares são processos complexos e influenciados por diferentes fatores, dentre eles, a renda. Silva et al., (2018) destacam que, por serem um grupo com grande crescimento populacional nos últimos anos, os idosos representam um elevado custo para o Estado e que para o idoso os gastos com medicamentos, serviços de saúde, tratamento de doenças crônicas levam a um comprometimento no orçamento doméstico, o que muitas vezes gera a condição de insegurança alimentar. Os autores ressaltam ainda que, para as famílias, ter um idoso em casa produz um resultado positivo, uma vez que sua renda poderá ser somada com a renda familiar.

Um estudo realizado no município de Santa Cruz-RN com um grupo de idosos salientou que, mesmo a renda sendo necessária, não se pode afirmar que a mesma é destinada a compra de alimentos saudáveis o que, por sua vez, pode representar um comprometimento a saúde dos indivíduos (RIBEIRO, 2016). Herrero (2012), afirma que quanto maior o poder aquisitivo, mais diversificado fica o carrinho de compras. Porém Andrade (2014), constatou que quanto menor a renda, maior o consumo de açúcar e menor o consumo de frutas ou legumes, sugerindo que o valor nutricional das refeições de famílias de baixa renda pode não suprir suas reais necessidades.

Borges et al. (2015) realizaram um estudo que analisava os custos de uma alimentação saudável a partir dos registros de aquisição de alimentos da POF e constataram que a obtenção de alimentos pelas famílias brasileiras sofre grande

influência dos preços, os autores afirmaram que os brasileiros de baixa renda gastam uma parte significativa de sua renda total com alimentos que possuem altas concentrações de açúcar e gorduras. Vaz e Bennemann (2014) relacionam a renda e a escolaridade com o padrão alimentar do indivíduo de forma que, a veiculação de informações em nosso país conduz a promoção de hábitos alimentares pouco saudáveis, em que o consumo de frutas e hortaliças aparentemente apresenta um custo maior do que uma alimentação com base em doces, alimentos gordurosos e carboidrato simples.

2.5 Estado marital, arranjo familiar e sua relação com consumo alimentar

Nas últimas décadas o arranjo familiar sofreu modificações em sua estrutura quando, em certo momento houve maior participação da mulher no mercado de trabalho e a conseqüente necessidade de conciliação entre vida profissional e serviços domésticos, modificando também a trajetória das práticas alimentares entre os familiares, pois na busca de maior comodidade e praticidade, os alimentos industrializados fizeram-se cada vez mais presentes na mesa (RABELO e NERI, 2015). Dessa forma, Vaz e Bennemann (2014) relacionam as práticas alimentares individuais com a trajetória alimentar da família pois, são essas influências que determinam o comportamento alimentar de um indivíduo.

Cruwys (2014) afirma que grande parte das pessoas que se alimentam na presença de outras pessoas percebem a hora da refeição como algo mais agradável. O autor também relaciona que há um fenômeno de grande influência social no qual os indivíduos adaptam sua ingestão alimentar à ingestão de seu ou seus companheiros. Rabelo e Neri (2015) concluíram que a presença do cônjuge ou companheiro são indicadores de melhor saúde psicológica e funcionalidade para idosos indicando que as condições de saúde e configuração familiar estão diretamente associadas.

Corroborando ao exposto, o Ministério da Saúde (2010), afirma quanto à importância em orientar a população idosa, que ao se alimentar, possa sentar-se confortavelmente à mesa, de preferência na companhia de outras pessoas, sejam elas da família, amigos ou o próprio cuidador. Orienta-se também que a família possa eleger a refeição do dia em que todos ou quase todos estarão presentes e sentados à mesa, de modo que esse momento seja prazeroso.

Kuwae et al., (2015) afirmam que, dos cinco sentidos, o paladar configura-se como o mais social e segundo os autores o comer é um ato social que envolve comunhão

e partilha. Aitzingen (2011) além de classificar o comer como um ato social relata que hábito ou comportamento alimentar são todas as formas de relacionar-se com o alimento, ou seja, a prática alimentar não se limita somente na ingestão de nutrientes, mas engloba também uma série de significados e valores que permeiam a trajetória daquele indivíduo uma vez que alimentar-se vai além de satisfazer as necessidades fisiológicas, mas satisfazer também as necessidades hedônicas².

Um estudo realizado com um grupo de idosos por Kuwae et al., (2015) observou que, dentre esses indivíduos, uma parte significativa dos que residiam sozinhos, por terem passado por modificações familiares, sejam elas, falecimento do cônjuge, mudança para a casa dos filhos ou até mesmo a opção em morar só, relatou o hábito de comer fora de casa como uma opção mais saudável. Para as idosas isso representava economia no tempo dedicado à cozinha enquanto para os idosos, era a possibilidade de realizar a refeição com quase nenhum esforço, isentando-os da responsabilidade do preparo, além da possibilidade de encontrar maior variedade de preparações, os autores destacam ainda que, o ato de comer fora de casa pode representar uma maneira de “comer em companhia”, ainda que seja com pessoas desconhecidas.

A pouca participação social e o viver sozinho são frequentemente associados a uma baixa qualidade de vida. Andrade et al., (2014) conduziram um estudo transversal com 294 idosos de um município de Minas Gerais que demonstrou que, idosos vivendo com cônjuges apresentaram melhores escores de qualidade de vida quando comparados a idosos que viviam só.

Rabelo e Neri (2015) relatam em sua pesquisa o aumento no número de idosos em moradias unipessoais, uma vez que morar sozinho não significa abandono ou negligência por parte dos familiares podendo refletir uma nova e bem-sucedida configuração, na medida que essa escolha só é possível quando se trata de idosos com recursos suficientes de renda e saúde. Entretanto, domicílios unipessoais podem abrigar idosos com problema de saúde o qual precisariam de cuidados adequados para maior segurança e bem-estar.

Problemas de saúde e sentimentos de solidão são mais comuns entre aqueles indivíduos que vivem só, muitas vezes devido à falta de apoio emocional tanto dentro

² Necessidades hedônicas dizem respeito a busca de desejo, caracterizado a um consumo experiencial, gerando sentimentos atrelados a experiência de consumo.

da família quanto pela sociedade. No entanto, alguns estudiosos demonstram perspectivas de que o viver sozinho não é necessariamente o mesmo do que sentir solidão (VICTOR et al., 2004; BRITO et al., 2008; ANDRADE et al., 2014).

A coresidência não é garantia de que o idoso receberá o cuidado que necessita, porém, o fato desse idosos não residir só, pode facilitar o fluxo de recursos, sejam eles, materiais, emocionais ou informativos. Pesquisas que relacionem a configuração familiar dos idosos são importantes para criar subsídios para melhores e maiores orientações aos idosos e suas famílias (RABELO e NERI, 2016).

Ribeiro et al., (2016) constataram que os idosos que declararam morar sozinhos apresentaram maiores percentuais tanto de baixo peso quanto de sobrepeso. Além das trocas em âmbito afetivo, educativo e financeiro, o relacionamento conjugal possui uma dinâmica capaz de influenciar na saúde do casal idoso, uma vez que, um ambiente conjugal positivo consegue desempenhar um papel importante como amortecedor do estresse, devido ao grande suporte emocional que ele oferece (DA SILVA e RABELO, 2017).

3. OBJETIVO

3.1 Geral

Associar o estado marital e arranjo familiar com fatores socioeconômicos, demográficos, índice de massa corporal e consumo alimentar de idosos assistidos por Unidades Básicas de Saúde da Família de Macaé (RJ).

3.2 Específico

- Identificar o estado marital e arranjo familiar dos idosos;
- Avaliar os fatores socioeconômicos e demográficos dos entrevistados;
- Caracterizar o índice de massa corporal dos idosos;
- Determinar o hábito e o consumo alimentar dessa população.

4. JUSTIFICATIVA

Ainda nos deparamos com dificuldades e desafios no monitoramento do estado nutricional de idosos em nosso país. O perfil epidemiológico, processo de envelhecimento e todas as alterações envolvidas merecem enfoque a fim de possibilitar

a identificação de risco e assim uma intervenção precoce reduzindo o impacto da perda de funcionalidade e todas as alterações presentes nessa fase.

Dessa maneira, com o aumento no número de idosos é crescente a afirmativa em que o papel do nutricionista torna-se fundamental para a manutenção e melhora da qualidade de vida desses indivíduos, pois é dever do profissional da área da saúde possibilitar melhores condições para que ocorra o envelhecimento saudável.

O Estatuto do Idoso possui inúmeras possibilidades de agregação das diversas categorias dos profissionais da área da saúde de forma que, cabe ao nutricionista a abertura de discussões que possam gerar protocolos clínicos e recomendações mais específicas para a pessoa idosa e suas necessidades a fim de propagar uma cultura de maior reflexão.

Isso permitirá aos demais profissionais uma forma de aprender a lidar com a alimentação desses indivíduos, uma vez que o aumento da população idosa é um processo irreversível que não pode ser negligenciado pela ciência da Nutrição.

Nesse sentido, estudos relacionados ao consumo alimentar de idosos não devem se restringir somente à análise quantitativa de alimentos consumidos; uma vez que a alimentação atinge aspectos que vão além da ingestão de nutrientes em si, perpassando a questão biológica do sujeito e atingindo sua qualidade de vida e percepção de saúde.

Atitudes simples como: comer em companhia ou em local agradável, aumentar o fracionamento ou melhorar a apresentação das refeições dentre outras condutas podem propiciar aos idosos, maior prazer no momento da refeição, e com o aumento no número de moradias unipessoais, essas ações tornam-se mais difíceis sendo importante um aprofundamento nessas questões, propiciando aos profissionais de saúde, principalmente do município de Macaé, e as demais instituições de amparo a terceira idade maior domínio para contribuir positivamente no consumo alimentar desse segmento populacional e, conseqüentemente auxiliar na melhora do seu estado nutricional e condições de saúde.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Tipo de Estudo

O estudo é do tipo transversal e faz parte de uma pesquisa original denominada “Situação Nutricional de Idosos Assistidos pela Estratégia Saúde da Família do

Município de Macaé – RJ”, coordenada pela Prof. Dr^a Célia Ferreira. A coleta das informações, com a participação da autora deste trabalho de conclusão de curso, ocorreu no período de outubro de 2016 a maio de 2017.

5.2 População e área de estudo

A avaliação dos idosos foi realizada por meio de visitas domiciliares ou de entrevistas nas Unidade Básica de Saúde (UBS). Participaram do estudo, idosos de ambos os sexos, considerando idoso todo indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos, de acordo com a Lei Orgânica nº 10.741, 1º de outubro de 2003; cadastrados nas UBS da Estratégia de Saúde da Família (ESF) dos bairros Lagomar A, B/C e D, Ajuda de Baixo e Botafogo. Estas unidades foram escolhidas por não pertencerem à área de risco ou de difícil acesso para os entrevistadores. Além disso, as demais UBS não dispunham de estrutura física para entrevista dos idosos na própria unidade ou os agentes comunitários de saúde (ACS) não estavam disponíveis para acompanhar os entrevistadores às residências.

