

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE NUTRIÇÃO

LORENA DE SOUSA RIBEIRO

**ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E COGNIÇÃO: um estudo da
interface em idosos autônomos de Goiânia**

Goiânia
2017

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS
MONOGRAFIAS ELETRÔNICAS NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DE
MONOGRAFIAS DA UFG – RIUFG

1. Identificação do material bibliográfico: monografia de GRADUAÇÃO
2. Identificação do Trabalho de Conclusão de Curso

Autor (a):	Lorena de Sousa Ribeiro
E-mail:	lorenadsribeiro@gmail.com
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Título:	Alimentação saudável e cognição: um estudo da interface em idosos autônomos de Goiânia
Palavras-chave:	Alimentação, cognição, envelhecimento.
Título em outra língua:	Healthy eating and cognition: a study of the interface in autonomous elderly in Goiânia
Palavras-chave em outra língua:	Feeding, cognition, aging.
Data defesa: (dd/mm/aaaa)	19/06/2017
Graduação:	Nutrição
Orientador (a)*:	Naraiana Tavares de Oliveira
Co-orientador (a):	Estelamaris Tronco Monego
DECLARAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO NÃO-EXCLUSIVA	
O referido autor:	
a) Declara que o documento em questão é seu trabalho original, e que detém prerrogativa de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.	
b) Se o documento em questão contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à Universidade Federal de Goiás os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento em questão.	
Termo de autorização	
Na qualidade de titular dos direitos do autor do conteúdo supracitado, autorizo a Biblioteca Central da Universidade Federal de Goiás a disponibilizar a obra, gratuitamente, por meio do Repositório Institucional de Monografias da UFG (RIUFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data, sob as seguintes condições: Permitir uso comercial de sua obra? (X) Sim () Não	
Permitir modificações em sua obra? () Sim	
() Sim, contando que outros compartilhem pela mesma licença.	
(x) Não	
A obra continua protegida por Direito Autoral e/ou por outras leis aplicáveis. Qualquer uso da obra que não o autorizado sob esta licença ou pela legislação autoral é proibido.	
Goiânia, 10 de julho de 2017	
	Assinatura do Autor e/ou Detentor dos Direitos Autorais

LORENA DE SOUSA RIBEIRO

**ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E COGNIÇÃO: um estudo da
interface em idosos autônomos de Goiânia**

Trabalho apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do grau em Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof^a Dr^a Naraiana de O. Tavares

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Estelamaris T. Monego

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

de Sousa Ribeiro, Lorena

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E COGNIÇÃO: [manuscrito] : um estudo da interface em idosos autônomos de Goiânia / Lorena de Sousa Ribeiro. - 2017.

44 f.

Orientador: Prof. Dr. Naraiana Tavares de Oliveira; co-orientador Dr. Estelamaris Tronco Monego.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Nutrição (Fanut), Nutrição, Goiânia, 2017.

Bibliografia. Anexos.

Inclui tabelas.

1. Alimentação. 2. Deficit cognitivo. 3. Envelhecimento. I. Tavares de Oliveira, Naraiana, orient. II. Título.

CDU 612.39

LORENA DE SOUSA RIBEIRO

**ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E COGNIÇÃO: um estudo da
interface em idosos autônomos de Goiânia**

Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de
NUTRICIONISTA

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Naraiana de Oliveira Tavares
(Orientadora)

Profª Drª Estelamaris Tronco Monego
(Co-orientadora)

Prof Dr Gustavo Duarte Pimentel

Profª Drª Renata Carvalho dos Santos

Goiânia, 10 de julho de 2017

AGRADECIMENTOS

Aos meu pais, Zvanildo Antônio Ribeiro e Marlene Francisca de Sousa Ribeiro, por terem doado a vida por mim e pela minha irmã, permitindo que nós hoje possamos realizar nossos sonhos. À minha irmã, Luana de Sousa Ribeiro, que me impulsionou a sempre realizar as coisas de forma ética e correta. A minha família, em especial minha prima Phamela de Oliveira Ribeiro, que foi a minha inspiração para seguir os passos na nutrição;

Ao Thiago Guido Perez, Selma Ferreira da Silva Mendes e Abel Mendes de Oliveira que me deram apoio junto aos meus pais para não desistir dos meus sonhos e comemoraram todas as minhas conquistas e ficaram ao meu lado nas dificuldades;

Aos meus colegas e amigos que estiveram presentes em todos os momentos dessa intensa e feliz caminhada;

Aos professores Gustavo Duarte Pimentel e Renata Carvalho dos Santos que aceitaram com carinho fazer parte da banca examinadora deste trabalho;

Aos professores da Faculdade de Nutrição e outras unidades acadêmicas da Universidade Federal de Goiás, que partilharam de forma brilhante seus conhecimentos, lutas e vitórias. E a todos os profissionais que tive oportunidade de conhecer e aprender por meio dos projetos e atividades que me vivenciei;

Aos componentes das equipes de todos os projetos que tive a oportunidade de participar, em especial à Giovanna Angela Leonel Oliveira, parceira de trabalhos e sonhos, que muito me ajudou e incentivou nos meus planos acadêmicos;

À minha orientadora, professora Naraiana Tavares de Oliveira, pela paciência, compreensão e por ter me acolhido com tanto carinho, estimulando o desenvolvimento deste projeto que foi além da minha formação transversal e interdisciplinar. Sou eternamente grata; E com carinho quero destacar a professora Estelamaris Tronco Monego, minha co-orientadora neste trabalho, que foi além de apenas ensinar. Que desde o início me deu a oportunidade de conhecer e aprender sempre mais, me incentivou a ser o melhor de mim, apoiou e foi atrás dos meus sonhos junto comigo, se tornando meu maior exemplo. Serei eternamente grata à senhora.

*“Deixe que a alimentação seja seu remédio
e o remédio a sua alimentação”.*

Hipócrates (460 - 377 a.C.)

RESUMO

Verificar a influência de uma alimentação protetora sobre a cognição e depressão em idosos autônomos. Trata-se de um estudo quali-quantitativo, descritivo e transversal, realizado por meio de questionários e roda de conversa. Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram estruturados em sete tipos, servindo para caracterização do idoso autônomo, condições socioeconômicas, condições gerais de saúde e da mobilidade; avaliação da cognição (Mini-exame do estado mental - MMEM), rastreamento de transtornos do humor (Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage), avaliação nutricional (Mini avaliação nutricional) e consumo alimentar (VIGITEL). Observou-se escores acima de 25 para maioria dos idosos participantes do estudo, relaciona-se com o alto consumo de frutas, legumes e carnes brancas. Já em relação a depressão, os participantes mostraram sintomas leves ou até mesmo não apresentavam depressão, o que está relacionado a alimentação protetora. Verificou-se que a influência de uma alimentação protetora sobre a cognição e depressão em idosos autônomos.

Palavras-chave: alimentação, déficit cognitivo, envelhecimento.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 ENVELHECIMENTO COGNITIVO	11
2.2 ALIMENTAÇÃO DO INDIVÍDUO IDOSO.....	12
3 OBJETIVOS	14
3.1 OBJETIVO GERAL.....	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
4 MATERIAL E MÉTODOS	15
5 RESULTADOS	17
6 DISCUSSÃO	28
7 CONCLUSÃO	30
ANEXOS	35
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

Cronologicamente, o indivíduo passa ser considerado idoso a partir dos 60 anos de idade, em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil (MS, 2003). Em países desenvolvidos esta condição é reconhecida a partir dos 65 anos (OMS, 2002). O envelhecimento da população tem ocorrido de forma acelerada no Brasil.

No ano de 2014 a população idosa representava 13,7% da população brasileira, sendo considerados fatores causais o declínio da fecundidade e a globalização. Em uma projeção demográfica, no ano de 2060 a população idosa seja maior que a de jovens, com 33,7% e 15,3%, respectivamente (IBGE, 2015). Essa perspectiva faz com que seja necessário pensar políticas e ações capazes de atender de forma qualificada este grupo populacional.

O envelhecimento enquanto etapa do desenvolvimento humano, pode ser compreendido como um processo de senescência, cuja repercussão se dá no âmbito biológico, psicológico, social e patológico. Nessa perspectiva, é necessária a sensibilização da população quanto ao autoconhecimento, habilidades e atitudes, para que o processo de envelhecimento se dê de uma forma saudável, possibilitando uma melhor qualidade de vida em todas as esferas de senescência (CASTILHO, 2010).

O envelhecimento apresenta várias formas de experienciar o envelhecimento, com a diminuição da capacidade produtiva, a dependência e a vulnerabilidade. Por outro lado, essa fase do ciclo da vida geralmente traz o ápice da sabedoria, do bom senso e serenidade, com possibilidade de saber distinguir e decidir da melhor forma as escolhas, decisões e comportamentos saudáveis (FECHINE e TROMPIERI, 2012).

Uma das formas mais comuns de perda de independência e autonomia no idoso, estão relacionadas ao desenvolvimento de atividades do cotidiano, cujo termo técnico refere a atividades da vida diária (AVD) (CAMPOLINA et al., 2013). A escolha de formas de viver saudáveis geralmente se contrapõe às dificuldades cognitivas.

Nesse contexto, uma evidência se dá nas escolhas relacionadas ao consumo alimentar. A composição da dieta cotidiana do idoso guarda relação com a prevenção ou retardo do aparecimento do déficit cognitivo e de doenças demenciais (BERTI et al., 2015). A alimentação parece ter potencial para prevenir e/ou retardar o declínio cognitivo, uma vez que idosos que seguem as recomendações de consumo de uma alimentação saudável apresentou diminuição no deficit cognitivo (PASTOR-VALERO et al., 2014).

Dessa forma, parece lícito afirmar que o idoso é produto do grupo social que convive. É necessário que serviços prestados aos idosos sejam não só prioritários, como

também adaptados social e culturalmente, valorizando seus hábitos e cultura como parte do processo. A Portaria nº 2.528 de 2006 mostra a necessidade de se ter um olhar individualizado para cada idoso. A mesma ressalta a importância de se criar políticas públicas que possam abranger com qualidade a população idosa que cresce exponencialmente.

Tendo a perspectiva biológica e social, onde a vulnerabilidade dos idosos está relacionada a fatores que geram proteção e risco às condições de vida, este estudo busca identificar e caracterizar idosos autônomos e ativos de Goiânia com relação ao déficit cognitivo e o consumo alimentar.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O Brasil, a exemplo de outros países da América Latina, tem vivenciado um processo rápido e intenso de envelhecimento populacional (RODRIGUES et al., 2007).

