



UnICEUB
Centro Universitário de Brasília
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UnICEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE NUTRIÇÃO

**ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL:
UM OLHAR SOBRE AS PRÁTICAS ALIMENTARES AO LONGO DA VIDA**

Karla de Araújo Lacerda
Prof. Orientador: Camila Melo A de Moura e Lima

Brasília, 2017

RESUMO

O aumento da prevalência de idosos na população tem como resultado uma maior busca por envelhecimento de qualidade. A alimentação saudável pode ser ferramenta eficaz para esse propósito. Essa pesquisa consiste em um estudo analítico, do tipo transversal que teve como objetivo analisar as práticas alimentares de idosos e indicadores de qualidade de vida. Foi utilizada uma entrevista dividida em blocos, com questões abertas e fechadas para coleta de dados. A partir da análise dos dados evidenciou-se que o público de idosos analisado mantém grande parte dos hábitos alimentares praticados em outras fases de sua vida e baseiam sua alimentação em alimentos mais naturais como frutas, vegetais, raízes, tubérculos, legumes, cereais, leite e café. Os dados também apontam que o grupo analisado tem uma percepção de qualidade de vida muito boa e a maioria classifica sua saúde, energia, disposição e qualidade de vida em geral como muito satisfatória. Com isso conclui-se que a alimentação adequada ao longo da vida é um importante pilar da qualidade de vida, pois hábitos alimentares saudáveis melhoram a saúde, podem prevenir doenças crônicas não transmissíveis, melhorando assim a disposição da pessoa durante envelhecimento, aumentando a satisfação com sua saúde e consequentemente sua percepção de qualidade de vida.

Palavras-chave: envelhecimento saudável. qualidade de vida. alimentação saudável.

INTRODUÇÃO

Tem-se registrado maior envelhecimento das populações (SAMPAIO, 2004), sendo mais expressivo o número de idosos no Brasil e no mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2005) idoso é definido a partir de sua idade cronológica, sendo assim, em países em desenvolvimento, idoso é aquele com 60 anos ou mais, enquanto que em países desenvolvidos é a partir dos 65 anos.

Envelhecer é um processo biológico complexo, onde ocorre declínio progressivo das funções fisiológicas em decorrência do acúmulo de alterações em proteínas, telômeros, mutações somáticas, inflamações e radicais livres (COZZOLINO, COMINETTI, 2013). Toda essa química associada à grande exposição ao stress, tecnologias e alimentos processados advindos da globalização da vida atual, resultaram em uma intervenção da OMS que publicou um relatório mundial onde se extrapola as definições biológicas e define envelhecimento saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada (OMS, 2015).

Esse conceito diferencia capacidade intrínseca e capacidade funcional. A primeira sendo apenas um dos fatores que irão determinar o que uma pessoa idosa pode fazer, pois se refere às habilidades mentais e físicas, enquanto a segunda é uma combinação de vários fatores: os indivíduos, seus ambientes e a interação entre eles, resultando os atributos de saúde. É sabido que a capacidade intrínseca e a funcional não se mantêm constantes nesse processo de envelhecer, pois, embora diminuam, as escolhas, intervenções em diversos momentos durante o curso e estilo de vida é que irão determinar a trajetória de cada pessoa (OMS, 2015).

Nos últimos 200 anos, uma das maiores conquistas da humanidade foi o aumento da expectativa de vida, que cresceu em quase 50 anos nesse período, apontando mínimas evidências de já se ter atingido um platô (MATHERS, 2013). A longevidade é hoje uma possibilidade tangível para muitos indivíduos e populações que associam vários fatores de estilo de vida com a nutrição, sendo essa, elemento chave para o envelhecimento saudável (JONG et al., 2014).

Longevidade é um tema popular na mídia, muito se fala sobre viver mais, vida mais longa e com maior expectativa, mas os estudos experimentais mostram que existe uma diferença enorme entre 'elevado número de anos de vida' e 'qualidade no

envelhecimento. Viver mais, nem sempre significa viver melhor ou ter mais tempo para aproveitar a vida (AIELLO et al., 2016).

Com isso vê-se que é uma combinação de desenvolvimento humano, felicidade, equidade, autonomia, empoderamento, subjetividade da vivência e genética que fazem o indivíduo ser saudável e ter qualidade de vida (BRASIL, 2015). Essa última sendo a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos e padrões (OMS, 2006)

Dentro desse contexto de qualidade de vida e do crescente aumento da prevalência de idosos, tem-se que a alimentação e nutrição são contribuintes essenciais, pois podem agir diretamente na prevenção, recuperação, controle ou retardo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, tais como, câncer, acidente vascular cerebral, infarto, demência, etc. que são frequentemente associadas à idade avançada (MAHAN et al., 2012).