5.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa, idosos de ambos os sexos e excluíram-se aqueles com impossibilidade de responder ao questionário em virtude de prejuízo auditivo ou dificuldade na compreensão das perguntas, e que não contassem com um cuidador ou responsável para auxiliar na entrevista; e os que apresentassem debilidade clínica grave ou algum problema de saúde que impossibilitasse as avaliações. Foram avaliados 269 idosos que atenderam aos critérios de elegibilidade.

5.4 Instrumento de coleta

Para coleta de dados utilizou-se um questionário de informações pessoais e avaliação socioeconômica (Anexo A), no qual englobava além disso, aspectos dietéticos, antropométricos e de saúde. O questionário foi aplicado individualmente com os idosos.

5.5 Estado marital e arranjo familiar

Para análise do estado marital, o idoso informava, se era casado/com companheiro, viúvo, solteiro ou separado/divorciado (Anexo A, Modulo I, Questão 11).

Foram considerados casados aqueles que relataram residir com um companheiro e essa variável será apresentada de forma dicotômica: casado e não casado.

Para avaliação do arranjo familiar, o idoso era questionado se residia sozinho ou acompanhado (Anexo A, Modulo I, questão 9).

5.6 Dados socioeconômicos e demográficos

As informações socioeconômicas investigadas foram renda individual e renda familiar, exposta por meio do número de salários mínimos (SM) vigente. Os resultados destas variáveis serão apresentados na forma dicotômica: renda \leq que 2SM e \geq 2SM. As variáveis demográficas identificadas foram a idade, escolaridade, na qual o idoso foi questionado se havia ou não ido à escola e qual havia sido a última série cursada e ocupação. Considerou-se sem escolaridade aqueles que referiram saber somente assinar o próprio nome.

5.7 Índice de massa corporal

Para a avaliação da massa corporal foi utilizada uma balança digital da marca AVANUTRI®, com capacidade de 150 kg e divisão de 100 g enquanto a estatura foi mensurada utilizando-se estadiômetro portátil da marca ALTURAEXATA® com capacidade para até 200 cm e precisão de 0,1 cm. Estas variáveis antropométricas foram mensuradas segundo protocolo de avaliação proposto por Frisancho (1984).

O índice de massa corporal (IMC), foi calculado dividindo-se a massa corporal em kg, pela estatura em metros, elevada ao quadrado (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2000). Os pontos de corte adotados foram os propostos pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) sendo: baixo peso ($IMC \leq 22,9 \text{ kg/m}^2$), eutrófico ($23,0 \leq IMC \leq 27,9 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($28,0 \leq IMC \leq 29,9 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$).

5.8 Hábito e consumo alimentar

O hábito alimentar foi caracterizado mediante um questionário com informações referentes à troca de almoço e/ou jantar por lanches, ingestão de gordura aparente nos alimentos e ingestão de água/dia (Anexo A, Modulo II, Questões 20,21,24). Foi questionado, ainda, se o idoso realizava as principais refeições (almoço ou jantar) sozinho ou em companhia (Anexo A, Modulo II, Questões 22,23). A frequência e o consumo médio de diferentes nutrientes foram mensurados a partir de um Questionário

de Frequência Alimentar validado para idosos (CORRENTE, 2013) (Anexo A, Módulo IV). Foi analisado o consumo de macronutrientes, micronutrientes e fibras e comparados aos valores de recomendação de ingestão diária previstos pelo “Diary Reference Intakes” (DRI) (INSTITUTE OF MEDICINE, 2002) para adultos idosos, os valores referentes a ingestão diária de proteína foram analisados segundo a recomendação do estudo PROT AGE (BAUER, 2013). A análise do consumo de gorduras (colesterol, monoinsaturadas, poliinsaturadas e saturadas) foi de acordo com os valores recomendados pela Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) (SANTOS et al., 2013).

5.9 Análise estatística

Foi realizada, por meio do pacote estatístico SPSS 21.0, a análise descritiva e bivariada dos dados a um nível de significância de $p \leq 0,05$. Para verificar a associação entre as variáveis categóricas, foi aplicado o teste qui-quadrado, e o teste t-Student para comparação de médias. Os dados serão apresentados na forma de frequência, média e desvio padrão.

5.10 Considerações éticas

Os dados utilizados para esse trabalho se encontram previamente aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ com o CAAE nº 58786616.1.0000.5240 (Anexo B). A participação dos idosos se deu pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo C), elaborado de acordo com as normas da Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde.

6. RESULTADOS

Foram avaliados um total de 269 idosos, a amostra apresenta predominância do sexo feminino com 62,2% (n=168) e 37,8% (n=101) do sexo masculino. Identificou-se que quanto ao arranjo familiar e estado marital, 17,2% desses idosos residiam só enquanto 58,4% eram casados e 82,8% moravam acompanhados. A maior frequência de idade estava na faixa entre 60 e 69 anos. Com relação a escolaridade 67,9% estudaram até o ensino fundamental, 10,4% estudaram mais do que o ensino fundamental e 21,7% eram sem escolaridade. Quanto a renda individual 92,6% declararam renda \leq que 2 salários mínimos e, 78,3% com renda familiar \leq a 2 salários mínimos.

Ao hábito alimentar, cabe ressaltar que, desses idosos, 46,1% declaram alimentar-se só e 53,9% referiram a troca de refeições por lanches. Quanto ao IMC, 18,6% encontram-se em classificação de baixo peso contra 15,2% com sobrepeso e 33% com obesidade, conforme os dados apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização socioeconômica, demográfica, de arranjo familiar e estado marital dos idosos avaliados.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	168	62,2
Masculino	101	37,8
Idade		
60-69 anos	153	57,3
70-79 anos	90	33,3
80 ou mais anos	26	9,5
Escolaridade		
Sem escolaridade	58	21,7
Até o ensino fundamental	183	67,9
Mais que o ensino fundamental	27	10,4
Renda individual		
≤ 2 SM	250	92,6
3-4 SM	18	7,1
≥ 5 SM	1	0,4
Renda familiar		
≤ 2 SM	213	78,3
3-4 SM	51	19,7
≥ 5 SM	5	2,0
Arranjo familiar		
Reside só	46	17,2

	Reside acompanhado	223	82,8
Estado marital			
	Casado	157	58,4
	Viúvo	71	26,4
	Separado/Divorciado	24	8,9
	Solteiro	17	6,3
Costuma comer gordura visível dos alimentos			
	Sim	82	30,5
	Não	187	69,5
Consumo diário de água			
	Até 1L	130	48,3
	1-1,5L	65	24,2
	≥ 1,5L	74	27,5
Alimenta-se			
	Sozinho	124	46,1
	Acompanhado	145	53,9
Troca refeições por lanches			
	Sim	145	53,9
	Não	122	45,7
IMC			
	Baixo peso	50	18,6
	Eutrófico	89	33,1
	Sobrepeso	41	15,2
	Obesidade	89	33,1

Na Tabela 2, os dados foram dicotomizados entre idosos casados (n=153) e não casados (n=116), dessa forma, observou-se que 51,9 dos idosos casados e 78,5% dos idosos não casados, eram do sexo feminino. Somente 31,8% dos idosos casados declararam renda familiar < 2SM enquanto dos idosos não casados o percentual foi de

casados 54,8%, ou seja, a maior parte dos idosos casados declararam maior renda, enquanto os não casados possuíam renda menor.

O estado marital apresentou associação com sexo, idade, escolaridade, ocupação, renda familiar e alimentar-se sozinho, de forma que, dentre os idosos não casados, a amostra era composta predominantemente por mulheres, sem escolaridade, com menor renda familiar, pensionistas e com costume de alimentar-se sozinhos.

Mesmo entre indivíduos casados, encontrou-se um percentual de 28,2% de idosos que relataram alimentar-se sozinhos.

Tabela 2. Caracterização socioeconômica, demográfica, hábito alimentar e índice de massa corporal dos idosos avaliados estratificados segundo seu estado marital.

Variáveis	Categorias	Casado		Não casado		P valor
		N	%	N	%	
		(n=153)		(n=116)		
Sexo						< 0,001
	Masculino	54	48,1	27	23,5	
	Feminino	80	51,9	88	78,5	
Idade						0,003
	60-69 anos	96	62,3	57	49,6	
	70-79 anos	51	33,1	39	33,9	
	> 80 anos	7	4,6	19	16,5	
Escolaridade						0,05
	Sem escolaridade	25	16,3	33	28,7	
	Até o ensino fundamental	112	73,2	71	61,7	
	Mais que o ensino fundamental	16	10,5	11	8,6	
Ocupação atual						< 0,001
	Aposentado	100	64,9	56	48,6	
	Pensionista	7	4,5	30	26,1	
	Ambos	4	2,6	9	7,8	

	Outros	43	27,9	20	17,4	
Renda individual						0,134
	< 2SM	108	70,1	90	78,3	
	≥ 2SM	46	26,9	25	21,7	
Renda Familiar						<0,001
	< 2SM	48	31,2	63	54,8	
	≥ 2SM	66	68,8	52	45,2	
Costuma comer a gordura visível dos alimentos						0,105
	Sim	53	34,4	29	25,2	
	Não	101	65,6	86	74,8	
Consumo diário de água						0,387
	Até 1L	71	46,1	59	51,3	
	1-1,5L	35	22,7	30	26,1	
	≥ 1,5L	48	31,2	26	22,6	
Alimenta-se						< 0,001
	Sozinho	45	28,2	79	68,7	
	Acompanhado	159	70,8	36	31,3	
Troca refeição por lanche						0,161
	Sim	78	50,6	67	59,3	
	Não	76	49,4	46	40,7	
IMC						0,312
	Baixo peso	23	14,9	27	23,5	
	Eutrófico	55	35,7	34	29,6	
	Sobrepeso	25	16,2	16	13,9	
	Obesidade	51	33,1	38	33,0	

Em relação ao arranjo familiar (Tabela 3), observou-se também predominância do sexo feminino, em ambos os grupos, uma vez que 69,6% dos idosos que moram sozinhos e 61% dos que moram acompanhados são do sexo feminino. A maior parte dos

idosos apresentava idade entre 60-69 anos e frequentaram a escola até o ensino fundamental, houve diferença estatística quanto a ocupação desses idosos, 56,5% dos que moram sozinhos e 58,3% dos que moram acompanhados eram aposentados, com renda < 2 SM.

A análise do hábito alimentar revelou que 30,9% dos idosos que moravam acompanhados costumavam comer a gordura visível dos alimentos e 48% consumia até 1L de água por dia. Dos idosos que moravam sozinhos 58,7% costumam trocar alguma refeição por lanches, dos que moram acompanhados 53,4% também realizam essa troca.

Houve diferença estatística em relação a companhia no momento da refeição desses idosos, demonstrando que, 37,2% dos idosos que moram acompanhados, alimentavam-se sozinhos.

A avaliação do IMC, observou-se que 32,6% dos idosos que moravam sozinhos e 33,2% dos que moravam acompanhados foram classificados com obesidade, enquanto 18,4% dos que residiam acompanhados e 19,6% dos que residiam sozinhos classificaram-se com baixo peso.

O arranjo familiar associou-se com a ocupação, renda familiar e alimentar-se sozinho, tendo sido observado que aqueles que viviam sozinhos eram predominantemente pensionistas (por serem em maioria mulheres), menor renda e faziam suas refeições sozinhos.