O processo de envelhecimento é algo inevitável, dinâmico, progressivo e irreversível, o qual está ligado intimamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais (BRITO, LITVOC, 2004).

Os efeitos do envelhecimento na saúde são uma consequência, em grande parte, do tempo que as pessoas se dedicam a promover e cuidar da saúde ao longo da vida (RECHEL et al., 2013). Dentre os desafios que envolvem as políticas sociais e de saúde, merecem destaque as ações que garantam a capacidade funcional destes idosos (VERAS, 2012).

Nessa perspectiva, o fenômeno do envelhecimento e mesmo o desafio de como envelhecer de forma saudável, evidencia a necessidade de priorizar medidas capazes de garantir a independência e autonomia do idoso. A qualidade de vida dos idosos envolve o desenvolvimento físico, cognitivo e nutricional, consideradas demandas prioritárias na atenção à saúde (BRASIL, 2006).

Esse é um dos desafios para o século XXI, na medida que deve-se contribuir para possíveis relações entre as esferas de saúde, nos níveis econômico, social e epidemiológico e familiar. Essa demanda gera a necessidade de que diversos campos do conhecimento na saúde sejam estudados, objetivando um resultado mais eficaz na abordagem do idoso (FREIRE, 2000).

2.1 ENVELHECIMENTO COGNITIVO

A cognição é determinada pelo conhecimento adquirido pelo indivíduo durante a vida (OLIVEIRA, 2010). O nível de cognição permite ao indivíduo realizar de forma mais ou menos eficaz, as atividades do cotidiano (KOUKOLI, 2002). No envelhecimento ocorre uma perda dessa condição funcional, de forma lenta ou rápida. Com esse declínio, o idoso se torna gradativamente dependente de terceiros, pela dificuldade em efetuar atividades cotidianas, o que muitas vezes leva os familiares a recorrerem a instituições de longa permanência (OLIVEIRA, 2010).

A atenção à saúde na senescência traz a diminuição de gastos públicos, uma vez que medidas preventivas auxiliam a retardar ou reduzir a gravidade de doenças associadas ao envelhecimento (DUNLOP et al., 2002).

O déficit cognitivo influencia na qualidade de vida dos idosos por influenciar na

autonomia e independência (HOLZ, 2013). Estudo com indivíduos dessa faixa etária identificou 26,8% com dependência parcial ou total na vida diária (DEL DUCA et al., 2009). Já no seguinte estudo 17,7% dos idosos foram detectados com déficit cognitivo associado de forma independente à idade, ao consumo de frutas e hortaliças, situação conjugal, escolaridade e/ou aos sintomas depressivos (VALLE et al., 2009). Em outro estudo afirmam que 15% dos idosos apresentam incapacidade cognitiva, além de demência moderada a grave em 5% naqueles acima de 65 anos e 20% em idosos com mais de 80 anos (LIRA; SANTOS, 2012).

A mensuração do déficit cognitivo pode ser realizada pela observação da capacidade do idoso em realizar atividades diárias. Essa ferramenta é essencial para determinar medidas específicas que fornecem subsídios para a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos, como a escolha por serviços hospitalares e médicos (DUNLOP et al., 2002).

O conhecimento dos fatores que contribuem para a redução da capacidade funcional pode conduzir ao desenvolvimento de ações preventivas no nível da atenção básica de saúde. A redução do impacto provocado por perdas de cognição, por meio de ações e políticas voltadas à geriatria, pode reduzir a utilização de serviços e cuidados de saúde mais dispendiosos (KOUKOLI, 2002; VILA et al., 2013).

2.2 ALIMENTAÇÃO DO INDIVÍDUO IDOSO

“A alimentação adequada e saudável é um direito humano básico que envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais do indivíduo e que deve estar em acordo com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível; atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer; e baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis.” (MS, 2014).

O envelhecimento saudável promove uma melhor capacidade funcional e emocional para o idoso (BARBOSA, 2012). O corpo humano vai-se modificando com o passar dos anos, na maioria das vezes de forma imperceptível. Alterações biológicas e fisiológicas; mudanças na deglutição e mastigação fazem com que o idoso fique vulnerável nutricionalmente e em situação de risco. Já os mecanismos de defesa do organismo não são capazes de emitir a mesma resposta de fases anteriores da vida (MS, 2009).

Normalmente, o padrão dietético do idoso continua semelhante a outras fases da vida. Porém, as mudanças orgânicas e funcionais, que decorrem do envelhecimento, podem causar problemas nutricionais. Alterações com redução auditiva, do paladar e olfativa, promovem uma dificuldade de se alimentar corretamente, como consequência

da perda dos sentidos que aguçam a fome e a vontade de alimentar-se (SANTOS et al., 2010).

A busca pela longevidade com saúde é associada a hábitos como alimentação saudável, exercício físico, exercício cognitivo, dentre outros fatores. Uma vez que a alimentação tem uma importante correlação com a qualidade de vida, e os hábitos alimentares pouco saudáveis podem acarretar em uma redução da qualidade de vida, os jovens buscam cada vez mais por uma alimentação saudável (BOTELHO, 2009).

O risco nutricional aumenta devido a peculiaridades dessa faixa etária, que são de várias ordens. A redução da biodisponibilidade de vitamina D e da absorção de cálcio, interfere na locomoção e aumentando o risco de quedas. A redução da acidez gástrica com alterações na absorção de ferro, cálcio, ácido fólico, B12 e zinco, levando a desequilíbrios bioquímicos com destaque para a anemia. A tendência à diminuição da tolerância à glicose que demanda uma atenção maior aos alimentos consumidos. A xerostomia, a redução do fluxo sanguíneo renal e da taxa de filtração glomerular que requer um olhar prudente quanto à quantidade de água consumida e o grau de hidratação (SANTOS et al., 2010).

Parece haver uma correlação entre cognição e os hábitos de consumo alimentar. Estudo realizado por Menezes et al (2010) observou que 69,8% dos idosos participantes alegaram ter tido algum tipo de orientação nutricional. Eles responderam ser alimentos bons as frutas, verduras, legumes e carnes brancas, e ruins os doces, carne vermelha, frituras, massas e sal; sendo os últimos considerados sinônimo de doença. Esse pensamento incompleto unido às limitações fisiológicas decorrentes do envelhecimento, como a dificuldade na locomoção, interfere no acesso a alguns alimentos, torna a alimentação restrita e faz com que se perca a identidade cultural. Para os autores, esses achados foram considerados fatores determinantes para o surgimento de sintomas psicossociais, dependência de outros indivíduos e interferência nas crenças e cultura alimentar.

Estudo de Kim et al (2016) evidenciou que a dieta pode ser protetora na prevenção e/ou progressão da depressão em idosos, devido o processo de inflamação e estresse oxidativo provocado pelo déficit de alguns alimentos protetores, no consumo alimentar dos idosos. Concluem que a menor ingestão de frutas e hortaliças está ligada a um pior diagnóstico cognitivo. Essa relação ocorre pela hipótese de que a presença de antioxidantes nesses alimentos reduz o estresse oxidativo e os processos neurodegenerativos, como o déficit cognitivo e posteriormente a demência.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a influência de uma alimentação protetora sobre a cognição e depressão em idosos autônomos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o consumo de alimentos protetores e alimentos de risco à saúde;
- Avaliar o desempenho cognitivo dos idosos;
- Verificar o grau de depressão;
- Associar o consumo de alimentos protetores com o desempenho cognitivo e incidência de depressão.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado por meio de questionários.

A pesquisa “Estudo das condições de saúde, qualidade de vida e cognição de idosos autônomos de Goiânia” teve como objetivo geral descrever as condições gerais de saúde, nutricionais, socioeconômicas e cognitivas de idosos autônomos de instituições de Goiânia, capital do estado de Goiás. Ela foi realizada em três instituições de atenção ao idoso, em funcionamento na cidade de Goiânia, estado de Goiás: na Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), na UNATI da Universidade Estadual de Goiás (UEG) – Campûs Escola Superior de Educação Física e Fisioterapia (ESEFFEGO) e na Associação de Idosos do Brasil (AIB). Estima-se estarem cadastrados 300 idosos na UNATI/PUC Goiás; 260 na UNATI/UEG e 200 na AIB, com um universo de 760 idosos. A seleção de sujeitos ocorreu por meio de carta-convite e carta de anuência institucional nas UNATIs ou demanda espontânea em inscrições feitas nos cursos oferecidos pelas Universidades e AIB.

Para a coleta de dados foi utilizada como instrumento de agregação uma Oficina sobre o “Envelhecimento Saudável”, que visava sensibilizar os idosos quanto a informações de reforço/melhoria de seu estilo de vida. A aplicação dos instrumentos fosse feita de forma fracionada, evitando a exaustão dos idosos e permitindo a sua participação de forma mais ativa e plena na pesquisa.

Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram estruturados em sete tipos, servindo para caracterização do idoso autônomo, condições socioeconômicas, condições gerais de saúde e da mobilidade; avaliação da cognição (Mini-exame do estado mental - MMEM), rastreamento de transtornos do humor (Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage), avaliação nutricional (Mini avaliação nutricional) e consumo alimentar (VIGITEL).

Para o presente estudo, foram utilizados dados referentes aos seguintes questionários (Apêndice A), listados no quadro 1 abaixo.

Quadro 1: Descrição das variáveis da amostra

Questionário	Variáveis
Caracterização do idoso	Sexo; Idade (em anos); Estado civil; Escolaridade (em nível escolar); Ocupação.
Condições de saúde e mobilidade	Hipertensão; Dislipidemia; Diabetes; Tireoide; Dislipidemia; Osteoporose; Depressão; Gastrointestinal; Doenças Cardíacas; Doenças reumática; Doenças neurológicas; Doenças respiratórias; Problemas visuais e auditivos.