Sendo assim, intervenções nutricionais que reduzam a morbidade ganham força e apoio, gerando significantes benefícios financeiro e social (MATHERS, 2014), pois, outra consequência do prolongamento da expectativa de vida, é o aumento das despesas com seguro saúde, medicamentos e tratamentos que ficam muito concentrados nos últimos anos da velhice gerando enormes gastos aos cofres públicos e orçamento particular.

A nutrição e as práticas alimentares estão sempre entre os principais temas de interesse de estudos, justamente para a identificação desses fatores que podem exacerbar ou reduzir riscos de desordens ligadas à indivíduos idosos (JONG et al, 2014). Existe uma maior necessidade de aprofundar a compreensão do papel da nutrição e práticas alimentares na promoção e manutenção da independência e autonomia dos idosos (SAMPAIO, 2004), pois apesar de ser um processo muito familiar para a humanidade, ainda é pouco compreendido pela ciência (SI, 2014).

Contudo, segundo Mathers (2013) é claro que já existem evidências que suportam a hipótese que nutrição e suas práticas alimentares realçam o envelhecimento saudável e aliviam o fardo e a fragilidade dessa fase.

Portanto, este estudo terá por objetivo analisar as práticas alimentares de idosos ao longo da vida e verificar seu impacto na Qualidade de Vida (QV).

OBJETIVOS

Objetivo primário

Avaliar as práticas alimentares e percepção de qualidade de vida em idosos.

Objetivos secundários

- Caracterizar população sobre aspectos sociodemográficos;
- Coletar dados de práticas alimentares;
- Identificar marcadores de alimentação saudável nas práticas relatadas;
- Correlacionar dados coletados com indicadores de qualidade de vida.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo analítico, do tipo transversal do qual participaram 35 idosos praticantes de atividade física, entrevistados no Parque Olhos D'Água de Brasília, abordados aleatoriamente, com idade média 73 anos e maioria dos participantes entre a faixa de 66 a 75 anos de idade. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE 75079417.9.0000.0023.

O presente estudo foi desenvolvido com um grupo de idosos praticantes de atividade física, praticada por estilo de vida, vontade própria ou indicação médica. Esse grupo foi selecionado num período de quinze dias durante o turno da manhã, horário onde o público alvo é mais ativo. A seleção ocorreu no mês de setembro e a coleta ocorreu no mês de outubro do ano de 2017. A pesquisa foi realizada de duas formas, autoaplicável e em forma de entrevista, onde o pesquisador realizava a pergunta e escrevia a resposta dada pelo participante, dependendo da demanda. Alguns idosos não conseguiram enxergar o que estava escrito no formulário apresentado e solicitaram ajuda para responder as questões propostas.

O instrumento de coleta de dados da entrevista foi um questionário (apêndice A) com perguntas abertas e fechadas divididas em cinco blocos de identificação, sendo: dados pessoais, dados antropométricos, dados clínicos, dados alimentares e dados de qualidade de vida. Os dados pessoais solicitados foram idade e sexo. Os dados antropométricos, peso e altura, e esses foram referidos pelos participantes, pois não houve aferição no local da coleta, esses dados foram usados para cálculo do IMC segundo WHO (1995). Os dados clínicos contemplam o estado atual de saúde do participante, então foi questionado sobre doenças atuais e pregressas, há quanto tempo o participante possui tal diagnóstico, o motivo do início da prática de atividade física, há quanto tempo pratica e o tipo de atividade praticada. Os dados alimentares são o foco principal do estudo, sendo assim esse é o bloco com as perguntas abertas no qual o participante descreveu qualitativamente todas suas refeições possibilitando um melhor e mais aprofundado entendimento sobre seus hábitos alimentares. Essas perguntas tiveram como base o Guia Alimentar para a população brasileira (BRASIL, 2014) e permeiam assuntos como frequência de consumo de alimentos industrializados do tipo *snacks*, se sabe diferenciar alimentos in natura ou minimamente processados, alimentos

processados de ultraprocessados. Além disso foi questionado como é ambiente onde o participante se alimenta, há quanto tempo se alimenta dessa forma, se as refeições são feitas em companhia, se existe atenção com quantidade de sal utilizada na comida e tipos de gordura utilizadas na hora de preparar e temperar os alimentos. O último bloco é o da Qualidade de Vida, onde foi utilizada uma adaptação do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS, o World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL-bref) (THE WHOQOL GROUP, 1998) no qual o participante avalia sua percepção de QV. Essa adaptação utilizada analisa a QV global, a percepção geral de saúde e três domínios diferentes, sendo eles o domínio físico, o domínio meio ambiente e o domínio relações pessoais (THE WHOQOL GROUP, 1998). O domínio físico aborda três facetas, o meio ambiente duas facetas e o relações pessoais apenas uma faceta.