Tabela 3. Caracterização socioeconômica, demográfica, hábito alimentar e índice de massa corporal dos idosos avaliados estratificados segundo o arranjo familiar.

Variáveis	Categorias	Sozinho		Acompanhado		P valor
		N (n=46)	%	N (n=223)	%	
Sexo						0,274
	Masculino	14	30,4	67	39,0	
	Feminino	32	69,6	136	61,0	
Idade						0,118
	60-69 anos	22	47,9	131	58,7	
	70-79 anos	16	34,8	74	33,2	

	> 80 anos	8	17,4	18	8,1	
Escolaridade						0,230
	Sem escolaridade	2	4,3	25	11,3	
	Até o ensino fundamental	31	67,4	152	68,5	
	Mais que o ensino fundamental	13	28,3	45	20,3	
Ocupação atual						<0,001
	Aposentado	26	56,5	130	58,3	
	Pensionista	13	28,3	24	10,9	
	Ambos	3	6,5	10	4,5	
	Outros	4	8,7	59	26,5	
Renda individual						0,027
	< 2SM	40	87,8	158	70,9	
	≥ 2SM	5	13,0	85	29,1	
Renda familiar						<0,001
	< 2SM	37	80,4	74	33,2	
	≥ 2SM	9	19,6	149	66,8	
Costuma comer a gordura visível dos alimentos						0,719
	Sim	13	28,3	69	30,9	
	Não	33	71,7	154	69,1	
Consumo diário de água						0,333
	Até 1L	23	50,0	107	48,8	
	1-1,5L	14	30,4	51	22,9	
	≥ 1,5L	8	19,6	65	29,1	
Alimenta-se						<0,001
	Sozinho	41	89,1	83	37,2	
	Acompanhado	5	10,9	140	62,8	
Troca refeição por lanche						0,511
	Sim	37	58,7	120	53,4	

	Não	19	41,3	103	46,8
IMC					0,968
	Baixo peso	9	19,6	41	18,4
	Eutrófico	16	34,8	73	32,7
	Sobrepeso	6	13,0	35	15,7
	Obesidade	15	32,6	74	33,2

Quanto ao consumo alimentar dos idosos, em relação ao estado marital e arranjo familiar, avaliou-se a ingestão de macronutrientes (Proteína, Carboidrato e Lipídios), gorduras (Colesterol, gorduras saturadas, monoinsaturadas e polinsaturadas), micronutrientes (Vitamina A, C, B12, E, D, cálcio e potássio) e de fibras alimentares.

Dessa forma, os resultados da Tabela 4 constituem a análise comparativa do consumo alimentar entre os idosos casados e não casados. Encontrou-se associação no consumo de proteína, que foi avaliado de acordo com a recomendação do estudo PROT AGE, no qual encontrou-se que a média de consumo dos idosos não casados representava 1,2g/kg/dia e a dos casados 1,3g/kg/dia. O consumo de fibras foi estratificado de acordo com o sexo, encontrando-se significância estatística no consumo em relação aos homens, visto que os homens casados consomem em média 25,2g e os não casados, 23,5g sendo válido ressaltar que em ambos os grupos não foi atingida a recomendação mínima que é de 30g para homens e 21g para mulheres.

Tabela 4. Consumo alimentar médio dos idosos avaliados em relação a macronutrientes, micronutrientes e fibras, segundo o estado marital.

Variáveis	EAR	Casado	Não Casado	P valor
Energia		Média ±DP	Média ±DP	
Homens	2204	2090,2±579,1	2323,6±1044,8	0,159
Mulheres	1978	2080,9±539,8	2117,0±569,3	0,674
Proteína (g/kg/peso/dia)	1,0-1,5g	1,2±0,26	1,3±0,34	0,001
CHO (%)	45-65%	48,9±11,24	48,8±13,65	0,931

LIP (%)	20-35%	28,7±6,8	27,9±7,8	0,403
Colesterol (mg)	300mg	237,87±26,1	236±37,94	0,789
Monoinsaturadas (%)	15%	9,4±2,21	9,25±2,68	0,531
Polinsaturadas (%)	5%-10%	5,2±1,3	5,0±1,5	0,328
Saturadas (%)	10%	8,2±2,0	8,2±2,4	0,878
Vitamina A (mcg)		251,5±37,2	251,9±49,6	0,928
Homens	900mcg	245,6±32,2	260,3±71,3	0,159
Mulheres	700mcg	256,9±40,8	249,4±41,0	0,237
Vitamina C (mg)		212,3±57,6	201,4±50,2	0,106
Homens	90mg	227,4±71,5	223,5±70,0	0,804
Mulheres	75mg	198,4±35,9	198,7±40,4	0,536
Vitamina B12(mg)	2,4mg	3,0±0,8	3,1±0,8	0,086
Vitamina E (mg)	15mg	4,8±0,8	4,7±,9	0,354
Vitamina D (mg)	10mg	2,7±0,6	2,7±0,7	0,525
Cálcio (mg)	1200mg	533,0±71,4	536,0±82,7	0,752
Potássio (mg)	4700mg	3025,5±201,4	3032,9±268,8	0,796
Fibras (g)				0,137
Homens	30g	25,2±2,44	23,5±3,6	0,014
Mulheres	21g	25,7±1,9	25,4±2,8	0,428

EAR (Estimated Average Requirement): É um valor de ingestão dietética diária de um nutriente que se estima que supra as necessidades de metade dos indivíduos saudáveis de um grupo de mesmo gênero e estágio de vida. As recomendações para ingestão de colesterol, monoinsaturadas, polinsaturadas e saturadas foram analisadas de acordo com a recomendação da SBC. A recomendação para a ingestão diária de proteína foi analisada segundo a referência do PROT AGE.

Os dados apresentados na Tabela 5 são referentes a análise comparativa do consumo alimentar segundo o arranjo familiar, foram analisados o consumo referente a ingestão de macronutrientes, micronutrientes e gorduras. O consumo de fibras, de acordo com o sexo, apresentou associação em relação aos homens, uma vez que, os homens que vivem só consomem em média 22,9g de fibras e os que residem com companhia 25,1g, ainda assim, ambos os grupos não realizavam o consumo indicado que é de 30g por dia.

Alguns dos micronutrientes, como a vitamina E, cuja a média de consumo foi de 4,8mg para os idosos casados e 4,7mg para os não casados, apresenta valores abaixo

da recomendação que é de 15mg, o mesmo pode ser observado quanto ao consumo de vitamina D, cálcio e potássio.

No que diz respeito ao consumo de gorduras, os valores também foram abaixo dos recomendados pela Diretriz do consumo de gorduras e risco cardiovascular da SBC, até mesmo para gorduras monoinsaturadas, que ocasionam melhora no perfil lipídico e para as polinsaturadas, em que, recomenda-se consumo entre 5%-10% para efeito protetor na redução do risco de doenças cardiovasculares (SILVA et al., 2013). Os idosos avaliados apresentaram consumo médio inferior, com 5,1%, tanto para os que moram sozinhos quanto os que moram acompanhados.

Tabela 5. Consumo alimentar médio dos idosos avaliados em relação a macronutrientes, micronutrientes e fibras, segundo o arranjo familiar.

Variáveis	EAR	Sozinho	Acompanhado	P valor
Energia		Média ±DP	Média±DP	
Homens	2204	2274,0±1047,6	2133,0±677,2	0,349
Mulheres	1978	2182,6±700,1	2080,30±515,0	0,349
Proteína (g/kg peso/dia)	1,0-1,5g	1,3±0,25	1,2±0,31	0,527
CHO (%)	45-65%	48,5±14,7	48,9±11,8	0,848
LIP (%)	20-35%	27,9±8,7	28,4±7,0	0,641
Colesterol (mg)	300mg	239,8±34,8	236,9±31,0	0,575
Monosaturadas (%)	15%	9,3±3	9,4±2,3	0,845
Polinsaturadas (%)	5%-10%	5,1±1,8	5,1±1,3	0,907
Saturadas (%)	10%	8,25±2,7	8,2±2,1	0,949
Vitamina A (mcg)		249,8±59,6	258,1±38,7	0,741
Homens	900mcg	266,1±75,9	246,9±39,8	0,148
Mulheres	700mcg	242,7±50,8	255,4±38,1	0,148
Vitamina C (mg)		201,4±42,0	208,9±57,0	0,394
Homens	90mg	221,0±42,8	227,3±74,4	0,763
Mulheres	75mg	192,8±39,3	197,3±38,1	0,554
Vitamina B12 (mg)	2,4mg	3,1±0,9	3,0±0,8	0,407

Vitamina E (mg)	15mg	4,7±0,7	4,8±0,9	0,525
Vitamina D (mg)	10mg	2,8±0,8	2,7±0,6	0,210
Cálcio (mg)	1200mg	545,4±98,3	532,0±71,0	0,279
Potássio (mg)	4700mg	3052,6±224,1	3023,8±234,0	0,444
Fibras (g)				
Homens	30g	22,9±4,4	25,1±2,4	0,008
Mulheres	21g	25,8±2,3	25,5±2,4	0,505

EAR (Estimated Average Requirement): É um valor de ingestão dietética diária de um nutriente que se estima que supra as necessidades de metade dos indivíduos saudáveis de um grupo de mesmo gênero e estágio de vida.

As recomendações para ingestão de colesterol, monoinsaturadas, polinsaturadas e saturadas foram analisadas de acordo com a recomendação da SBC.

A recomendação para a ingestão diária de proteína foi analisada segundo a referência do PROT AGE.

7. DISCUSSÃO

Constatou-se que a amostra apresenta predominância do sexo feminino, com 62,2% (n=168) dado que vem de encontro com a realidade do envelhecimento da população brasileira. Segundo Lebrão (2007), o fenômeno da feminização da velhice tem acompanhado a transição demográfica do país uma vez que, em quase todas as partes do mundo, as mulheres tendem a viver mais que os homens. Corroborando ao exposto, Medeiros et al. (2017) ao realizarem uma revisão de literatura acerca do aumento do contingente populacional de idosos no Brasil, afirmam que, as estimativas apontam uma diferença estatística de aproximadamente 0.8 na distribuição entre os sexos, de forma que, para cada 100 mulheres existem cerca de 80 homens.

Segundo o IBGE, o fenômeno pode ser explicado pela prática em que as mulheres costumam procurar mais os serviços de saúde do que homens e consequentemente se cuidam mais e se expõem menos a fatores de risco como álcool e tabagismo (IBGE,2002).

Houve maior frequência de idade na faixa entre 60-69 anos, com escolaridade até o ensino fundamental (67,9%), corroborando com esse resultado, Melo, Ferreira e Teixeira (2014), ao analisarem as características dos idosos de todas as regiões do país segundo os dados da POF, também encontraram predominância do ensino fundamental. Cabe ressaltar que 21,7% dos idosos declararam-se sem escolaridade, Moura e Maquio, (2014) em uma pesquisa acerca a influência da escolaridade na percepção de alimentos saudáveis em um município de São Paulo, relacionaram a baixa escolaridade como

variável capaz de interferir na escolha de alimentos além de poder ser relacionado a índices de sobrepeso e obesidade.