Existem estudo de normalidade, validade e confiabilidade para a população brasileira para as duas escalas MMEM (CHAVES, 2008) e Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

Quadro 2: Descrição das variáveis da avaliação nutricional

Altura (m) e Peso (Kg)	Fita métrica e balança digital solar com capacidade de 150kg
IMC (Kg/m ²)	LIPSHITZ, 1994
Circunferência da cintura (Cm)	WHO, 1997
Circunferência braquial (Cm)	BUUR & PHILIPPS, 1984
Circunferência da panturrilha (Cm)	WHO, 1995

Quadro 3: Descrição das variáveis do VIGITEL

Alimentos protetores	<4 porções; feijão, frutas, verduras, carne branca, leite e água. Verificando quantidades e refeições.(MS, 2015)
Alimentos de risco	>4 porções; carnes gordurosas, açúcares e doces, refrigerante e sucos artificiais. Verificando quantidades e refeições (MS, 2015).

O processo de análise de dados foi feito por meio de um banco de dados no programa Microsoft Excel 2010® (dupla digitação seguida do “validate”) com posterior análise pelo Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS).

As análises estatísticas foram feitas por meio do teste qui-quadrado de Pearson, sendo as diferenças encontradas consideradas a um nível de 5% de significância.

Esse estudo de investigação atende aos princípios éticos com os idosos entrevistados, garantindo a confidencialidade e o sigilo dos dados obtidos. O estudo foi aprovado pelo CEP-PUC GO, sob o Parecer 942.049 (Anexo A). Os idosos que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo informado que a desistência em participar poderia ser comunicada a qualquer momento, sem nenhum prejuízo na sua formação e participação nas oficinas. Os nomes dos participantes para a análise dos dados foram suprimidos e substituídos por números.

5 RESULTADOS

Ao final da pesquisa, a amostra foi constituída por 215 indivíduos idosos dos quais, o maior número de dados perdidos foi de 38 sujeitos, nos testes de rastreio cognitivo (mini exame do estado mental – MEEM). O que não alterou a normalidade, e a homogeneidade da amostra, que se manteve dentro dos padrões estatísticos, quando tais parâmetros não foram observados, utilizamos as estatísticas não paramétricas.

Os participantes apresentaram variação de idade entre 60 e 93 anos, e foram divididos em três grupos, de idade por intervalo de 09 anos (60 a 69 anos – idosos jovens; 70 a 79 anos – idosos médios e um último grupo, de 80 a 89 anos – idosos em senescência). No último grupo foram acrescentados três sujeitos, dois de 90 anos, um de 91 anos e um de 93 anos, e não interferiram na padronização, sendo em sua maioria do sexo feminino.

Houve uma diferença no percentual entre o sexo, na divisão entre os grupos, e o somatório das mulheres na amostra foi 197 mulheres, o que constitui 91,62%, do total. Por tal, motivo não fizemos as análises com tal parâmetro, e sim pelos grupos em que encontramos uma probabilidade maior, e relativa a idade dentro dos grupos de 0.369.

A maior parte dos idosos, nos três grupos relatou que vivia sem o companheiro (a), o que significa: solteira (o), divorciada (o), ou viúva (o). E que compõe 66,51% da amostra, e com uma probabilidade de 0.553. Portanto, nas linhas as porcentagens são cumulativas, e por grupo temos a totalidade. Enquanto a maioria vive sem companheiros, um dado interessante é que em todos os três grupos, os idosos dizem que não cuidam de ninguém além de si mesmo.

As características sociodemográficas estão na tabela 1 e apresentaram variação entre 0 e 19 anos de estudos, e reflete uma dimensão social. O fato dos idosos mais novos (idosos jovens) terem uma escolaridade maior (35 com nível médio e 32 com nível superior). Entre os idosos com idade de 70 a 79 anos, as grandes concentrações se encontram nos níveis médio completo (23) e fundamental incompleto (26). E por fim, os idosos mais velhos da amostra apresentam os menores anos de estudo, ensino fundamental incompleto (11).

Tabela 01. Perfil sobre as características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, cuidados de saúde, escolaridade e ocupação) e probabilidade (χ^2) por classe de idades observadas da amostra geral dos idosos autônomos

		Categoria por Idades (anos)						p*
		60-69		70-79		80-93		
		N	%	N	%	N	%	
Sexo	Feminino	102	51.78	77	39.09	18	9.14	0.369
	Masculino	11	61.11	5	27.78	2	11.11	
Estado Civil	Com companheiro	45	62.50	22	30.56	5	6.94	0.553
	Sem companheiro	68	47.55	60	41.96	15	10.49	
O senhor cuida atualmente de alguém?	Sim (diariamente)	26	66.67	11	28.21	2	5.13	0.03
	Sim (2 a 3 vezes por semana)	4	80.00	1	20.00	0	0.00	
	Sim (esporadicamente)	5	50.00	5	50.00	0	0.00	
	Não	78	48.45	65	40.37	18	11.18	
Nível de escolaridade	Sem ensino regular	5	38.46	4	30.77	4	30.77	0.03
	Ensino fundamental incompleto	21	36.21	26	44.83	11	18.97	
	Ensino fundamental completo	14	50.00	11	39.29	3	10.71	
	Ensino médio incompleto	2	25.00	4	50.00	2	25.00	
	Ensino médio completo	35	60.34	23	39.66	0	0.00	
	Nível superior incompleto	4	57.14	3	42.86	0	0.00	
	Nível superior completo	27	79.41	7	20.59	0	0.00	
	Especialização	5	55.56	4	44.44	0	0.00	
Qual sua ocupação?	Aposentaria/Pensão	41	48.81	37	44.05	6	7.14	0.623
	Nenhuma Ocupação	24	61.54	11	28.21	4	10.26	
	Carteira Assinada	4	50.00	3	37.50	1	12.50	
	Sem Carteira	39	52.00	27	36.00	9	12.00	
	Benefício Social	5	62.50	3	37.50	0	0.00	

As diferenças, dentro dos grupos, ao se pensar sobre as condições de escolarização refletem uma significância ($p < 00.5$). Existe evidência, que entre as idades é significativo ser mais novo ou mais velho, no que se refere às possíveis condições de estudo.

Dados referente ao trabalho ou a ocupação, caracterizam que o idoso apresenta nos grupos, independente de sua faixa etária, em sua maioria são aposentados e pensionistas ou estão trabalhando sem carteira assinada. Enquanto as estatísticas, não se mostraram significativas.

Tabela 02. Condições de saúde geral e (χ^2) por classe de idades observadas da amostra geral dos idosos autônomos

Condições Gerais de saúde por Idade (anos)								
		60-69		70-79		80-93		p*
		N	%	N	%	N	%	
Pessoas que afirmam ter diagnóstico Médico		113	52.56	82	38.14	20	9.30	0.321
O senhor tem hipertensão?	Sim	55.0	45.83	53	44.17	12	10.00	0.102
	Não	47.0	60.26	23	29.49	8.0	10.26	
	Perdidos	11.0	64.71	6.0	35.29	0.0	0.00	
O senhor tem alguma dislipidemia?	Sim	22.0	45.83	22	45.83	4.0	8.33	0.434
	Não	80.0	53.33	54	36.00	16	10.67	
	Perdidos	11.0	64.71	6.0	35.29	0.0	0.00	
O senhor tem diabetes?	Sim	17.0	60.71	7.0	25.00	4.0	14.29	0.293
	Não	85.0	50.00	69	40.59	16	9.41	
	Perdidos	11.0	64.71	6.0	35.29	0.0	0.00	
O senhor tem alguma disfunção na tireoide?	Sim	16.0	53.33	12	40.00	2.0	6.67	0.597
	Não	86.0	51.19	64	38.10	18	10.71	
	Perdidos	11.0	64.71	6.0	35.29	0.0	0.00	
O senhor tem osteoporose?	Sim	19.0	38.00	24	48.00	7.0	14.00	0.120
	Não	83.0	56.08	52	35.14	13	8.78	
	Perdidos	11.0	64.71	6.0	35.29	0.0	0.00	
O senhor tem depressão?	Sim	12.0	57.14	7.0	33.33	2.0	9.52	0.630
	Não	90.0	50.85	69	38.98	18	10.17	
	Perdidos	11.0	64.71	6.0	35.29	0.0	0.00	
O senhor tem algum problema gastrointestinal?	Sim	8.0	57.14	5.0	35.71	1.0	7.14	0.638
	Não	94.0	51.09	71	38.59	19	10.33	
	Perdidos	11.0	64.71	6.0	35.29	0.0	0.00	
O senhor tem algum problema cardíaco?	Sim	19.0	57.58	11	33.33	3.0	9.09	0.582
	Não	83.0	50.30	65	39.39	17	10.30	
	Perdidos	11.0	64.71	6.0	35.29	0.0	0.00	
O senhor tem alguma doença reumática?	Sim	7.00	70.00	3.0	30.00	0.0	0.00	0.366
	Não	0.00	0.00	0.0	0.00	0.0	0.00	
	Perdidos	11.0	64.71	6.0	35.29	0.0	0.00	
O senhor tem alguma doença neurológica?	Sim	2.0	40.00	2.0	40.00	1.0	20.00	0.567
	Não	100	51.81	74	38.34	19	9.84	
	Perdidos	11.0	64.71	6.0	35.29	0.0	0.00	
O senhor tem alguma doença respiratória?	Sim	7.00	63.64	2.0	18.18	2.0	18.18	0.324
	Não	95.0	50.80	74	39.57	18	9.63	
	Perdidos	11.0	64.71	6.0	35.29	0.0	0.00	
O senhor tem algum problema visual?	Sim	16.0	36.36	22	50.00	6.0	13.64	0.11
	Não	86.0	55.84	54	35.06	14	9.09	
	Perdidos	11.0	64.71	6.0	35.29	0.0	0.00	
O senhor tem algum problema auditivo?	Sim	5.00	71.43	0.0	0.00	2.0	28.57	0.082
	Não	97.0	50.79	76	39.79	18	9.42	
	Perdidos	11.0	64.71	6.0	35.29	0.0	0.00	
O senhor tem alguma outra doença?	Sim	28.0	71.79	11	28.21	0.0	0.00	0.03
	Não	74.0	46.54	65	40.88	20	12.58	
	Perdidos	11.0	64.71	6.0	35.29	0.0	0.00	

No que se refere às condições de saúde gerais, em nenhum dos grupos houve diferenças estatisticamente significativa, ou seja, dentre os 215 idosos apenas 113

sujeitos afirmaram ter algum tipo de problema de saúde geral. E essas diferenças, não foram melhor explicadas quando consideramos as idades (idosos mais novos e mais velhos) ou tão pouco a dicotomia calculada pelo coeficiente X^2 , ($p > 0.05$), ver tabela 02.