Para a análise das questões objetivas dos dados alimentares foi utilizado o Guia alimentar para população brasileira como parâmetro. As respostas dos participantes foram comparadas com as recomendações do guia e os dez passos para uma alimentação saudável (BRASIL, 2014), afim de saber se o recomendado condiz com as escolhas e a realidade alimentar desse grupo.

Com relação às questões abertas referentes aos alimentos; os 501 itens de consumo relatados foram classificados em três grupos: *in natura* ou minimamente processados, alimentos processados e ultraprocessados. O primeiro grupo inclui alimentos predominantemente de origem vegetal ou obtidos de plantas e animais sem que tenham sofrido qualquer alteração após terem deixado a natureza e alimentos que foram submetidos à limpeza, retirada de partes não comestíveis, secagem, embalagem, pasteurização, congelamento, resfriamento, fermentação e outros processos que não incluem a adição de substâncias ao alimento original (BRASIL, 2014).

O segundo grupo são os alimentos processados, que são produtos relativamente simples fabricados essencialmente com a adição de sal ou açúcar (BRASIL, 2014) e são consumidos frequentemente em preparações culinárias. O terceiro grupo são produtos industrializados feitos com adição de substâncias extraídas de alimentos ou sintetizadas em laboratório (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor, etc.), com vários ingredientes em sua composição,

normalmente pré-prontos ou prontos para consumo e com alto nível de processamento (BRASIL, 2014).

Os alimentos relatados em quatro refeições, café da manhã, almoço, lanche e jantar, foram separados nesses três grupos e foi calculada a porcentagem em que aparecem em cada refeição e no total do dia, sendo comparado às recomendações do Guia alimentar para população brasileira e à adequação sugerida na literatura.

Também foi utilizado o cálculo do Índice de Massa Corporal que segundo WHO (1995) é o indicador do estado nutricional do indivíduo. Para analisar a adequação desse indicador foram utilizadas as classificações apresentadas por Lipschitz (1994) com o intuito de verificar se o público pesquisado se encontra em baixo peso ($<22\text{kg}/\text{m}^2$), risco de déficit ($22,0$ a $24,0\text{kg}/\text{m}^2$), eutrofia ($24,0$ a $27,0\text{kg}/\text{m}^2$) ou sobrepeso ($> 27\text{kg}/\text{m}^2$).

Para os dados de qualidade de vida foram utilizados os parâmetros propostos pelo instrumento da OMS (2000) World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL-bref) onde foi calculado a frequência que cada resposta aparece em cada domínio e a percepção do indivíduo quanto sua satisfação em cada aspecto em sua vida, relacionando com sua QV. Quanto maior a pontuação, melhor essa percepção. A questão 6 dos dados de qualidade de vida é uma questão de escala invertida e por isso foi devidamente convertida para ser obtido o resultado correto.

Os dados estão apresentados em forma de texto e gráficos para melhor visualização do resultado obtido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

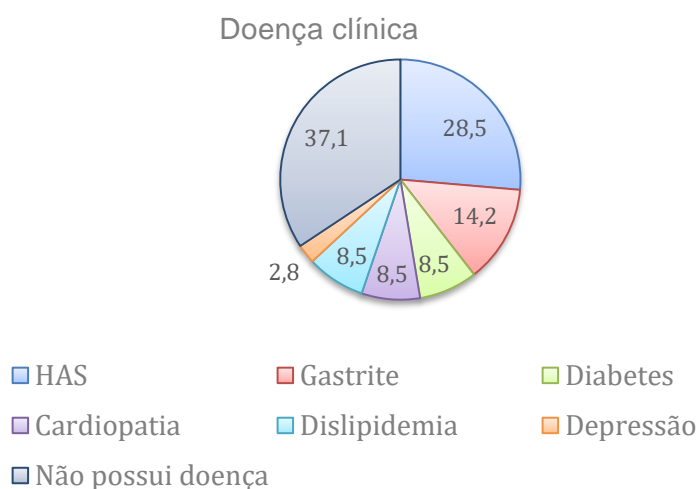
Participaram da pesquisa 35 idosos praticantes de atividade física com idade acima de 60 anos como é classificado idoso pela OMS (1995). A média de idade foi de 73 anos e a maioria se encontra na faixa dos 66 a 75 anos de idade, apenas 20% (n=7) tinham acima de 80 anos de idade. A maioria dos participantes, 91% (n=32), são do sexo feminino.

A classificação do IMC segundo Lipschitz (1994) aponta que 51,4% (n=18) dos participantes estão eutróficos, mas uma parcela considerável se encontra em sobrepeso 31,4%(n=11), seguindo a tendência mundial de ganho de peso excessivo segundo a (POF) de 2008-2009, apesar de que no estudo de Silveira et al. (2010), a prevalência de sobrepeso também foi inferior, 40,1%. Os participantes em baixo peso e risco de déficit somam apenas 17% (n=6) e isso se dá, pois, o grupo em questão possui renda mais alta, sendo de classe média-alta, moram em área nobre da cidade de Brasília e tem maior acesso a produtos alimentícios.