A análise do estado marital dos idosos entrevistados revelou que 78,5% (n=88) dos idosos não casados eram do sexo feminino. Sendo essa maioria composta por mulheres, foi possível traçar o seguinte perfil: quanto aos idosos não casados, predomínio do sexo feminino, com baixa escolaridade, menor renda familiar e pensionistas.

Camargos et al. (2011) ao realizarem uma revisão narrativa sobre idosos, família e domicílio, apresentam algumas hipóteses relevantes quanto a relação entre gênero e estado marital; uma delas é que, por viverem mais, as mulheres estão mais propensas a passar parte da vida sozinhas, podendo ser, por exemplo, por conta da viuvez, em contrapartida, outra hipótese apresentada relaciona os resultados a maior independência feminina e maior frequência na dissolução de relações conjugais.

Não obstante, idosas do sexo feminino representam também maioria entre os casados (51,9%), enquanto o sexo masculino, representam 48,1%.

Admitindo a importância de um suporte familiar para o idoso, a presença de cônjuge pode garantir maior estabilidade psicológica e emocional, Da Silva e Rabelo et al., (2017) enfocam a importância das relações afetivas, uma vez que elas incentivam os idosos a tranquilizar-se em caso da necessidade do cuidado, dando-lhes a possibilidade de acreditar que receberá apoio em situações que exijam o auxílio de terceiros.

Analisando a composição domiciliar dos idosos entrevistados observamos que 82,8% (n=223) dos idosos relataram morar acompanhados, enquanto somente 17,2% (n=46) relataram morar sozinhos. Ainda nessa perspectiva, Rabelo e Neri (2015), ao realizarem uma pesquisa no interior da Bahia com idosos atendidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) locais, encontraram resultados similares quanto ao arranjo familiar, nos quais indicavam que a maioria dos idosos coresidia com familiares, sendo esses de várias gerações e somente 17,9% da amostra residia sozinho.

Camargos et al., (2011) realizaram uma revisão narrativa e salientaram a importância em considerar a realidade desses idosos que vivem só, mesmo que eles não representem maioria entre os arranjos familiares. Uma vez que há algumas questões que perpassam essa realidade, como por exemplo, ao viver sozinho o idoso consegue adotar um estilo de vida adequado e atingir um bom estado de saúde? Esse idoso possui alguma

rede de apoio? A verdade é que mesmo com esse aumento ainda se sabe muito pouco acerca desses arranjos unipessoais em residências de idosos.

Ao descrever a população idosa a literatura estratifica dois tipos de arranjo familiar: a família “com o idoso” e a família “do idoso”. A diferença entre esses arranjos é vista justamente pelo papel que esse idoso desempenha nesse ambiente, na família “de idosos” encontram-se indivíduos economicamente ativos, geralmente mais jovens e dependentes enquanto na família “com idosos”, aqueles que necessitam de algum tipo de auxílio, seja por conta de renda insuficiente ou dependência para realização de atividades cotidianas. Dessa maneira, o conhecimento quanto a funcionalidade familiar pode servir como auxílio para assistir de maneira mais eficaz a demanda desses idosos (RABELO e NERI, 2015).

Diante da tendência do aumento da expectativa de vida da população, em conjunto com a diminuição no número de filhos, aumento no número de divórcios e melhora na qualidade de vida, é esperado que, a cada ano, aumentem o número de moradias unipessoais entre os idosos (CAMARGOS et al., 2011)

Quanto aos fatores socioeconômicos, a amostra, de forma geral, declarou-se na maioria (92,6%) com renda individual $< 2SM$ e com renda familiar $< 2SM$ (78,3%).

Dos idosos que moravam sós 87,8% (n=40), possuíam renda $\leq 2SM$. Cauduro et al. (2013) afirmam que a renda se associa diretamente com a decisão de morar sozinho. Ao realizarem uma pesquisa comparativa com idosos que moram sós em dois estados brasileiros os autores encontraram resultados semelhantes ao constatar que o maior percentual de idosos em domicílios unipessoais caracteriza-se por indivíduos com renda inferior a dois salários mínimos.

Camargos et al. (2011), corroboram com o exposto e afirmam que a residência unipessoal está diretamente ligada a renda, dessa forma, Negrini et al. (2018), analisaram o perfil dos idosos que moram sozinhos no Brasil e afirmaram que indivíduos de baixa renda estão sendo levados a viver sozinhos na velhice.

Isso pode significar um reflexo das trocas intergeracionais em âmbito financeiro, que se configuram como um importante elemento da coresidência, uma vez que, dessa forma, além de ajuda nas atividades do dia a dia, o idoso possui auxílio nas despesas e a família possui um aumento na renda, uma vez que grande parte desses idosos recebem aposentadoria ou algum tipo de benefício como pensão (CAMARGOS et al., 2011).

Quanto ao estado marital, a renda pôde ser associada uma vez que, dos idosos casados, 68,8% declararam renda familiar $\geq 2SM$ enquanto os não casados 54,8% declararam renda $\leq 2SM$. Melo, Ferreira e Teixeira (2014) sugerem que acréscimos na renda, ou seja, junção da renda dos moradores da residência indicam um maior acesso a serviços básicos de saúde e alimentação.

Os dados demográficos dessa pesquisa revelaram que 67,4% (n=31) dos idosos que residem em moradias unipessoais frequentaram a escola até o ensino fundamental. Dentre os fatores que podem ser relacionados a esse modelo de moradia unipessoal estão a renda e escolaridade, em que a escolaridade aparece como fator protetivo a maior utilização dos serviços de saúde e que indivíduos com baixo nível de escolaridade tendem a adoecer com maior frequência. Acredita-se então, que quanto maior a escolaridade menor a possibilidade desse idoso residir em um domicílio com um grande número de pessoas. A argumentação é que idosos com maior nível de escolaridade possuiriam maior habilidade para cuidar de si mesmo (CAMARGOS et al., 2011; MALTA et al., 2013; LOUVISON et al., 2018).

Em geral, a amostra foi caracterizada pela prevalência de excesso de peso, uma vez que o número de idosos com sobrepeso e obesidade representam cerca de 48,3% (n=130), resultado comumente encontrado na literatura. Estudos demonstram um aumento no excesso de peso em idosos de ambos os sexos. Martins et al., (2016) avaliaram idosos assistidos pelas Estratégias de Saúde da Família de um município de Minas Gerais encontrando, em relação ao IMC, 46% dos idosos com excesso de peso.

Houve uma parcela significativa dos idosos com classificação de baixo peso, correspondendo a 18,6% da amostra total, Pereira et al., (2016), ao analisarem os dados da POF encontraram maior prevalência tanto de baixo peso quanto de sobrepeso em idosos que vivem sozinhos; Os autores salientam o estágio preocupante que a magreza em idosos atinge em nosso país, uma vez que essa condição tem sido associada a mortalidade da população e pode advir de diversos fatores como acuidade do paladar reduzida, falta de variedade na alimentação cotidiana, dificuldades de deglutição, solidão/depressão ou uso de fármacos.

A classificação desses idosos em situação de risco nutricional, seja por conta de excesso de peso ou por baixo peso ser relacionada com o hábito alimentar encontrado, uma vez que, no que tange ao estado marital, 50,6% (n=78) dos idosos casados e 59,3% (n=67) dos não casados realizam troca de refeições por lanches. O resultado em relação

ao arranjo familiar foi semelhante, uma vez que 58,7% (n= 37) dos idosos que moram sós e 53,4% (n=120) dos que moram acompanhados também relataram essa troca. Panziera et al. (2011) verificaram um elevado consumo de produtos industrializados ou de fácil preparo ao avaliarem a ingestão de minerais e antioxidantes em 51 idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. Esse comportamento alimentar pode estar refletindo no aumento do excesso de peso entre essa população, uma vez que os autores encontraram prevalência de 52,9% dos idosos com excesso de peso.

Dos idosos casados 46,1% (n=71) relataram consumo de até 1L de água por dia e os não casados 51,3% (n=59). Considerando o arranjo familiar também se observou consumo de até 1L de água por dia em 50% (n=23) dos idosos que moravam sozinhos e 48% (n=107) dos que moravam acompanhados.

A população idosa, devido a mudanças fisiológicas inerentes a idade, possui o estímulo a sede diminuído, isso, em conjunto com o uso de fármacos que podem alterar a palatabilidade e diuréticos que aumentam o número de idas ao banheiro, podem ser fatores que explicam a diminuição no consumo de água desses idosos (CONSTANT, 2010).

Quanto ao ato de se alimentar sozinho ou em companhia, mesmo entre os idosos casados, um percentual de 28,2%, relataram fazer as refeições sozinho e 37,2% dos que moram acompanhados relataram o mesmo.

Um estudo realizado por Kawae et al., (2015) com idosos da Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sobre a percepção quanto a alimentação saudável, trouxeram nos resultados a análise das falas dos idosos onde apareceu o questionamento “por que fazer comida para uma pessoa só?”. Parte dos idosos relataram ter diminuído a rotina na cozinha com o passar da idade, relataram certo cansaço as atividades domésticas e que não gostavam de cozinhar somente para si, sendo caro e cansativo realizar o preparo de diferentes preparações, seja porque alguém da casa, como por exemplo o cônjuge, necessitava de preparações especiais por conta de restrições ou pela ausência dos filhos em casa, justificando que “não vale a pena cozinhar para pouca gente.” Notou-se maior desvalorização do tempo culinário quando se referia a idosos que moram só, uma vez que, para muitos, o preparo de refeições para si mesmo era um trabalho que não valia a pena.

Como observado nesta fala: “Eu passo até fome. Por que fazer comida para uma pessoa só? Eu não me alimento!”. Essa idosa relata que não se “alimenta”, o que não significa necessariamente que não come nada, Concepções de alimentação saudável

entre idosos mas que ela faz uma distinção entre a comida e o lanche. Dessa forma, observa-se que entre os idosos cozinhar somente para si e comer sozinho parecem ser um esvaziamento de sentido da prática culinária. E que as refeições ora são deslocadas para o comer fora de casa, ora são substituídas por algo mais simples, como os lanches. Assim, a comensalidade, ou seja, o comer compartilhado, também integra as concepções de alimentação saudável (KUWAE et al., 2015).

O Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) publicado pelo Ministério da Saúde em 2014 vem trazendo os “10 passos para uma alimentação saudável”. Um desses passos indica a importância de comer com regularidade e atenção, em ambiente tranquilo e preferencialmente com companhia (Ministério da Saúde, 2014). Seguindo essa perspectiva, conseguimos ressaltar o quanto o ato de “comer sozinho” pode influenciar na alimentação do indivíduo. Rodrigues (2012) destaca as refeições como o início das relações sociais e comunitárias e a importância em compartilhar esse momento com a família ou amigos dando valor aos sentimentos de sociabilidade e hospitalidade que esses momentos proporcionam.

Garcia et al., (2016) ressaltam a importância da pessoa idosa ter companhia na hora das refeições, seja família, amigos ou outros, de forma a proporcionar-lhes mais prazer. A falta de companhia para a pessoa idosa acaba refletindo em menor preocupação com o tipo de alimento consumido, dessa forma, a tendência nessa situação é que o idoso se alimente de forma inadequada, tanto em quantidade como na qualidade.