Ao serem pesquisadas as seguintes doenças: hipertensão, dislipidemia, diabetes, disfunção na tireoide, osteoporose, depressão, problema gastrointestinal, cardíaco, reumático, neurológico, respiratório, visual e auditivo. Os resultados apontam que, o envelhecimento orgânico, dos sistemas vitais não corresponde a ter ou não uma maior idade. E mesmo quando calculado na população de maneira geral, as respostas dicotômicas não expressam aumento ou diminuição significativa, quanto aos itens, ($p > 0.05$).

Os dados da tabela 03 configuram as condições físicas e as medidas antropométricas dos grupos por faixa etária, com uma redução de medidas em pontos, em estatura e peso. Contudo, tais marcações não são estaticamente significativas, ou seja, em termos descritos existe perda de massa corpórea, sem ser expressiva, embora seja do processo de envelhecimento, ($p > 0.05$), ver tabela 03.

Tabela 03. Antropometria e Correlação por classe de idades observadas da amostra geral dos idosos autônomos

Antropometria por Idade (anos)				
Idade	60-69	70-79	80-93	p
Estatística	Média	Média	Média	
Peso aferido (kg)	68.63	65.89	54.25	0.373
Altura aferida (m,cm)	1.560	1.560	1.510	
Circunferência da cintura (cm)	91.61	90.81	85.75	
Circunferência braquial (cm)	31.85	30.73	27.44	
Circunferência da panturilha (cm)	36.98	35.96	33.34	
Índice de Massa Corporal	28.02	26.96	23.83	

Na tabela 04, encontramos os dados sobre a alimentação saudável, que referem ao número de alimentos protetores e os que ocasionam riscos à saúde.

Tabela 04. Relações entre alimentos como fatores de proteção ou de risco e o seu consumo, por frequência entre classes de idade, correlação estatística dentro dos grupos da amostra geral dos idosos autônomos

		Alimentação por Idade (anos)						p
		60-69		70-79		80-93		
		N	% Total	N	% Total	N	% Total	
Em quantos dias costuma comer feijão?	Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	49	22.8	42	19.5	11	5.1	0.310
	5 a 6 dias por semana	8	3.7	5	2.3	1	0.5	
	3 a 4 dias por semana	8	3.7	4	1.9	3	1.4	
	1 a 2 dias por semana	5	2.3	1	0.5	1	0.5	
	Quase nunca	1	0.5	3	1.4	0	0.0	
	Nunca	2	0.9	1	0.5	0	0.0	
Em quantos dias da semana costuma comer pelo menos um tipo de verdura cru e/ou salada?	Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	48	22.3	32	19.5	7	5.1	0.035
	5 a 6 dias por semana	11	5.1	12	2.3	2	0.5	
	3 a 4 dias por semana	7	3.3	7	1.9	2	1.4	
	1 a 2 dias por semana	5	2.3	3	0.5	3	0.5	
	Quase nunca	1	0.5	1	1.4	0	0.0	
	Nunca	1	0.5	1	0.5	2	0.0	
O senhor come este tipo de verdura (cru) em qual refeição?	Almoço	40	18.6	37	17.2	10	4.7	0.018
	Jantar	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	Almoço e Jantar	31	14.4	17	7.9	4	1.9	
	Não se aplica	2	0.9	2	0.9	2	0.9	
Em quantos dias da semana costuma comer pelo menos um tipo de verdura cozida?	Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	36	16.7	25	11.6	6	2.8	0.009
	5 a 6 dias por semana	10	4.7	10	4.7	0	0.0	
	3 a 4 dias por semana	14	6.5	10	4.7	3	1.4	
	1 a 2 dias por semana	11	5.1	8	3.7	6	2.8	
	Quase nunca	2	0.9	2	0.9	0	0.0	
	Nunca	0	0.0	1	0.5	1	0.5	
O senhor come este tipo de verdura (cozida) em qual refeição?	Almoço	42	19.5	35	16.3	8	3.7	0.705
	Jantar	0	0.0	1	0.5	0	0.0	
	Almoço e Jantar	29	13.5	17	7.9	7	3.3	
	Não se aplica	2	0.9	3	1.4	0	0.0	
Em quantos dias da semana costuma comer carne vermelha?	Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	14	6.5	8	3.7	5	2.3	0.341
	5 a 6 dias por semana	13	6.0	11	5.1	1	0.5	
	3 a 4 dias por semana	25	11.6	21	9.8	2	0.9	
	1 a 2 dias por semana	15	7.0	11	5.1	4	1.9	
	Quase nunca	4	1.9	4	1.9	2	0.9	
	Nunca	2	0.9	1	0.5	2	0.9	
Quando o (a) sr (a) come carne vermelha como o (a) sr (a) costuma comer?	Tirar sempre o excesso de gordura	56	26	42	19.5	9	4.2	0.231
	Comer com a gordura	7	3.3	6	2.8	2	0.9	
	Tirar às vezes	5	2.3	5	2.3	1	0.5	
	Não se aplica	5	2.3	3	1.4	4	1.9	

		Alimentação por Idade (anos)						p
		60-69		70-79		80-93		
		N	% Total	N	% Total	N	% Total	
Em quantos dias da semana o (a) sr (a) costuma comer carne branca?	Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	5	2.3	3	1.4	5	2.3	0.020
	5 a 6 dias por semana	17	7.9	7	3.3	3	1.4	
	3 a 4 dias por semana	15	7.0	24	11.2	1	0.5	
Em quantos dias da semana o (a) sr (a) costuma comer carne branca?	1 a 2 dias por semana	30	14.0	20	9.3	5	2.3	0.020
	Quase nunca	5	2.3	2	0.9	0	0.0	
	Nunca	1	0.5	0	0.0	2	0.9	
Quando o (a) sr (a) come carne branca como o (a) sr (a) costuma comer?	Tirar sempre a pele/couro	58	40	43	29.7	13	9.0	0.841
	Tirar às vezes a pele/couro	5	3.4	7	4.8	0	0.0	
	Comer com a pele/couro	5	3.4	4	2.8	1	0.7	
	Não se aplica	5	3.4	2	1.4	2	1.4	
Em quantos dias da semana o (a) sr (a) costuma tomar suco de frutas in natura?	Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	10	6.9	12	8.3	0	0.0	0.197
	5 a 6 dias por semana	4	2.8	4	2.8	3	2.1	
	3 a 4 dias por semana	13	9.0	6	4.1	2	1.4	
	1 a 2 dias por semana	11	7.6	13	9.0	5	3.4	
	Quase nunca	25	17.2	15	10.3	3	2.1	
	Nunca	10	6.9	6	15.2	3	4.8	
O sr (a) costuma adicionar açúcar no suco de frutas natural?	Sim	25	17.2	22	15.2	7	4.8	0.449
	Não	16	11.0	14	9.7	4	2.8	
	Não se aplica	32	22.1	20	13.8	5	3.4	
Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frutas?	Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	53	36.6	41	28.3	11	7.6	0.232
	5 a 6 dias por semana	8	5.5	5	3.4	2	1.4	
	3 a 4 dias por semana	9	6.2	6	4.1	1	.7	
	1 a 2 dias por semana	2	1.4	1	0.7	2	1.4	
	Quase nunca	0	0.0	3	2.1	0	0.0	
	Nunca	1	0.7	0	0.0	0	0.0	
Em um dia comum quantas vezes o (a) sr (a) come frutas?	3 ou mais vezes ao dia	20	13.8	12	8.3	6	4.1	0.036
	2 vezes ao dia	34	23.4	29	20.0	7	4.8	
	1 vez ao dia	18	12.4	13	9.0	3	2.1	
	Não se aplica	1	0.7	2	1.4	0	0.0	
Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?	Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	2	1.4	3	2.1	0	0.0	0.345
	5 a 6 dias por semana	1	0.7	3	2.1	0	0.0	
	3 a 4 dias por semana	4	2.8	5	3.4	0	0.0	
	1 a 2 dias por semana	19	13.1	9	6.2	6	4.1	
	Quase nunca	29	20.0	17	11.7	6	4.1	
	Nunca	18	12.4	19	13.1	4	2.8	

Continuação da tabela 04

		Alimentação por Idade (anos)						p
		60-69		70-79		80-93		
		N	% Total	N	% Total	N	% Total	
De que tipo de refrigerante ou suco artificial?	Normal	28	22.6	15	12.1	7	5.6	0.456
	Diet/Light/Zero	4	3.2	6	4.8	0	0.0	
	Não sabe/não lembra	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	Não se aplica	38	30.6	24	19.4	2	1.6	
Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma tomar leite ou derivados?	Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	46	31.7	38	26.2	15	10.3	0.590
	5 a 6 dias por semana	3	2.1	2	1.4	1	0.7	
	3 a 4 dias por semana	11	7.6	5	3.4	0	0.0	
	1 a 2 dias por semana	5	3.4	3	2.1	0	0.0	
	Quase nunca	5	3.4	7	4.8	0	0.0	
	Nunca	3	2.1	1	0.7	0	0.0	
Quando o sr (a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?	Integral	29	20.3	29	20.3	9	6.3	1.00
	Semidesnatado	13	9.1	4	2.8	0	0.0	
	Desnatado	12	8.4	10	7.0	7	4.9	
	Soja	2	1.4	1	0.7	0	0.0	
	Vaca	1	0.7	3	2.1	0	0.0	
	Sem lactose	4	2.8	0	0.0	0	0.0	
	Todos	2	1.4	3	2.1	0	0.0	
	Derivados (queijo, iogurte, requeijão, coalhada)	2	1.4	0	0.0	0	0.0	
	Não sabe/ não lembra	2	2.1	0	0.7	0	0.0	
Não se aplica	3	2.1	3	2.1	0	0.0		
Com que frequência o sr (a) come doces?	Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	12	8.3	8	5.5	3	2.1	0.023
	5 a 6 dias por semana	6	4.1	1	0.7	0	0.0	
	3 a 4 dias por semana	12	8.3	3	2.1	1	.7	
	1 a 2 dias por semana	26	17.9	18	12.4	6	4.1	
	Quase nunca	14	9.7	19	13.1	5	3.4	
	Nunca	3	2.1	7	4.8	1	0.7	

Ao entendermos a frequência, e a porcentagem total de idosos e o que consomem, e a quantidade de alimentos consumidos, como: feijão, verdura crua ou salada, o número de refeições em que eles consomem essas verduras cruas e cozidas, carne vermelha, carne branca, suco de frutas in Natura ou não, frutas, leite, açúcar ou doces.