Apesar da ausência de associação estatisticamente significativa em relação ao consumo alimentar desses idosos, observou-se consumo médio inadequado de micronutrientes como fibras, vitamina A, vitamina B12, vitamina E, vitamina D e cálcio, em relação a recomendação da DRI. Esse consumo inadequado corrobora com Fisberg et al.; (2013), que ao analisarem a ingestão de micronutrientes segundo os dados da POF, em seus resultados, encontraram inadequação para vitamina A, D, E e cálcio e relacionaram esse consumo ineficiente a pouca variedade de alimentos na dieta habitual do idoso brasileiro.

Esses resultados corroboram com pesquisas recentes tais como o estudo realizado por Gavanski et al.; (2015), no qual os idosos apresentaram consumo médio inadequado de fibras alimentares. demonstraram-no presente estudo , encontrou-se associação no consumo de fibras de idosos do sexo masculino, tanto entre os casados e não casados quanto entre os que moram sozinhos ou acompanhados. Os idosos que moram acompanhados e os casados consomem em média 25,1g e 25,2g de fibras,

respectivamente, aproximando-se da recomendação que é de 30g para homens. Perseguino et al., (2017) afirmam que ainda que a realidade do idoso em moradias unipessoais tenha se tornado presente em nossas discussões, a mulher ainda é vista como dona de casa ideal e o homem como trabalhador ideal, essa afirmação pode nos auxiliar na explicação quanto ao consumo de fibras mais perto do adequado dos homens casados e que moram com companhia, uma vez que, segundo Garcia et al., (2016) a dieta equilibrada quanto ao teor de fibras requer a ingestão de cereais integrais, vegetais e frutas. Uma vez que esses produtos, em sua maioria, configuram-se por ser de caráter perecível, o planejamento de compras para adquiri-los requer frequência semanal ou quinzenal, o que faz com que muitos indivíduos, sugiram falta de tempo, por conta do trabalho e da rotina, para compra desses alimentos (FISBERG et al., 2009)

O risco quanto ao consumo inadequado diz respeito a população não ter suas necessidades nutricionais atendidas. Fisberg et al. (2012) relacionam o consumo ineficiente de micronutrientes com a dieta habitual com pouca variedade do idosos brasileiros, principalmente no que diz respeito aos alimentos in natura, preconizados pelo Guia Alimentar para a População Brasileira.

Além disso os autores afirmaram que, os hábitos alimentares da população do Brasil convergem para maior consumo de alimentos industrializados, ricos em gordura e açúcar; Souza et al., (2012), ao analisarem os dados da POF de 2008-2009, concluíram que havia pouca participação de frutas e hortaliças no dia a dia dos idosos além da dieta básica que consiste em pão de sal, carne bovina, arroz e feijão. Coelho et al., (2017), ao avaliarem o hábito alimentar de 139 idosos atendidos pela ESF do município de Pelotas-RS observaram que mais de metade deles realizavam consumo reduzido de saladas in natura, ou seja, pouco consumo de verduras e hortaliças cruas.

Quanto ao consumo proteico, foi encontrada diferença significativa entre os idosos casados e não casados. Devido às alterações metabólicas, os idosos são o grupo com maior risco de terem um aporte proteico inadequado. Dentre os idosos casados e não casados, a média de consumo era 1,2g/kg/dia e 1,3g/kg/dia, respectivamente. As recomendações do PROT-AGE, de 2013, sugere que o consumo ideal para o indivíduo idoso se encontra na faixa entre 1,2 a 1,5 g/kg/dia, a fim de que esses indivíduos estejam aptos a manter ou recuperar sua massa muscular (PADDON-JONES, et al., 2008; BAUER, et al., 2013).

Evidentemente, uma dieta com valores acima do recomendado, podem sim trazer riscos e sintomas indesejados, mas ainda assim, a recomendação aumentada, especial para o indivíduo idoso, configura-se no intervalo seguro de consumo proteico ao dia, que vai de 20-35% (PADDON-JONES, et al., 2008). Dessa forma, ainda que tenha sido encontrada associação quanto ao consumo de proteínas, ambos os grupos consomem, em média, valores dentro do adequado.

Dentre as limitações deste estudo destaca-se o fato de se tratar de uma pesquisa transversal e não refletir causalidade e efeito. Também houve dificuldade em encontrar pesquisas com esse tema, demonstrando a relevância do aumento no número de estudos mais específicos com essa parcela da população, tanto em Macaé como em outros municípios brasileiros.

8. CONCLUSÃO

A amostra avaliada era predominantemente do sexo feminino, casada, morava acompanhada, com idade entre 60-69 anos, com escolaridade até o ensino fundamental e renda ≤ 2 SM. Quanto ao IMC, apesar da amostra apresentar maior prevalência de indivíduos eutróficos, cabe ressaltar que, somando-se os valores de sobrepeso e obesidade encontrou-se que a maior parte dos indivíduos apresenta excesso de peso e um número considerável de idosos em classificação de baixo peso. Ao arranjo familiar, identificou-se que apenas 17,2% dos idosos residiam sozinhos enquanto que 82,8% que residiam com companhia. Desses idosos 58,4% eram casados e 41,6% não casados.

Observou-se que sexo, idade, escolaridade, ocupação, renda familiar e alimentar-se sozinho associaram-se com o estado marital enquanto que ocupação, renda individual, renda familiar e alimentar-se sozinho associaram-se com o arranjo familiar.

O consumo médio de gramas de proteína/kg de peso corporal/dia mostrou-se associado com o estado marital, enquanto que a ingestão média de fibra, pelos homens, associou-se com o estado marital e arranjo familiar.

É válido ressaltar que mesmo os idosos que moram acompanhados, houve relato do consumo das refeições sozinhos, demonstrando que independente de seu arranjo familiar podem haver momentos em que o indivíduo se encontra sem companhia para as atividades cotidianas, como por exemplo, alimentar-se.

Uma vez que identificamos uma mudança, ainda que mínima, no padrão alimentar de indivíduos que costumam alimentar-se sozinhos, seja por questões emocionais ou de praticidade é de suma importância que possamos buscar maneiras de incentivar a alimentação saudável e balanceada para esses indivíduos, não cabe a nós, enquanto nutricionistas exaltar a importância de reacender hábitos culinários ou comer em companhia sem ao menos conhecer a estrutura familiar desse indivíduo.

A nutrição, como uma ciência pluridimensional, em seus demais meios de trabalho e estratégias pode contribuir facilitando o modo de preparo das refeições, conscientizando os indivíduos que mesmo estando sozinhos é importante contemplar os grupos alimentares em suas refeições, incentivar a participação desses idosos em grupos de apoio, a fim de que sejam minimizados os sentimentos de solidão ou depressão. Além disso, a preocupação deve perpassar também aqueles idosos com coresidência, uma vez que, conforme percebemos com os resultados dessa pesquisa, morar acompanhado não significa ter cuidado e companhia em suas atividades tampouco garantia de necessidades nutricionais plenamente atendidas e melhor classificação quanto ao IMC.

Os idosos continuam fazendo parte de um grupo em risco nutricional, seja por questões de arranjo familiar ou estado marital, socioeconômicas, demográficas ou fisiológicas, eles demandam nossa atenção e precisam que sejam criadas estratégias para melhor qualidade de vida.

Dessa forma conclui-se a relevância na continuidade de pesquisas nessa linha de raciocínio, em diferentes populações, esse estudo possui a limitação de ter sido com uma pequena parcela da população de um município, reforçando ainda importância da comunidade científica local em analisar também as demais áreas; os resultados fornecem informações importantes uma vez que estudos desse tipo podem direcionar ações de promoção e prevenção a saúde dessa população.

REFERÊNCIAS

ANDRADE J.M.O., et al., **Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos**. Cienc. Saúde colet. v. 19, 2014.

ANDRADE K.D.R., et al., **O reflexo da renda na alimentação das famílias brasileiras**. Faculdade de Atenas. Disponível em: < <http://www.atenas.edu.br/Faculdade/arquivos/NucleoIniciacaoCiencia/REVISTAS/REVIST2016/5%20O%20REFLEXO%20DA%20RENDA%20NA%20ALIMENTA%C3%87%C3%83O%20DAS%20FAM%C3%8DLIAS%20BRASILEIRAS.pdf> > Acesso em: 03 jun.2018.

AHMED, T. e HABOUBI, N. **Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health**. Clinical Interventions in Aging v. 5, p. 207–216, 2010.

AZEVEDO E.A.M., et al., **Avaliação nutricional de idosos residentes em instituições filantrópicas**. J Health Sci Inst. v. 3, p. 260-4, 2014.

ATZINGEN M.C.B.C. **Sensibilidade gustativa de adultos de uma instituição universitária do município de São Paulo** . In: Programa de Pós Graduação em Nutrição e Saúde Pública: Faculdade de Saúde Pública; 2011.

BALLALAI I. **Vacinação e longevidade**. Revista Bras. Geriatr. Gerontol. v. 20, n. 6. 2017.

BATISTONI, S. S. T. et al., **Arranjos domiciliares, suporte social, expectativa de cuidado e fragilidade**. Campinas, SP: Alínea. 2013.

BAUER, J. et al., **Evidence-Based Recommendations for Optimal Dietary Protein Intake in Older People: A Position Paper From the PROT-AGE Study Group**. Journal of the American Medical Directors Association., v.14, n. 8, p.542–559, 2013.

BORGES, C. A., et al., **Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil?**. Caderno de Saúde publica, v.31, n.1, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00005114>> Acesso em: 10 jun.2018.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Alimentação saudável para a pessoa idosa. Um manual para profissionais da saúde**. Brasília- DF, 2010.

BRASIL, **Lei 1074/2003. Estatuto do idoso**. Brasília: 2003. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741compilado.htm>. Acesso em: 02 jun. 2018.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 34. Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2014.** Rio de Janeiro: 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira.** Brasília: MS; 2014.

BRITO D.M.S.; et al., **Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial.** Cad. Saude Publica, v. 24, n. 4, p. 933-940, 2008

CAUDURO A. et al., **Fatores associados a morar sozinho e suas diferenças regionais em idosos residentes de Porto Alegre e Manaus.** Estud. interdiscipl. envelhec., Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 3, 2013.

CAMARGOS C.N. **Panorama de interiores: o profissional nutricionista e o Estatuto do Idoso.** Revista Bras Geritr. Gerontol. v. 12, n.3, p. 489-495, 2009.

CAMARGOS, M.C.S., et al., **Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho.** Rev Bras Estud Popul, v. 28, p. 217-30, 2011.

CAMPOS, M.T.F.S et al., **Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso.** Rev de Nutrição., v. 13, n.3, p. 157-165. 2000.

CARDOSO S.V. et al., **O impacto das alterações de deglutição na qualidade de vida de idosos institucionalizados.** Revista Kairós Gerontologia. v. 17, n.1, p. 231-45, 2014.

CORRENTE JE, MARCHIONI DML, FISBERG RM. **Validation of a FFQ (Food Frequency Questionnaire) for Older People.** Journal of Life Sciences, v. 7, p. 878-82, 2013.

COELHO, C.N.V., et al.. **Consumo alimentar de idosos atendidos em um programa de reabilitação da saúde bucal de unidades de saúde da família na cidade de Pelotas-RS.** RASBRAN- Revista da associação brasileira de nutrição. Ano. 8, n.6, p. 23-49. São Paulo. 2017.

CONSTANT, E.J.F., **Water as an essential nutrient: the physiological basis of hydration.** European Journal of Clinical Nutrition., v. 15, n.4, p. 115-123, 2010.

CRUWYS T.; BEVELANDER K.E.; HERMANS R.C.J. **Social modeling of eating: a review of when and why social influence affects food intake and choice.** Appetite. 2014.

DA SILVA L.L.N.B; RABELO D.F., **Afetividade e conflito nas díades familiares, capacidade funcional e expectativa de cuidado de idosos.** Pensando famílias v.21, n.1, p. 80-91, 2017.

ESQUENAZI, D. et al., **Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos.** Revista HUPE, v.13, n.2, abr/jun 2014.

FARES D, et al., **Fatores associados ao estado nutricional de idosos de duas regiões do Brasil.** Ver Assoc. Med Bras. v. 58, n.4, p.434-441, 2012.

FISBERG, R.M., et al., **Ingestão inadequada de nutrientes na população de idosos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009.** Revista de Saúde pública, v.22, n.1, 2012.

FECHINE B.R.A, TROMPIERI N., **O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com os idosos com o passar dos anos.** Inter Science Place, v.20, n.1, 2012.

FLORES G.C. et al., **Cuidado integral com o idoso.** Ver. Gaucha Enferm., Porto Alegre v. 31(3), 2010.

GARCIA B.F. et al., **Fiber intake and chronic constipatios in the elderly.** RBCEH, Passo Fundo, v.13, n.3, p.323-333, 2016.

GOMES, A.P et al., **Baixa qualidade da dieta de idosos: estudo de base populacional no Sul do Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 21(11):3417-3428, 2016.

GOMES, A.C.O et al., **Avaliação da dependência dos idosos residentes em área descoberta pela estratégia saúde da família pelo índice de Katz.** Atenção a pessoa idosa: Manual de prevenção de acidentes, Maringá, Paraná, vol. 1, 2015.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese do senso demográfico. 2010.** Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/> Acesso em: 1 Mar 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos idosos pelos domicílios no Brasil-2000**. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2002.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Dietary reference intakes for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium, and zinc**. Washington (DC): National Academy Press; 2002.

KUWAE C.A; et al., **Concepções de alimentação saudável entre idosos na Universidade Aberta da Terceira Idade da UERJ: normas nutricionais, normas do corpo e normas do cotidiano**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, vol. 18, Rio de Janeiro, 2015.

LEBRÃO M.L. **O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica**. Saúde Coletiva. v.17, n.4, p. 135-140, 2007.

LOUVISON M.C.P et al., **Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo**. Rev Saúde Pública. vol. 42, n. 4., p. 733-740, 2008.

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

MEDEIROS K.K.A.S.; COURA, A.S.; FERREIRA R.T. **O aumento do contingente populacional de idosos no Brasil e a atenção primária à saúde: uma revisão de literatura**. Arq. Cienc. Saúde UNIPAR, v. 21, n.3, p. 201-207,2017.

MALTA, M.B. et al., **Avaliação da alimentação de idosos do município paulista- Aplicação do índice de alimentação saudável**. Ciência & Saúde Coletiva, vol.18, Rio de Janeiro, 2013.

MARTINS M.V; et al., **Consumo alimentar de idosos e sua associação com o estado nutricional**. HU Resvista, Juiz de Fora, vol. 42, 2016.

MOURA A.F; MASQUID.C.L. **A influência da escolaridade na percepção sobre alimentos considerados saudáveis**. Rev Ed. Pop. Uberlândia, v. 13, n.1, 2014.

MUSSI, L. H. **Reflexão sobre a angústia existencial do cinema de Ingmar Bergman no envelhecer diante da ameaça iminente de morte e do desejo de vida**. Dissertação de mestrado em Gerontologia. PUC-SP. São Paulo, 2012.

NEGRINI E.L.D. et al., **Quem são e como vivem os idosos que moram sozinhos no Brasil.** Rev Brasileira Geriatria Gerontologia. v. 21. n 5. p. 542-550, 2018.

NOGUEIRA L.R, et al., **Avaliação qualitativa da alimentação de idosos e suas percepções de hábitos alimentares saudáveis.** J Health Sci. v. 18, n.3, p. 163-0, 2016.

OLIVEIRA H.C.C., et al.. **Alimentação e nutrição de idosos: uma revisão bibliográfica.** In: International Nursing Congress, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, **Relatório mundial de envelhecimento e saúde.** Disponível em: < <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf> > Acesso em: 02 jun.2018

PANZIERA F.B, et al., **Avaliação da ingestão de minerais antioxidantes em idosos.** Revista Bras Geritr. Gerontol, v. 14, n.1, p. 49-58, 2011.

PADDON-JONES D, et al., **Role of dietary protein in the sarcopenia of aging.** Am J Clin Nutr. v. 87, n. 5, p.1562-66, 2008.

PEREIRA I.F.S., et al.. **Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível.** Cad Saúde Publica, v.32, n.5, 2016.

PÍCOLI T.S, et al., **Sarcopenia e envelhecimento.** Fisioter Mov, v. 24, n. 3, 2011.

PROENÇA R.P.C. **Alimentação e globalização: algumas reflexões.** Cienc Cult.; v.10, n.1, p. 43-47, 2010.

RABELO D.F, NERI A.L. **Avaliação das relações familiares por idosos com diferentes condições sociodemográficas e de saúde.** Psico-USF, v. 21, n. 3, p. 663-675, 2016.

RABELO D.F, NERI A.L. **Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos.** Cad Saúde Pública, v. 31, n. 4, p. 874-884, 2015.

RABELO D.F., NERI A.L., **Arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares.** Rev Brasileira Geriatria Gerontologia, vol 18, n.3, p. 507-519, 2015.

RAMOS J.L.C., MENEZES M.R., MEIRA E.C., **Idosos que moram sozinhos: desafios e potencialidades do cotidiano.** Revista Baiana de enfermagem, Salvador., v.24, n. 1,2,3, p. 43-54, 2010.

RIBEIRO A.A., et al., **Caracterização socioeconômica, estado nutricional e prevalência de insegurança alimentar em idosos usuários do restaurante popular de um município do Nordeste brasileiro.** Revista Cienc Plural v. 6, p.59-71,2016.

RODRIGUES H.A.F., **Alimentação como fonte de sociabilidade e de hospitalidade.** In: SINAIS - Revista Eletrônica. Ciências Sociais. Vitória: CCHN, UFES, Edição n.12, v.1, 2012.

SANTOS S.S.C. **Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica.** Rer. Bras. Enferm, v.63, n.6, p. 1035-9, 2010.

SANTOS G.D; RIBEIRO, S.M.L. **Aspectos afetivos relacionados ao comportamento alimentas dos idosos frequentadores de um Centro de Convivência.** Revista brasileira de geriatria e gerontologia. v. 14, n. 2, p. 319-328. Rio de Janeiro, 2011.

SANTOS R.D., **I diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular.** Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia., v.100, n.1, 2013.

SCHAAP L.A., KOSTER, A., & VISSER, M. **Adiposity, musclemass, and muscle strength in relation to functional decline in older persons.** Epidemiologic Reviews, v. 35, n. 1, p. 51–65, 2013.

SILVA C.J.C. **Frequência de consumo de alimentos de um grupo de idosos do barro Bela Vista de São Jose/SC.** Saúde e Transformação Social. 2017.

SILVA D.P, et al., **Insegurança alimentar: as desigualdades de renda e vulnerabilidade social como resultados na alimentação dos idosos.** Revista uninga Review, v.16, n. 2, jan. 2018. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1469>>. Acesso em: 03 jun. 2018.

SOUZA R. et al., **Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC.** Revista Bras Geritr. Gerontol, v.16 n.1, p.81-90, 2013.

SOUZA, A.M., et al., **Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009**. Revista de Saúde Pública, v.22, n.1, 2012.

TAVARES E.L. **Avaliação nutricional de idosos: desafios da atualidade**. Revista Bras Geriatr. Gerontol, v. 18, n.3, p. 643-650, 2015.

VICTOR C.; et al.. **Older: Quality of life in older age**. Open University Press, 2004.

VAZ, D. S.S.; BENNEMANN, R.M. **Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão**. Revista uninga review, v. 20, n. 1, jan. 2018. ISSN 2178-2571. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1557>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

UNITED NATIONS. **Living arrangements of older persons around the world**. New York, 2005.

ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO
MÓDULO I – QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÕES PESSOAIS E AVALIAÇÃO
SOCIOECONÔMICA

Código: _____

Setor: _____ **Domicílio:** _____

Endereço: _____

Nome do entrevistado: _____

Sexo: (1) masculino (2) feminino **Telefone de contato:** _____

Nome do informante substituto ou auxiliar:

Parentesco do entrevistado:

Entrevistador:

Data da entrevista: ____ / ____ / ____

Hora de início da entrevista: _____ **Hora de término da entrevista:** _____

1	Quantos anos completos o(a) Sr(a) tem?	
2	Em que dia, mês e ano o(a) Sr(a) nasceu? ____ / ____ / ____	
3	Qual a sua ocupação atualmente? (1) Aposentado (2) Pensionista (3) Outra: _____	
4	Qual a sua renda? () <1 SM () 1 SM () 2 SM () 3 SM () 4 SM () 5 SM () 6 SM () 7 SM () 8 SM () 9 SM () 10 SM ou mais	
5	Qual a renda familiar? () <1 SM () 1 SM () 2 SM () 3 SM () 4 SM () 5 SM () 6 SM () 7 SM () 8 SM () 9 SM () 10 SM ou mais	

6	O(a) Sr(a) foi a escola? (1) Não (2) Sim	
7	Qual a última série e grau que estudou? (1) Primeiro grau (<i>ou primário + ginásio</i>) (2) Segundo grau (<i>antigo clássico e científico</i>) (3) Técnico (4) Magistério (<i>antigo normal</i>) (5) Graduação (6) Pós graduação (7) Supletivo (8) Outro	
8	Quantos foram os anos de estudo?	
9	Atualmente o(a) Sr(a) vive: (1) Sozinho (2) Acompanhado	
10	Se acompanhado, com quantas pessoas?	
11	Qual o seu estado marital hoje? (1) Solteiro (2) Casado (3) Viúvo (4) Separado/divorciado (5) Outro: _____	
12	Quem é a pessoa responsável pela casa? _____	
13	Quem é a pessoa responsável pelas despesas da casa? _____	

**MÓDULO II – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE, HÁBITOS
ALIMENTARES E ESTILO DE VIDA**

14	O(a) Sr(a) costuma consumir bebida alcoólica? (1) Não (2) Sim (pule para questão 19)	
15	Com que frequência o(a) sr(a) costuma ingerir alguma bebida alcoólica? (1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 dias por semana (4) todos os dias (inclusive sábado e domingo)	