Pensamos em calcular além da qualidade do alimento consumido, o número de vezes por semana, e ainda a forma de consumir. Para tais estatísticas, calculamos de forma não paramétrica, pois os valores observados e esperados nas categorias, considerando a hipótese nula (não diferenças entre os grupos, por qualidade e quantidade de alimentos) não foram encontrados, e nesse item não atenderam aos

padrões de homogeneidade e normalidade. O que já era esperado, uma vez que temos muitas divisões por variável.

Nos valores em que as estatísticas foram obedecidas, encontramos resultados coerentes com o melhor processo de envelhecimento. Portanto, entre os grupos obtivemos significância, nas seguintes variáveis: dias da semana e o consumo de verduras cruas ou saladas ($p=0.035$); o tipo de verdura crua em qual refeição ($p=0.018$); o número de dias em que se costuma comer pelo menos um tipo de verdura cozida ($p=0.009$); quantos dias da semanas x carne branca ($p=0.020$); número de frutas que consome ($p=0.036$), todos os valores menores que 0.05. O que fortalece a hipótese de que o consumo e a quantidades desses alimentos não ocorreram entre os grupos e suas proporções, ao acaso, e sim por apresentarem uma relação de dependência entre idade e alimentos consumidos.

Ao conferir a tabela 4, pela frequência e a porcentagem total em todos os grupos de idosos o alimento feijão é consumido por eles, todos os dias da semana. Assim como, costumam comer pelo menos um tipo de verdura crua ou salada todos os dias em todos os grupos, com maior frequência e porcentagem. Um dado interessante é que esses alimentos crus são mais consumidos no almoço, nas três faixas etárias de 60 a 93 anos. Os alimentos cozidos, como no caso, as verduras também aparecem nas afirmações dos idosos como presentes em suas refeições todos os dias da semana, inclusive aos sábados e domingos.

Ao se medir o consumo do alimento carne, as carnes branca e vermelha, percebe-se que os idosos ingerem de forma igual carnes brancas e vermelha (3 a 4 dias por semana). Contudo, um dado que apontam que retiram da mesma forma a pele e o couro.

Quantas frutas na alimentação, percebemos que os idosos quase não consomem suco natural. Contudo, afirmam consumir a maior parte deles, todos os dias da semana algum tipo de fruta. E o grupo dos idosos acima de 70 anos consome suco de frutas, geralmente com açúcar. O açúcar também aparece nos doces, com uma frequência de uma duas vezes por semana. Sendo o consumo feito pela maioria, ou seja, pelos idosos mais novos (60-69) anos e mais velos, maiores de 80.

O consumo do alimento leite, ocorre na forma integral, e considera-se mais saudável para os três grupos de idosos, com uma ingestão em todos os dias da semana.

Tabela 05. Relações entre o teste de rastreio cognitivo MEEM e a frequência entre classes de idade, correlação estatística dentro dos grupos da amostra geral dos idosos autônomos

		Cognição por Idade (anos)									p
		60-69			70-79			80-91			
		N	%	% Total	N	%	% Total	N	%	% Total	
Pontuação pelo somatório dos itens do Mini Exame do estado Mental - por meio da versão padronizada para a população brasileira 3M	7	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	1	100	0.46	0.035
	14	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	1	100	0.46	
	18	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	2	100	0.92	
	19	0	0.00	0.00	1	100	0.46	0	0.00	0.00	
	20	0	0.00	0.00	1	100	0.46	0	0.00	0.00	
	21	3	100	1.38	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	
	22	3	42.86	1.38	3	42.86	1.38	1	14.29	0.46	
	23	2	22.22	0.92	5	55.56	2.29	2	22.22	0.92	
	24	10	62.50	4.59	4	25.00	1.83	2	12.50	0.92	
	25	14	60.87	6.42	9	39.13	4.13	0	0.00	0.00	
	26	6	46.15	2.75	6	46.15	2.75	1	7.69	0.46	
	27	5	62.50	2.29	3	37.50	1.38	0	0.00	0.00	
	28	10	62.50	4.59	6	37.50	2.75	0	0.00	0.00	
	29	11	57.89	5.05	7	36.84	3.21	1	5.26	0.46	
30	11	64.71	5.05	6	35.29	2.75	0	0.00	0.00		
34	0	0.00	0.00	1	100	0.46	0	0.00	0.00		
Perdidos	38	49.35	17.43	30	38.96	13.76	9	11.69	4.13		
Escala de Depressão Yassavage	Sem depressão	20	50.00	9.17	16	40.00	7.34	4	10.00	1.83	0.0156
	Depressão leve	43	50.00	19.72	34	39.53	15.60	9	10.47	4.13	
	Depressão moderada	1	16.67	0.46	5	83.33	2.29	0	0.00	0.00	
	Depressão grave	11	73.33	5.05	3	20.00	1.38	1	6.67	0.46	
	Perdidos	38	55.88	17.43	24	35.29	11.01	6	8.82	2.75	

Durante avaliação do mini exame do estado mental, percebe-se pela frequência, percentagem acumulada, assim como o total em toda amostra, que os pacientes com idades no intervalo de 60 e 69 anos apresentam desempenho cognitivo melhor do que o de 70 a 79, e de forma sucessiva melhor do que a pontuação acumulada dos de 80 a 93 anos de idade. O fato do declínio cognitivo acontecer com aumento de idade, justifica tal avaliação assim temos catorze sujeito com idade entre 60 e 69 anos, com a maior moda, ou seja, pontuação de 25 pontos. Outro grupo, no mesmo intervalo de idade, que deve ser considerado são os que apresentam as maiores pontuações de 27, 28, 29 e 30 pontos com uma frequência de 10 a 11 sujeitos, nas pontuações acumuladas.

Quanto escala de depressão, os três grupos a maior frequência, percentagem acumulada, e porcentagem total está classificado no modelo de depressão leve. O que significa que os idosos apresentam, em todas as idades descritas (intervalos), sintomas leves de depressão.

As significâncias do modelo de saúde mental, apresentam que quanto maior a idade, pior o desempenho cognitivo e que existe um aumento dos sintomas depressivos, de forma bastante expressiva ($p=0.035$ e $p=0.0136$, todos os $p < 0.005$).

Para finalizar, otimizamos com o modelo de regressão multifatorial a fim de verificar quais as variáveis, poderiam justificar as correlações encontradas entre alimentos de risco e proteção e desempenho cognitivo assim como alguns sintomas emocionais da depressão.

Tabela 06. Informações variáveis contínuas para o modelo de regressão multifatorial e generalizado

		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Variável dependente	Classificação por idade	145	1	3	1,61	.080
	Pontuação dos itens no Mini Exame do estado Mental - por meio da versão padronizada para a população brasileira 3M	145	7	8888	1003,81	2786,284
Covariável						
Deslocamento	Classificação da Depressão >5 pontos	145	0	8888	986,69	2792,332
Ponderação de escala	Classificação com sexo, idade e escolaridade para a população brasileira	145	7	8888	1003,81	2786,284

A tabela 06 agrupa os dados dos estudos sobre os aspectos psicológicos, cognição e sintomas depressivos. As variáveis que tiveram p significativo obtiveram relação, lembrando que todos são medidas não paramétricas. E as variáveis dependentes (tabela 06) entraram no modelo por apresentarem correlações altas.

Tabela 07. Teste de Omnibus^a para o modelo de regressão generalizada

Qui-quadrado da razão de verossimilhança	df	Sig.
48,991	20	.000

Variável dependente: Classificação das idades; Model: (Ordenada na origem), CRU, COZIDO, CARNBRANC, FRUTAS, deslocamento = DEPRESSAO_Classificação

a. Compara o modelo ajustado com o modelo apenas de ordenada na origem.

Tabela 08. Testes de efeitos de modelo

Fonte	Tipo III		
	Qui-quadrado de Wald	df	Sig.
(Ordenada na origem)	.046	1	.031
CRU	26.854	5	.000
COZIDO	16.087	5	.007
CARNBRANC	27.114	5	.000
FRUTAS	.266	5	.998

Variável dependente: Classificação por idade Model: (Ordenada na origem), CRU, COZIDO, CARNBRANC, FRUTAS, deslocamento = DEPRESSAO_Classificação

As tabelas 07 e 08 apresentam as estatísticas inferencial para as médias de ingestão de alimentos, utilizando as categorias de desempenho cognitivo, no modelo proposto identificamos, quem influenciou (variáveis), e o que essa possível relação nos diz sobre alimentos de proteção alimentar contra os fatores contrários. Ao utilizarmos os modelos de direção (ordenado por escolha não aleatório), encontramos que dentro dos grupos de variáveis significativas, a estatística de Wald, não paramétrica, os dados usados foram apenas aqueles que apresentam dentro grupos escores significativos. A partir de então, escolhemos o modelo de tipo 03, e os dados apontam que contribuem para a alimentação saudável nos idosos a ingestão de maior quantidade de alimentos crus, cozidos e carne branca. E que essas variáveis são responsáveis na nossa amostra por uma melhora cognitiva e um rebaixamento de sintomas depressivos.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo apresentou relação significativa entre a escolaridade e a cognição, sendo esse fator determinante para proteção de déficit cognitivo. Essa informação corrobora com os dados encontrados na literatura, em que idosos com baixa escolaridade possuem menor função cognitiva (BOTTINO et al., 2008; SCAZUFCA et al., 2008; WILSON et al., 2009). O grau de escolaridade interfere na escolha alimentar, em que o menor nível de instrução acarreta em um consumo superior de batata, pão branco, produtos de panificação e salgadinhos. Alimentos esses que estão associados a um maior déficit cognitivo (PARROTT et al., 2013).

A escolaridade apresentada no estudo com maioria com ensino médio completo e ensino superior completo pode-se refletir no acesso e aquisição com mais variedade (ARANCETA et al., 2003). Sendo observado aumento de consumo de frutas e vegetais de acordo com a idade e escolaridade (FIGUEIREDO et al., 2008). Compreende-se que a maior escolaridade acarreta ao maior acesso a informações que interferem na escolha de alimentos de melhor qualidade.

A maior frequência no consumo de frutas e hortaliças apresentada no estudo, relatada pelos idosos que em sua grande maioria consumia todos os dias, está associada a uma melhor função cognitiva. E inversamente, o hábito de consumir carnes gordurosas está relacionado à pior função cognitiva (PARROTT et al. 2013; PASTOR-VALERO et al., 2014). Nesse sentido, o consumo de frutas e verduras são considerados indicadores de hábitos alimentares saudáveis e podem promover proteção à função cognitiva (BERNSTEIN; FRANKLIN; MUNOZ, 2012; TORRES et al., 2012). Portanto, o incentivo ao consumo regular de frutas, hortaliças e peixes, em atendimento à recomendação do Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) e OMS (≥ 5 porções ao dia), pode ser uma estratégia viável em políticas públicas para a preservação da cognição no envelhecimento.

Os benefícios desses alimentos estão associados aos componentes antioxidantes (PASTOR-VALERO et al., 2014), como a vitaminas E e C, presentes em frutas e hortaliças (LOEF; WALACH, 2012; MORRIS et al., 2006). Além disso, os vegetais são fontes de ácido fólico, que é um componente essencial no metabolismo da homocisteína, contribuindo para a integridade da função cognitiva (DONINI et al., 2007; MORRIS, 2012).

O alto consumo de açúcar de adição ao suco relatado pelos idosos, pode associar-se à questão sensorial. Com o envelhecimento, há uma diminuição da sensibilidade das papilas gustativas (SANTOS et al., 2010) e o indivíduo costuma

associar a vontade de comer determinado alimento pelo sabor e odor do mesmo, independentemente da situação econômica ou disponibilidade (FURST et al., 1996).

A informação que os idosos entrevistados consomem carne vermelha na mesma proporção que a carne branca, traz junto uma informação importante, que é a retirada de gorduras e peles, respectivamente. Essa informação se contrapõe aos dados trazidos pelo VIGITEL, que 20% dos entrevistados com 65 anos ou mais consumiam carnes gordurosas regularmente (MS, 2014). É possível supor que os escores altos nos idosos do estudo, podem relacionar a proteção da cognição destes com o baixo consumo de carnes gordurosas.

No presente estudo observa-se o baixo índice de idoso com depressão leve e ausência de depressão. O que pode-se associar a estudos que relatam que a ingestão elevada de frutas e nozes, vegetais, peixes, legumes e cereais, tem apresentado um padrão dietético inversamente associado à depressão (RIENKS et al., 2003).

7 CONCLUSÃO

Conclui-se que neste estudo a alimentação protetora teve influência na cognição e depressão em idosos autônomos.

Observou-se que os idosos do estudo apresentaram consumo alimentar adequado, com baixo consumo de industrializados, açúcares e carnes com gorduras. Com alto consumo de frutas, verduras e carnes brancas. Apresentando escores positivos, que demonstra que os idosos estão com ótimo desempenho cognitivo e baixo índice de depressão.

Percebe-se que o consumo de frutas, verduras e legumes são protetores, possuindo relação com a redução e presença do déficit cognitivo em idosos. Os idosos do estudo apresentam escores em sua maioria acima de 25 para o MMEM (o que não apresentou deficit cognitivos), o que demonstra a forte relação com os alimentos que consomem. E nos índices de depressão, que está leve ou não chegam a apresentar sinais de depressão em grande parte da amostra.

O uso de escalas subjetivas, e relatos de experiência, assim como a metodologia de oficinas educativas em saúde e saúde mental com idosos, reafirmam que o trabalho de áreas interdisciplinares, que buscam estabelecer relações entre as áreas, que pode ser feita com o uso de conceitos e metodologias embasadas em teorias de saúde pública e coletiva. Ainda que incipiente o diálogo produzido, com princípios contemporâneos da promoção da saúde, contribui sobretudo no que se refere à operacionalização de indicadores para a avaliação.

Sugere-se a continuação do estudo, visando compreender o papel das vitaminas e minerais na promoção da neuro proteção em idosos.

REFERÊNCIAS

- ARANCETA, J.; PÉREZ-RODRIGO, C.; RIBAS, L.; SERRA-MAJEM, L.I. Determinantes sociodemográficos e de estilo de vida de padrões alimentares em crianças e adolescentes espanhóis. **Jornal Americano de Nutrição Clínica**, Maryland, v.57, n.1, p.40-44, 2003.
- BARBOSA, M. **A importância da alimentação saudável ao longo da vida refletindo na saúde do idoso**. Departamento de Ciências da Vida. Pós-graduação *Lato Sensu* em Nutrição Clínica. Universidade Regional do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul, 2012.
- BERTI, V; MURRAY, J; DAVIES, M; SPECTOR, N; TSUI, W.H; LI, Y; WILLIAMS, S; PIRRAGLIA, E; VALLABHAJOSULA, E; MCHUGH, P. PUPI, A; DE LEON, M.J; MOSCONI, L. Padrões nutricionais e biomarcadores cerebrais da doença de Alzheimer em indivíduos cognitivamente normais. **Jornal de Nutrição, Saúde e Envelhecimento**, v.19, n.4, p. 413–423, 2015.
- BOTELHO, M. Idade avançada – características biológicas e multimorbidades. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v.23, n.2, p.159-174, 2007.
- BOTTINO, C. M. C.; AZEVEDO, D.; TATSCH, M; HOTOTIAN, S.R; MOSCOSO, M.A; FOLQUITTO, J; SCALCO, A.Z; BAZZARELLA, M.C; LOPES, M.A; LITVOC, J. Estimativa da prevalência de demência em uma comunidade em São Paulo, Brasil. **Ciencia e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 291-299, 2008.
- BRASIL. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Diário Oficial da União. Brasília. 3 de outubro de 2003. Seção 1.
- BRASIL. Portaria nº 2.528 de 2006. **Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa**. Ministério da Saúde. Brasília. 19 de outubro de 2006.
- BRITO, F.C.; LITVOC, C.J. **Envelhecimento – prevenção e promoção de saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004. 16 p.
- CAMPOLINA, A.G; ADAMI, F; SANTOS, J.L.F; LEBRÃO, M.L. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.1217-1229, 2013.
- CASTILHO, A.R.F. **Envelhecimento ativo/envelhecimento saudável: opinião dos idosos do Concelho de Viana do Castelo**. 2010. 106 f. Monografia (Licenciatura em enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima, Portugal, 2010.
- DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo v.43. n. 5. p.796-805. 2009.
- DUNLOP, D. D.; MANHEIM, L. M.; SOHN, M.; LUI, X.; CHANG, R. W. Incidência de limitação funcional em adultos mais velhos: o impacto da raça de gênero e condições crônicas. **Arquivos de Medicina Física e Reabilitação**, v.83, n.7, p.964-71, 2002.

FECHINE. B. R. A; TROMPIERI. N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**, Rio de Janeiro, e.20, v.1, n.7, p.106 – 194, 2012.

FIGUEIREDO, I. C. R.; JAIME, P. C.; MONTEIRO, C. A. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.5, p.777-785, 2008.

FURST, T.; CONNORS, M.; BISOGNI, C. A.; SOBAL, J.; FALK, L. W. Food choice: a conceptual model of the process. **Appetite**, v.26, n.3, p.247-266, 1996.

HOLZ, A.W; NUNES, B.P; THUMÉ, E; LANGE, C; FACCHINI, L.A. Prevalência de déficit cognitivo e fatores associados entre idosos de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro v.16, n.4, p.880-888, 2013.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2015**. Coordenação de População e Indicadores Sociais. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.. Rio de Janeiro. p.137, 2015.

KIM, S. H.; KIM, J. S.; CHOI, J. Y.; LEE, K. Y.; PARK, T. J; LEE, J. H. Fatores associados ao sintoma depressivo. **Biomed Central – Geriatria**, Londres, v.16, n.9, p.9-10, 2016.

KOUKOULI. S.; VLACHONIKOLIS. I. G.; PHILALITHIS. A. Socio-demographic factors and self-reported functional status the significance of social support. **Biomed Central- Pesquisa de serviços de saúde**, Londres, v. 2, n.1, p.20, 2002.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S.; GIATTI, L.; UCHOA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.745-757, 2003.

LIRA. M; SANTOS. L.C.C.S. Correlação entre função cognitiva e capacidade funcional nos indivíduos com doença de Alzheimer. **CCBS - Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbio do Desenvolvimento de São Paulo**, São Paulo v.12, n 2, p 36-45, 2012.

MARIA FÁTIMA GARCIA DE MENEZES, M. F. G.; TAVARES, E. L.; SANTOS, D. M.; TARGUETA, C. L.; PRADO, S. D. Alimentação saudável na experiência de idosos. **Revista Brasileira. Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.267-275, 2010.

MS. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Ministério da saúde: Brasília (DF), 2012.

MS. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Ministério da saúde. Brasília, 2006.

MS. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Ministério da saúde. Brasília, 2014

MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde**. Ministério da Saúde: Brasília, 2009.

MS. **Vigilância de Fatores de risco e proteção para Doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL)**: estimativas sobre frequência e distribuição sócio demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas de nas capitais de dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2013. Brasília: Ministério da Saúde. p.164, 2014.

MS. **Vigilância de Fatores de risco e proteção para Doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL)**: estimativas sobre frequência e distribuição sócio demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas de nas capitais de dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2015. Brasília: Ministério da Saúde. p.173, 2015.

NERI, A.L.; FREIRE, S.A. **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papyrus, p. 21-32, 2000.

OLIVEIRA. P.H. **Características sócio demográficas, déficit cognitivo e capacidade funcional de idosos institucionalizados de Cuiabá. MT**. 2010, 117 f. Tese (Mestrado.na Fiocruz) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Cuiabá, 2010.

OMS. Envelhecimento e saúde. **55ª Assembleia Mundial da Saúde**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2002.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 918-23, 2005.

PARROTT, M.D; SHATENSTEIN, B; FERLAND, G; PAYETTE, H; MORAIS, J.A; BELLEVILLE, S; KERGOAT, M.J; GAUDREAU, P; GREENWOOD, C. E. O relacionamento entre a qualidade da dieta e a cognição depende da posição socioeconômica em idosos saudáveis. **Jornal de Nutrição**, Maryland, v.143, n.11, p.1767–1773, 2013.

PASTOR-VALERO, M.; VIEBIG, R. F.; MENEZES, P. R.; SILVA, S. A.; VALLADA, H.; SCAZUFCA, M. As recomendações da educação e da OMS para a ingestão de frutas e vegetais estão associadas a uma melhor função cognitiva em uma população idosa brasileira desfavorecida: um estudo transversal de base populacional. **Jornal Informativo Plos One**, São Paulo v.9, n.4, p.1-11, 2014.