	<p>(5) menos de 1 dia por semana</p> <p>(6) menos de 1 dia por mês (pule para questão 19)</p>	
16	<p>Nos últimos 30 dias, o Sr chegou a consumir mais do que 5 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (Mais de 5 doses de bebida alcoólica seriam mais de 5 latas de cerveja, mais de 5 taças de vinho ou mais de 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para homens)</p> <p>(1) não (pule para questão 19) (2) sim (pule para questão 18)</p>	
17	<p>Nos últimos 30 dias, a Sra chegou a consumir mais do que 4 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (Mais de 4 doses de bebida alcoólica seriam mais de 4 latas de cerveja, mais de 4 taças de vinho ou mais de 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para mulheres)</p> <p>(1) não (pule para questão 19) (2) sim (pule para a questão 18)</p>	
18	<p>Em quantos dias do mês isto ocorreu?</p> <p>(1) em um único dia no mês</p> <p>(2) em 2 dias</p> <p>(3) em 3 dias</p> <p>(4) em 4 dias</p> <p>(5) em 5 dias</p> <p>(6) em 6 dias</p> <p>(7) em 7 ou mais dias</p> <p>(8) Não sabe</p>	
19	<p>Faz uso de sal para temperar a comida depois de pronta?</p> <p>(1) Não (2) Sim</p>	
20	<p>Costuma comer a gordura visível da carne?</p> <p>(1) Não (2) Sim</p>	
21	<p>Qual a quantidade de água que o(a) Sr(a) consome por dia?</p> <p>(1) Até 1litro (4 copos de requeijão)</p> <p>(2) 1L-1,5L</p> <p>() De 1,5L a 2,0L (8 copos de requeijão)</p>	
22	<p>O senhor costuma se alimentar:</p> <p>(1) Sozinho (2) Acompanhado</p>	

23	Se acompanhado, por quem? (1) Familiares (2) Outras pessoas	
24	Troca almoço ou jantar por lanches? (1) Não (2) Sim	
25	Já tinha sido atendido por uma nutricionista em algum momento anterior? (1) Não (2) Sim	
26	O(a) Sr(a) fuma? (1) Não (2) Sim, diariamente (3) Sim, ocasionalmente Ex-fumante? (4) Sim (5) Não Quando começou: _____ Quando parou: _____	
27	Qual a quantidade diária? (1) 01 a 04 (2) 05 a 09 (3) 10 a 14 (4) 15 a 19 (5) 20 a 29 (6) 30 a 39 (7) 40 ou mais	
28	O(a) Sr(a) usa algum tipo de medicamento? (1) Não (2) Sim _____	
29	Está fazendo algum tratamento de saúde no momento? (1) Não (2) Sim	
30	Algum profissional de saúde já lhe disse que o(a) Sr(a) tem alguma enfermidade? (1) Não (2) Sim	
31	Qual? () Pressão alta () Colesterol ou triglicérides elevado () Diabetes Mellitus () Infarto, derrame ou acidente vascular cerebral - AVC () Doença Renal () Asma, bronquite asmática, bronquite crônica, enfisema () Osteoporose/Osteopenia () Artrite () Artrose () Gastrite () Câncer () Parkinson () Outros _____	
32	Como o(a) Sr(a) classifica a sua saúde? (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	

33	Por que? _____	
34	Está satisfeito com a vida? (1) Pouco (2) Médio (3) Muito	
35	Por que? _____	
36	Falta-lhe algum dente? (1) Não (2) Sim	
37	Isto atrapalha a mastigação? (1) Não (2) Sim	
38	Usa prótese dentária? (1) Não (2) Sim	
39	<i>Para as mulheres:</i> Fez mamografia nos últimos 2 anos? (1) Não (2) Sim	
40	Se não, por quê? _____	
41	<i>Para os homens:</i> Fez exame de próstata nos últimos 2 anos? (1) Não (2) Sim	
42	Se não, por quê? _____	

MÓDULO III – AVALIAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA

43	Nos últimos 3 meses o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (1) Não (pule para a questão 48) (2) Sim (não vale fisioterapia)	
44	Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) praticou? (anotar apenas o primeiro citado) () caminhada (não vale deslocamento para trabalho) () caminhada em esteira () corrida () corrida em esteira () musculação	

	<input type="checkbox"/> ginástica aeróbica <input type="checkbox"/> hidroginástica <input type="checkbox"/> ginástica em geral <input type="checkbox"/> natação <input type="checkbox"/> artes marciais e luta <input type="checkbox"/> bicicleta <input type="checkbox"/> futebol <input type="checkbox"/> basquetebol <input type="checkbox"/> voleibol <input type="checkbox"/> tênis <input type="checkbox"/> outros	
45	<p>O(a) Sr(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?</p> <p>(1) Não (pule para a questão 48) (não vale fisioterapia) (2) Sim</p>	
46	<p>Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar esporte ou exercício?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana <input type="checkbox"/> todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p>	
47	<p>No dia que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?</p> <p><input type="checkbox"/> menos que 10 minutos <input type="checkbox"/> entre 10 e 19 minutos <input type="checkbox"/> entre 20 e 29 minutos <input type="checkbox"/> entre 30 e 39 minutos <input type="checkbox"/> entre 40 e 49 minutos <input type="checkbox"/> entre 50 e 59 minutos <input type="checkbox"/> 60 minutos ou mais</p>	
48	<p>Nos últimos três meses, o(a) sr(a) trabalhou?</p> <p>(1) Não (pule para a questão 54) (não vale fisioterapia) (2) Sim</p>	
49	<p>No seu trabalho, o(a) sr(a) anda bastante a pé?</p>	

	(1) Não (2) Sim (9) Não sabe	
50	No seu trabalho, o(a) sr(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada? (1) Não (2) Sim (9) Não sabe	
51	No seu trabalho, o(a) sr(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada? (1) Não (2) Sim (9) Não sabe	
52	Para ir ou voltar ao seu trabalho, o Sr(a) faz algum trajeto a pé ou de bicicleta? (1) Não (pule para a questão 54) (2) Sim, todo o trajeto (3) Sim, parte do trajeto	
53	Quanto tempo o(a) sr(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)? () menos que 10 minutos () entre 10 e 19 minutos () entre 20 e 29 minutos () entre 30 e 39 minutos () entre 40 e 49 minutos () entre 50 e 59 minutos () 60 minutos ou mais	
54	Atualmente, o(a) sr(a) está frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola? (1) Não (pule para a questão 57) (2) Sim (9) Não quis informar	
55	Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta? (1) Não (pule para a questão 57) (2) Sim, todo o trajeto (3) Sim, parte do trajeto	
56	Quanto tempo o(a) sr(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)? () menos que 10 minutos () entre 10 e 19 minutos () entre 20 e 29 minutos () entre 30 e 39 minutos () entre 40 e 49 minutos	

	<input type="checkbox"/> entre 50 e 59 minutos <input type="checkbox"/> 60 minutos ou mais	
57	Quem costuma fazer a faxina da sua casa? <input type="checkbox"/> eu sozinho (pule para questão 59) <input type="checkbox"/> eu com outra pessoa <input type="checkbox"/> outra pessoa (pule para questão 59)	
58	A parte mais pesada da faxina fica com: <input type="checkbox"/> o(a) sr(a) ou <input type="checkbox"/> outra pessoa <input type="checkbox"/> ambos	
59	O(a) sr(a) costuma assistir televisão todos os dias? (1) Não (2) Sim (pule para a questão 61)	
60	Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma assistir televisão? <input type="checkbox"/> 5 ou mais <input type="checkbox"/> 3 a 4 <input type="checkbox"/> 1 a 2 <input type="checkbox"/> não costuma assistir televisão (passe para o próximo módulo)	
61	Quantas horas por dia o(a) sr(a) costuma assistir televisão? <input type="checkbox"/> menos de 1 hora <input type="checkbox"/> entre 1 e 2 horas <input type="checkbox"/> entre 2 e 3 horas <input type="checkbox"/> entre 3 e 4 horas <input type="checkbox"/> entre 4 e 5 horas <input type="checkbox"/> entre 5 e 6 horas <input type="checkbox"/> mais de 6 horas.	

MÓDULO IV – AVALIAÇÃO DIETÉTICA

1. Você mudou seus hábitos alimentares recentemente ou está fazendo dieta para emagrecer ou por qualquer outro motivo

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> Sim, para redução de sal |
| <input type="checkbox"/> Sim, para perda de peso | <input type="checkbox"/> Sim, para redução de colesterol |
| <input type="checkbox"/> Sim, por orientação médica | <input type="checkbox"/> Sim, para ganho de peso |
| <input type="checkbox"/> Sim, para dieta vegetariana ou redução do consumo de carne | <input type="checkbox"/> Outro motivo: _____ |

2. Você está tomando algo para suplementar sua dieta (vitaminas, minerais e outro produtos)? Se a resposta for sim, especifique:

Não

Sim, regularmente

Sim, mas não regularmente

<u>SOPAS E MASSAS</u>	QUANTAS VEZES VOCÊ COME:														PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO						
	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	D		S	M	A	P	M	G	E
Sopa (de legumes, canja, creme)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			D	S	M	A	1 concha média (150g)	P	M	G	E
Salgados fritos (pastel, coxinha, risólis, bolinho)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			D	S	M	A	1 unidade grande (80g)	P	M	G	E
Salgados assado (esfiha, bauruzinho, torta)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			D	S	M	A	2 unidades ou 2 pedaços médios (140g)	P	M	G	E
Macarrão com molho sem carne	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			D	S	M	A	1 prato raso (200g)	P	M	G	E
Macarrão com molho com carne, lasanha, nhoque	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			D	S	M	A	1 escumadeira ou 1 pedaço pequeno (110g)	P	M	G	E
Pizza, panqueca	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			D	S	M	A	2 fatias pequenas ou 2 unidades (180g)	P	M	G	E
Polenta cozida ou frita	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			D	S	M	A	1 col de sopa ou 2 fatias pequenas	P	M	G	E
<u>CARNES E PEIXES</u>	QUANTAS VEZES VOCÊ COME:														PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO						
N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	D	S		M	A	P	M	G	E	
Carne de boi (bife, cozida ou assada), miúdos, vísceras	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			D	S	M	A	1 bife médio ou 2 pedaços (100g)	P	M	G	E
Carne de porco (lombo, bisteca)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			D	S	M	A	1 fatia média (100g)	P	M	G	E
Carne seca, carne de sol, bacon	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			D	S	M	A	2 pedaços pequenos (40g)	P	M	G	E
Linguiça	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			D	S	M	A	1 gomo médio (60g)	P	M	G	E
Embutidos (presunto, mortadela, salsicha)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			D	S	M	A	2 fatias médias (30g)	P	M	G	E
Frango (cozido, frito, grelhado ou assado)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			D	S	M	A	1 pedaço ou 1 filé pequeno (60g)	P	M	G	E