RECHEL, B.; GRUNDY, E.; ROBINE, J. M.; CYLUS, J.; MACKENBACH, J. P.; KNAI, C. **Envelhecimento na União Europeia**. Londres: The Lancet, 2013. 10 p.

Rienks, J.; Dobson, A.J.; Mishra, G.D. Padrão dietético mediterrâneo e prevalência e incidência de sintomas depressivos em mulheres de meia idade: resultados de um grande estudo prospectivo baseado na comunidade. **Jornal Nutrição Clínica**, Maryland, n.67, p.75-82, 2003.

RODRIGUES, R.A.P.; KUSUMOTA, L.; MARQUES, S.; FABRICIO, S.C.C.; CRUZ, I.R.; LANGE, C. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a contribuição da enfermagem. **Contexto enfermagem**, 2007. 9 p.

SANTOS, M.L.; SANTOS, A.C.O.; MACHADO, M.M.O.; LEITE, E.M. **Envelhecimento e alterações do estado nutricional**. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Envelhecimento e Nutrição (2010). Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume4-numero3/artigo08.pdf>>. Acesso em: 12 jun 2017.

SCAZUFCA, M; MENEZES, P.R; ARAYA, R; DI RIENZO, V.D; ALMEIDA, O.P; GUNNELL, D; LAWLOR, D.A. Fatores de risco em todo o curso de vida e demência em uma população brasileira: resultados do Estudo de São Paulo sobre Envelhecimento e Saúde (SPAH). **Jornal Internacional de Epidemiologia**, v. 37, n.4, p. 879-890, 2008.

SCHMIDT, M.I; DUNCAN. B.B; SILVA, G.A; MENEZES, A.M; MONTEIRO, C.A; BARRETO, S.M; CHOR, D; MENEZES, P.R. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. Londres: The Lancet, 2011, 13 p.

SHEPHARD, R. J. **Envelhecimento, atividade física e saúde**. São Paulo: Phorte, 2003. 496p.

VALLE. E. A.; CASTRO-COSTA. E.; FIRMO. J. O. P.; UCHOA. E.; LIMA-COSTA. M. F. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no mini- exame do estado mental entre idosos: Projeto Bambuí. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.4, p.918-926, 2009.

VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso International. *Experiences and Trends in Health Care Models for the Elderly*. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 231-238, 2012.

VILA CP. SILVA MEM. SIMAS JPN. GUIMARÃES ACA. PARCIAS S. R. Aptidão funcional de nível de atenção em idosos praticantes de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.355-364, 2013.

WILSON, R.S; HEBERT, L.E; SCHERR, P.A; BARNES, L.L; MENDES DE LEON, C.F; EVANS, D.A. Nível educacional e declínio cognitivo na velhice. **Jornal de Neurologia**, v.72, p. 460-465, 2009.

ANEXOS

ANEXO A – Formulários

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE		Data: / /
IDENTIFICAÇÃO		CODIGOS
1. Nome do entrevistador:		ENTRV
2. Nome do participante:		PTC
3. Local:		LOCAL
4. Gênero:		
<input type="checkbox"/> Feminino		SEXO
<input type="checkbox"/> Masculino		
5. Cor da pele:		
<input type="checkbox"/> Branca		CORPELE
<input type="checkbox"/> Preta		
<input type="checkbox"/> Parda		
<input type="checkbox"/> Amarela		
<input type="checkbox"/> Indígena		
6. Qual a data de nascimento do(a) sr(a)? ____/____/____		DN
7. Qual o estado civil do(a) sr(a) atualmente?		
<input type="checkbox"/> Casado		ESTCIVIL
<input type="checkbox"/> Divorciado		
<input type="checkbox"/> Separado/desquitado		
<input type="checkbox"/> Solteiro		
<input type="checkbox"/> Viúvo		
8. Em qual cidade o(a) sr(a) mora atualmente?		
<input type="checkbox"/> Goiânia		CIDADE
<input type="checkbox"/> Aparecida de Goiânia		
<input type="checkbox"/> Anápolis		
<input type="checkbox"/> Bela Vista		
<input type="checkbox"/> Senador Canedo		
<input type="checkbox"/> Trindade		
<input type="checkbox"/> Outro. Qual?		
9. Com quem o(a) sr(a) vive?		
<input type="checkbox"/> Cônjuge		COMPANHIA
<input type="checkbox"/> Filhos(as)		
<input type="checkbox"/> Irmãos(ãs)		
<input type="checkbox"/> Netos(as)		
<input type="checkbox"/> Nora/genro		
<input type="checkbox"/> Pais		
<input type="checkbox"/> Sozinho(a)		
<input type="checkbox"/> Outro. Quem?		
10. O sr(a) cuida atualmente de alguém?		
<input type="checkbox"/> Não (<i>pujar para questão 11</i>)		CUIDA
<input type="checkbox"/> Sim (diariamente)		
<input type="checkbox"/> Sim (2 a 3 vezes por semana)		
<input type="checkbox"/> Sim (esporadicamente)		
11. De quem o(a) sr(a) cuida?		
<input type="checkbox"/> Pai/mãe		QUEM
<input type="checkbox"/> Filho(a)		
<input type="checkbox"/> Neto(a)		
<input type="checkbox"/> Cônjuge		
<input type="checkbox"/> Outro. Quem?		
12. Medida da pressão arterial (medir no MSD)		
Pasentada(1): x mmHg		PAS
CONDIÇÕES		
13. Atualmente o(a) sr(a) consegue ler e/ou escrever?		
<input type="checkbox"/> Não		LERESC
<input type="checkbox"/> Escreve		
<input type="checkbox"/> Lê		
14. Qual o nível de escolaridade do(a) sr(a)?		
<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto		

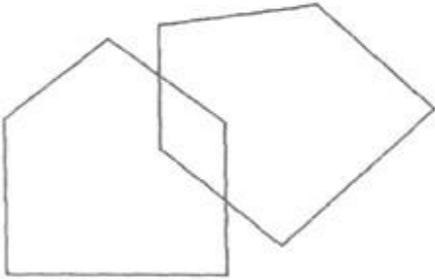
	Ensino fundamental completo	NÍVELESC
	Ensino médio incompleto	
	Ensino médio completo	
	Nível superior incompleto	
	Nível superior completo	
	Especialização	
	Mestrado	
	Doutorado	
	Pós-doutorado	
15. Qual sua ocupação atual?		
	Aposentado	OCUPAÇÃO
	Outra. Qual?	
16. Qual sua fonte da renda?		
	Aposentadoria/Pensão	FONTE
	Programa de Benefício Social	
	Trabalho com carteira assinada	
	Trabalho sem carteira assinada	
17. Qual sua renda familiar?		
	até 1 SM	RENDA
	1-3 SM	
	3-5 SM	
	5-10 SM	
	Mais de 10 SM	
CONDIÇÕES GERAIS DE		
18. O(a) sr(a) possui algum problema cardiovascular?		
	HAS	CARDIO
	Dislipidemia	
	Outro. Qual?	
19. O(a) sr(a) possui algum problema no trato gastrointestinal?		
	Refluxo GastroEsofágico	TGI
	Gastrite/úlcera	
	Outro. Qual?	
20. O(a) sr(a) possui algum problema respiratório?		
	Asma	RESPI
	DPOC	
	Outro. Qual?	
21. O(a) sr(a) possui algum problema visual?		
	Cataratas	VISUAL
	Dificuldades de visão	
	Outro. Qual?	
22. O(a) sr(a) possui alguma doença oncológica?		
	Não	ONCO
	Sim. Há quanto tempo? _____ Onde?	TEMPO
		ONDE
23. O(a) sr(a) possui algum problema reumático ou osteomuscular?		
	Osteoartrose	REUMAT
	Osteoporose	
	Outro. Qual?	
24. O(a) sr(a) possui algum problema endócrino?		
	Diabetes	ENDOCRINO
	Hipotireoidismo	
	Hipertireoidismo	
	Outro. Qual?	
25. O(a) sr(a) possui algum problema do Sistema Nervoso Central?		
	Depressão	SNS
	Ansiedade	
	Alzheimer	
	Parkinson	
	Epilepsia	
	Outro. Qual?	
26. O(a) sr(a) esteve internado no último ano (2014)?		

	Não				INTERNAÇ
	Sim. Quantas vezes? _____ Motivo:				VEZES
					MOTIVO
27. O(a) sr(a) toma atualmente alguma medicação todo dia?					
	Não				MEDICAÇ
	Sim. Para que?				PARAQ
28. O(a) sr(a) consegue ver? (com óculos se usar)					
	Não vê nada				VER
	Com dificuldade				
	Sim				
29. O(a) sr(a) consegue ouvir? (com prótese auditiva se usar)					
	Não ouve nada				OUVIR
	Com dificuldade				
	Sim				
30. O(a) sr(a) tem dificuldade em se fazer entender devido a problemas com a sua fala?					
	Dificuldade considerável com todas as pessoas				ENTENDER
	Não tem dificuldade				
	Dificuldade com algumas pessoas				
31. De uma forma geral o(a) sr(a) diria que a sua saúde é:					
	Excelente				PERCEPÇSAUDE
	Muito boa				
	Boa				
	Razoável				
	Fraca				
	Muito fraca				
32. Em comparação com outras pessoas da mesma idade como o(a) sr(a) considera que sua saúde é:					
	Pior				COMPARASAUDE
	Não sabe				
	Igual				
	Melhor				
33. Medida da pressão arterial (medir no MSD)					
	Pasentada2: x mmHg				PAS
Observações não verbais e pertinentes					
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL					
					Data: / /
CODIGOS					
1. Nome do entrevistador:					ENTRV
2. Nome do participante:					PTC
DADOS ANTROPOMÉTRICOS					
3. Peso		4. Altura			PESO ,
Circunferência	5. Cintura				ALT ,
	6. Braquial				CC ,
	7. Panturrilha				CB ,
Dobras Cutâneas	8. Tricipital				CP ,
	9. Bicipital				DCT ,
	10. Subescapular				DCB ,
	11. Suprailíaca				DCSI ,
					DCSE ,
CONSUMO ALIMENTAR¹					
12. Quais refeições o(a) sr(a) costuma fazer?					
	Café da manhã				COMIDA
	Colação				
	Almoço				
	Lanche				
	Jantar				
	Ceia				

13. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer feijão?		
1 a 2 dias por semana	FEIJÃO	
3 a 4 dias por semana		
5 a 6 dias por semana		
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)		
Quase nunca		
Nunca		
14. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura cru e/ou legume cru e/ou salada?		
1 a 2 dias por semana	VERDUCRU	
3 a 4 dias por semana		
5 a 6 dias por semana		
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)		
Quase nunca (<i>pule para a questão 16</i>)		
Nunca (<i>pule para a questão</i>)		
15. Num dia comum, o(a) sr(a) come este tipo de salada quantas vezes no dia?		
Almoço (1 vez ao dia)	VERDUCRUEZ	
Jantar		
Lanche		
Almoço e no jantar (2 vezes ao dia)		
16. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer verdura cozida e/ou legume cozido junto com a comida e/ou na sopa e/ou separado?		
1 a 2 dias por semana	VERDUCOZ	
3 a 4 dias por semana		
5 a 6 dias por semana		
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)		
Quase nunca (<i>pule para a questão 18</i>)		
Nunca (<i>pule para a questão</i>)		
17. Num dia comum, o(a) sr(a) come verdura cozida e/ou legume cozido quantas vezes no dia?		
Almoço (1 vez ao dia)	VERDUCOZVEZ	
Jantar		
Lanche		
Almoço e no jantar (2 vezes ao dia)		
18. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer carne vermelha?		
1 a 2 dias por semana	CARNEVERME	
3 a 4 dias por semana		
5 a 6 dias por semana		
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)		
Quase nunca (<i>pule para a questão 20</i>)		
Nunca (<i>pule para a questão</i>)		
19. Quando o(a) sr(a) come carne vermelha como o(a) sr(a) costuma comer?		
Tirar sempre o excesso de gordura	CARNEVERMEGOR 	
Tirar às vezes o excesso de gordura		
Comer com a gordura		
20. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer carne branca?		
1 a 2 dias por semana	CARNEBRAN	
3 a 4 dias por semana		
5 a 6 dias por semana		
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)		
Quase nunca (<i>pule para a questão 22</i>)		
Nunca (<i>pule para a questão</i>)		
21. Quando o(a) sr(a) come carne branca como o(a) sr(a) costuma comer?		
Tirar sempre a pele/couro	CARNEBRANGOR 	
Tirar às vezes a pele/couro		
Comer com a pele/couro		
22. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar suco de frutas natural?		
1 a 2 dias por semana	SUCONAT	
3 a 4 dias por semana		
5 a 6 dias por semana		
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)		
Quase nunca (<i>pule para a questão 25</i>)		
Nunca (<i>pule para a questão</i>)		

23. Num dia comum, quantas copos o(a) sr(a) toma de suco de frutas natural?		
1		SUCONATQ
2		
3 ou mais		
24. O sr(a) costuma adicionar açúcar no suco de frutas natural?		
Sim		SUCONATDOCE
Não		
25. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frutas?		
1 a 2 dias por semana		FRUTA
3 a 4 dias por semana		
5 a 6 dias por semana		
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)		
Quase nunca (<i>pule para a questão 27</i>)		
Nunca (<i>pule para a questão</i>)		
26. Num dia comum, quantas vezes o(a) sr(a) come frutas?		
1 vez ao dia		FRUTAFREQ
2 vezes ao dia		
3 ou mais vezes ao dia		
27. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?		
1 a 2 dias por semana		REFRI
3 a 4 dias por semana		
5 a 6 dias por semana		
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)		
Quase nunca (<i>pule para a questão 30</i>)		
Nunca (<i>pule para a questão</i>)		
28. De que tipo?		
Normal		REFRITIPO
Diet/Light/Zero		
Ambos		
Não sabe/não lembra		
29. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia?		
1		REFRIQUANT
2		
3		
4		
5		
6 ou mais		
Não sabe/ não lembra		
30. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite ou derivados? (não considerar soja)		
1 a 2 dias por semana		LEITE
3 a 4 dias por semana		
5 a 6 dias por semana		
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)		
Quase nunca (<i>pule para a questão 32</i>)		
Nunca (<i>pule para a questão</i>)		
31. Quando o sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?		
Integral		LEITETIPO
(Semi) desnatado		
Ambos		
Não sabe/ não lembra		
32. Com que frequência o senhor come doces?		
1 a 2 dias por semana		DOCE
3 a 4 dias por semana		
5 a 6 dias por semana		
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)		
Quase nunca		
Nunca		
33. Quantos copos de água o(a) sr(a) costuma beber por dia?		
1		
2		

	3	ÁGUA
	4	
	5	
	6 ou mais	
	Não sabe/ não lembra	
34. Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?		
	1 a 2 dias por semana	BEBIDALCO
	3 a 4 dias por semana	
	5 a 6 dias por semana	
	Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	
	Quase nunca	
	Nunca	
MINI-MENTAL STATE EXAMINATION		Data: _ / _ / _
		CODIGOS
1. Nome do entrevistador:		ENTRV
2. Nome do participante:		PTC
ORIENTAÇÃO		
3. Em que ano estamos?		DATA
4. Em que mês estamos?		
5. Em que dia do mês estamos?		
6. Em que dia da Semana estamos?		
7. Em que estação do ano estamos?		
8. Em que país estamos?		
9. Em que distrito vive?		
10. Em que terra vive?		
11. Em que casa estamos?		
12. Em que andar estamos?		
RETENÇÃO		
13. Vou dizer três palavras, queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas. Decora-las.		
	Pera	DECORA
	Gato	
	Bola	
ATENÇÃO E CÁLCULO		
14. Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar.		
	27	SUBTRAÇ
	24	
	21	
	18	
	15	
EVOCAÇÃO		
15. Veja se consegue dizer as três palavras que lhe pedi há pouco para decorar.		
	Pera	REPETIÇ
	Gato	
	Bola	
LINGUAGEM		
16. Como se chama isto? (<i>Mostrar os objetos</i>)		
	Relógio	NOMEAÇ
	Lápis	
17. Repita a frase que eu vou dizer.		
	O rato roeu a rolha	FRASE
18. Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa” dar a folha segurando com as duas mãos		
	Pega com a mão direita	PAPEL
	Dobrar ao meio	
	Coloca na mesa	
19. Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz. <i>Mostrar um cartão com a frase bem legível “feche os olhos” (sendo analfabeto lê-se a frase)</i>		
	Fechou os olhos	LEITURA
20. Escreva uma frase inteira aqui.		
	Frase com sujeito e verbo + fazer sentido (não contam erros gramaticais)	ESCRITA

CAPACIDADE	
21. Deve copiar um desenho: dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.	
	DESENHO
Cópia:	
SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR	
	Data: ___/___/___
CODIGOS	
1. Nome do entrevistador:	ENTRV
2. Nome do participante:	PTC
3. Consegue realizar atividades de lazer, passatempos, trabalho e outras atividades de aprendizagem que sejam importantes para si?	
Não	ATIV
Sim	
4. O(a) sr(a) sente-se sozinho?	
Não	SÓ
Sim	
5. Recentemente o sr(a) sofreu alguma perda ou esteve de luto?	
Não	LUTO
Sim	
6. O(a) sr(a) Teve alguns problemas para dormir durante o último mês?	
Não	INSÔNIA
Sim	
7. No último mês o(a) sr(a) sentiu-se muitas vezes incomodado(a) por se sentir para baixo, deprimido(a), desesperado(a)?	
Não	BAIXO
Sim	
8. No último mês o(a) sr(a) sentiu-se muitas vezes incomodado(a) por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	
Não	MEMÓRIA
Sim	
9. O(a) sr(a) tem algumas preocupações em relação a perdas/falhas de memória ou esquecimentos?	
Não	PREOCUPÇ
Sim	
ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE	
	Data: ___/___/___
CODIGOS	
1. Nome do entrevistador:	ENTRV
2. Nome do participante:	PTC
ESCOLHA A MELHOR RESPOSTA DE COMO O SR(A) SE SENTIU NA SEMANA PASSADA	
3. Está satisfeito (a) com a sua vida?	
Não	VIDA
Sim	
4. Perdeu muitos dos seus interesses e atividades?	
Não	INTERESSE
Sim	
5. Sente que a sua vida está vazia?	
Não	VAZIA
Sim	
6. Sente-se muitas vezes aborrecido(a)?	
Não	ABORRE
Sim	
7. Sente-se bem-humorado a maior parte do tempo?	
Não	HUMOR

	Sim	
8. Tem receio que qualquer coisa má lhe vá acontecer?		
	Não	MÁ
	Sim	
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?		
	Não	FELIZ
	Sim	
10. Sente-se muitas vezes abandonado(a)?		
	Não	ABANDONADO
	Sim	
11. Prefere ficar em casa do que sair e fazer coisas novas?		
	Não	CASA
	Sim	
12. Sente que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?		
	Não	PROBLMEM
	Sim	
13. Pensa que é bom estar vivo(a)?		
	Não	BOMVIVO
	Sim	
14. Sente-se bastante inútil na situação em que se encontra agora?		
	Não	INÚTIL
	Sim	
15. Sente-se cheio(a) de energia?		
	Não	ENERGIA
	Sim	
16. Sente que a sua situação é desesperada?		
	Não	DESEP
	Sim	
17. Sente que a situação da maioria das pessoas é melhor que a sua?		
	Não	PESSOAS
	Sim	
Observações não verbais e pertinentes		

ANEXO B - CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudos das condições de saúde, qualidade de vida e cognição de idosos autônomos de Goiânia

Pesquisador: Priscila Valverde de Oliveira Vitorino

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 41096915.6.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 942.049

Data da Relatoria: 29/01/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa que visa avaliar as condições gerais de saúde, nutrição e cognição de 256 idosos vinculados à UNATI (Universidade Aberta à Terceira Idade) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), à UNATI da Universidade Estadual de Goiás (UEG) – Unidade ESEFFEGO (Escola Superior de Educação Física e Fisioterapia) e à Associação de Idosos do Brasil (AIB, acesso 2014).

Objetivo da Pesquisa:

Descrever as condições gerais de saúde, nutricionais, socioeconômicas e cognitivas de idosos autônomos de instituições de Goiânia, capital do estado de Goiás.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios de acordo com as exigências da Resolução CNS 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É uma pesquisa que apresenta relevância ao meio acadêmico/científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória apresentados conforme orientações da Resolução CNS 466/12.

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@puccolias.edu.br