Bife de hambúrguer, nuggets, almôndegas	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	110	D	S	M	A	1 unidade média (60g)	P	M	G	E
Peixe (cozido, frito ou assado)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	110	D	S	M	A	1 filé peq. ou 1 posta peq.	P	M	G	E
<u>LEITE E DERIVADOS</u>	QUANTAS VEZES VOCÊ COME:															PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO			
Leite integral	N N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	110	D	S	M	A	½ copo de requeijão (125mL)	P	M	G	E
Leite desnatado/semi-desnatado	N N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	110	D	S	M	A	½ copo de requeijão (125mL)	P	M	G	E
logurte natural/ com frutas	N N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	1 unidade pequena (140g)	P	M	G	E
Queijo muçarela /prato/parmesão/parvolone	N N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	110	D	S	M	A	1 e ½ fatias grossas (30g)	P	M	G	E
Queijo minas /ricota	N N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	110	D	S	M	A	1 fatia média (30g)	P	M	G	E
<u>Leguminosas e Ovos</u>	QUANTAS VEZES VOCÊ COME:															PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO			
Ovo (cozido ou frito)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	110	D	S	M	A	1 unidade (50g)	P	M	G	E
Feijão (carioca, roxo, preto, verde)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	110	D	S	M	A	1 concha média (86g)	P	M	G	E
Lentilha, ervilha seca, grão de bico	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	110	D	S	M	A	1 col de servir (35g)	P	M	G	E
Soja	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	110	D	S	M	A	1 col de servir (35g)	P	M	G	E
Feijoada, feijão tropeiro	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	1 concha média (210g)	P	M	G	E
<u>Arroz e Tubérculos</u>	QUANTAS VEZES VOCÊ COME:															PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO			
Arroz branco (cozido com óleos e temperos)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	2 escumadeiras	P	M	G	E

																	médias (120g)				
Arroz integral (cozido com óleos e temperos)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A		2 escumadeiras médias (120g)	P	M	G	E
Batata frita ou mandioca frita	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A		2 colheres cheias (100g)	P	M	G	E
Batata, mandioca, inhame (cozida ou assada), purê	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A		1 escumadeira cheia (90g)	P	M	G	E
Salada de maionese com legumes	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A		3 colheres de sopa (90g)	P	M	G	E
Farinha de mandioca, farofa, cuscuz, tapioca	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A		3 colheres de sopa (40g)	P	M	G	E
Aveia	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A		3 colheres de sopa (40g)	P	M	G	E
<u>Verduras e Legumes</u>	QUANTAS VEZES VOCÊ COME:															PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO				
Alface	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A		3 folhas médias (30g)	P	M	G	E
Tomate	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A		3 fatias médias (40g)	P	M	G	E
Cenoura (crua ou cozida)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A		1 colher de sopa (25g)	P	M	G	E
Outros legumes (abobrinha, berinjela, chuchu, pepino)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A		1 colher de sopa cheia (30g)	P	M	G	E
Outras verduras cruas (acelga, rúcula, agrião)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A		1 prato de sobremesa (38g)	P	M	G	E
Outras verduras cozidas (acelga, espinafre, escarola, couve)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A		1 colher de servir (30g)	P	M	G	E
Brócolis, couve-flor, repolho	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A		1 ramo ou 2 colheres	P	M	G	E

																		de sopa (30g)				
Molhos e Temperos	QUANTAS VEZES VOCÊ COME:															PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO					
Óleo, azeite comum	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11 0	D	S	M	A		1 fio (5mL)	P	M	G	E	
Azeite extra-virgem	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11 0	D	S	M	A		1 fio (5mL)	P	M	G	E	
Maionese	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11 0	D	S	M	A		1 colher de chá (4g)	P	M	G	E	
Molho para salada	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11 0	D	S	M	A		1 colher de chá (4g)	P	M	G	E	
Sal para tempero de salada	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11 0	D	S	M	A		1 pitada (0,35g)	P	M	G	E	
Condimentos	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11 0	D	S	M	A		1 pitada (0,35g)	P	M	G	E	
FRUTAS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME:															PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO					
Laranja, mexerica, abacaxi	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A		1 unidade média ou fatia grande (180g)	P	M	G	E	
Banana	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A		1 unidade média (86g)	P	M	G	E	
Maçã, pera	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A		1 unidade média (110g)	P	M	G	E	
Melão, melancia	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A		1 fatia média (150g)	P	M	G	E	
Mamão	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A		1 fatia média ou ½ unidade média (160g)	P	M	G	E	
Goiaba	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A		1 unidade grande (225g)	P	M	G	E	
Abacate	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A		2 colheres de sopa cheias (90g)	P	M	G	E	

BEBIDAS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME:														PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO				
	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M		A	P	M	G	E
Suco natural com açúcar	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	½ copo americano (80mL)	P	M	G	E
Suco natural sem açúcar/com adoçante	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	½ copo americano (80mL)	P	M	G	E
Suco industrializado	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	1 copo de requeijão (240mL)	P	M	G	E
Café ou chá sem açúcar/ com adoçante	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	2 xícaras de café (90mL)	P	M	G	E
Café ou chá com açúcar	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	2 xícaras de café (90mL)	P	M	G	E
Refrigerante comum	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	1 copo de requeijão (240mL)	P	M	G	E
Refrigerante diet/ light	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	1 copo de requeijão (240mL)	P	M	G	E
Cerveja	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	2 latas (700mL)	P	M	G	E
PÃES E BISCOITOS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME:														PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO				
N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A		P	M	G	E	
Pão francês, pão de forma, pão doce, torrada	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	1 unidade ou 2 fatias (50g)	P	M	G	E
Pão integral	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	1 unidade ou 2 fatias (50g)	P	M	G	E
Biscoito sem recheio (salgado ou doce)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	4 unidades (24g)	P	M	G	E
Biscoito recheado, waffer, amanteigado	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	3 unidades (41g)	P	M	G	E
Bolo (simples, recheado)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	1 fatia média (60g)	P	M	G	E
Manteiga ou margarina passada no pão	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	3 pontas de faca (15g)	P	M	G	E
Sanduíche (cachorro-quente, hambúrguer)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	2 unidades simples (220g)	P	M	G	E

DOCES E SOBREMESAS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME:														PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO				
	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M		A	P	M	G	E
Chocolate (bombom ou brigadeiro)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	1 barra pequena (25g)	P	M	G	E
Achocolatado em pó (adicionado ao leite)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	2 colheres de sopa (25g)	P	M	G	E
Sobremesas (doces, tortas e pudins)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	1 pedaço ou 1 fatia média (60g)	P	M	G	E
Açúcar, mel, geléia	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	½ colher de sopa (6g)	P	M	G	E

ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



(Em atendimento à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde)

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **SITUAÇÃO NUTRICIONAL DE IDOSOS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MACAÉ- RJ**, desenvolvida por uma equipe coordenada pela Prof^a. Celia Cristina Diogo Ferreira, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Prof^a Dr^a. Gina Torres Rego Monteiro.

O motivo para realizar esse estudo é o relato de aumento, nos últimos anos, do número de pessoas com mais de 60 anos de idade com sobrepeso e obesidade no Brasil e em outros países, e isso pode contribuir para o aparecimento de doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes e doenças cardiovasculares (do coração).

O principal objetivo da pesquisa é conhecer a situação do estado de saúde, com ênfase no estado nutricional e na alimentação de indivíduos maiores de 60 anos, atendidos pela Estratégia de Saúde da Família do município de Macaé.

Sua participação consiste em responder a perguntas de um questionário relativas a dados sobre sua saúde, sociodemográficos, consumo alimentar e realização de atividade física. Essas informações serão completadas com as medidas de peso, altura e perímetros de braço, cintura, abdômen, quadril e panturrilha, sendo que você deverá estar com roupas leves, como bermuda e camiseta.

Queremos deixar claro que sua participação é voluntária, e você tem completa autonomia para decidir se quer participar ou não. Sua recusa ou retirada do consentimento, em qualquer fase da entrevista, não lhe trará nenhum problema, mas sua participação é muito importante para a realização dessa pesquisa. Todas as informações fornecidas por você serão mantidas em privacidade. Na divulgação dos resultados da pesquisa, os dados que possam lhe identificar serão omitidos, e as informações coletadas ficarão em um local seguro. Durante ou após a pesquisa, você poderá pedir aos pesquisadores informações sobre sua participação ou sobre a própria pesquisa, para isso entre em contato conosco, no telefone e e-mail encontrados no final deste termo.

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente de 50 minutos. Essas entrevistas serão digitadas e armazenadas em arquivos digitais, com acesso restrito às pesquisadoras responsáveis. Conforme a resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP, todo o material será mantido em arquivo por pelo menos 5 anos.

Como benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa, você receberá um breve relatório, contendo as informações sobre seu estado nutricional e, posteriormente os resultados das medidas realizadas. A pesquisa não aborda procedimentos envolvidos no tratamento de doenças, mas é voltada para os aspectos relativos à prevenção. Seus resultados serão úteis para o esclarecimento da população, dos trabalhadores em saúde e dos órgãos ligados à saúde pública sobre os fatores possivelmente associados ao aparecimento de doenças.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

Um possível risco desse estudo é certo desconforto com alguma pergunta ou com a mensuração da massa corporal. Para evitar tais constrangimentos, a coleta dessas informações será realizada em local reservado, buscando garantir o sigilo.

As informações da entrevista, assim como os resultados dos exames serão acessíveis somente aos pesquisadores envolvidos nessa pesquisa e não a terceiros (seguradoras, empregadores, superiores hierárquicos etc.). Por outro lado, suas informações individuais estão disponíveis para você, podendo ser consultadas a qualquer tempo. Uma vez que todas as informações prestadas são confidenciais, a divulgação dos resultados da pesquisa se dará por relatórios com dados consolidados.

Sua participação nessa pesquisa não vai lhe acarretar custos e nenhuma compensação financeira.

A sua recusa em participar da pesquisa, não acarretará prejuízos ao tratamento oferecido pela Estratégia de Saúde da Família.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para você e outra para a pesquisadora, devendo ser rubricadas todas as páginas, por você e pela pesquisadora, que assinam a última página.

Para quaisquer esclarecimentos adicionais pode procurar a Prof^a. Célia Ferreira – Curso de Nutrição UFRJ Macaé – tel.: (21) 99771-6523 ou Prof^a. Gina Torres – Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ – tel.: (21) 2598-2617.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O comitê de ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, visando contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Tel e Fax - (21) 2598-2863; e-mail: cep@ensp.fiocruz.br

site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Assinatura do pesquisador

____/____/____
dia mês ano

Nome:

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação nessa pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante

____/____/____
dia mês ano

Nome do participante:

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

ANEXO C- APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA

Saúde
 Ministério da Saúde

Plataforma
 Brasil

principal

Público Pesquisador Alterar Meus Dados


Celia Cristina Diogo Ferreira - Pesquisador | V3.2
 Sua sessão expira em: 30min 11

Cadastros

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SITUAÇÃO NUTRICIONAL DE IDOSOS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MACAÉ, RJ
 Pesquisador Responsável: Celia Cristina Diogo Ferreira
 Área Temática:
 Versão: 1
 CAAE: 50786616.1.0000.5249
 Submissão em: 12/09/2016
 Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
 Situação da Versão do Projeto: Aprovado
 Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
 Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Receção PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_771700

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
<ul style="list-style-type: none"> ↳ Versão Atual Aprovada (PD) - Versão 1 ↳ Projeto Original (PO) - Versão 1 <ul style="list-style-type: none"> ↳ Currículo dos Assistentes ↳ Documentos do Projeto <ul style="list-style-type: none"> ↳ Comprovante de Receção - Submissão ↳ Folha de Rosto - Submissão 1 ↳ Informações Básicas do Projeto - Subm 				