Dentro do bloco de dados clínicos os participantes relataram que praticam atividades como alongamento, fortalecimento, caminhada, hidroginástica, pilates e musculação e 45% (n=16), deles iniciaram essas atividades por indicação médica, enquanto a outra parcela de 55% (n=19) iniciou a prática por prazer ou por buscar melhora na qualidade de vida. Mais de 60% (n=23) dos respondentes relataram ter iniciado a rotina de exercícios físicos nos últimos dez anos, enquanto 20% (n=7) praticam há mais de 20 anos.

Nesse mesmo bloco também foi questionado se o participante possuía alguma doença crônica não transmissível e mais de 60% (n=25) responderam que sim, como mostra o Gráfico 1.

Gráfico 1: Doenças clínicas referidas pelos idosos.



O estudo de Scherer et al. (2013) também encontrou maior prevalência de HAS entre as patologias referidas pelos idosos, seguida de hipercolesterolemia e Diabetes, enquanto no presente estudo a gastrite ficou em segundo lugar.

Por outro lado 37,1% (n=13) dos respondentes não possuem nenhum tipo de doença e não fazem uso de nenhuma medicação de uso contínuo. Os participantes relataram há quanto tempo possuem a doença e em média possuem há 18 anos, dado esse que se relaciona com a média de tempo que eles se alimentam da forma atual que são 22 anos. O que pode sugerir que as doenças começaram a surgir após alterações na alimentação segundo JONG et al. (2014).

Com relação ao bloco de dados alimentares foi questionado se o participante sabia a diferença de alimentos *in natura*, minimamente processados, processados e ultraprocessados e 60% (n=21) da população pesquisada não sabia o que eram e nem que existiam essas classificações, o que está em desacordo com o Guia Alimentar para a população brasileira (BRASIL, 2014) que sugere que o indivíduo tenha conhecimento dessas informações.

A gordura referida mais utilizada para criar preparações culinárias foi o óleo vegetal com 51,4% (n=18) das respostas, em seguida a banha ou manteiga com 28,5% (n=10), o óleo de coco apareceu em 12% (n=4) das respostas e margarina apenas em 8% (n=3). Essas gorduras segundo o Guia Alimentar para população brasileira contribuem para diversificação da alimentação sem causar desequilíbrio nutricional (BRASIL, 2014).

Dos 35 idosos, 94% (n=33) relataram usar o sal com moderação ao temperar os alimentos, o que está de acordo com o que se recomenda nos dez passos para uma alimentação saudável do Guia Alimentar para população brasileira. Outro resultado adequado foi com relação ao local onde se alimenta, 100%(n=35) dos participantes relataram que o ambiente onde se alimentam é limpo, confortável e tranquilo, como indicado (BRASIL, 2014).

Os participantes fazem suas refeições prioritariamente em casa e 74%(n= 26) se alimenta em companhia e apenas 26%(n=9) fazem suas refeições sozinhos. A maioria, 85% (n=22) desses se alimenta em companhia dos familiares, uma pequena parcela, 15% (n=4) tem como companhia empregados, assessores, diaristas e acompanhantes no momento das refeições, o que também está de acordo com as recomendações do Guia Alimentar para a população brasileira, que sugere que a companhia nas refeições favorece o comer com regularidade e atenção e amplia o desfrute da alimentação (BRASIL, 2014). Para Cavalcante et al. (2015) a comida expressa as relações sociais de um grupo, as refeições para serem saudáveis precisam seguir as normas disseminadas na população sendo uma delas se alimentar em grupo. O contrário disso poderia levar inclusive ao desinteresse pela ingestão de alimentos, pois a refeição traz emoções e lembranças e a falta do convívio nesse momento pode fazer o idoso perder a vontade de se alimentar e preparar alimentos (CAVALCANTE et al., 2015).

Sobre o consumo de alimentos, os participantes relataram como se alimentam na maioria dos dias, apontando os itens mais comuns nas refeições principais que são café da manhã, almoço, lanche e jantar. As respostas demonstram que essa população consome prioritariamente alimentos *in natura* e minimamente processados como mostra o Gráfico 2.

A maioria ainda tem como base uma alimentação rica em frutas, verduras, legumes, leite, cereais, ovos, etc. Mesmo com a industrialização, globalização, a redução do consumo da tradicional refeição brasileira e o maior acesso às comidas prontas, os idosos mantêm em sua maioria o hábito de comer alimentos mais naturais, semelhantes ao que costumavam comer nas outras fases de sua vida (GADENZ, BENVIGNU, 2013).

Frequência que o grupo aparece em % por refeição

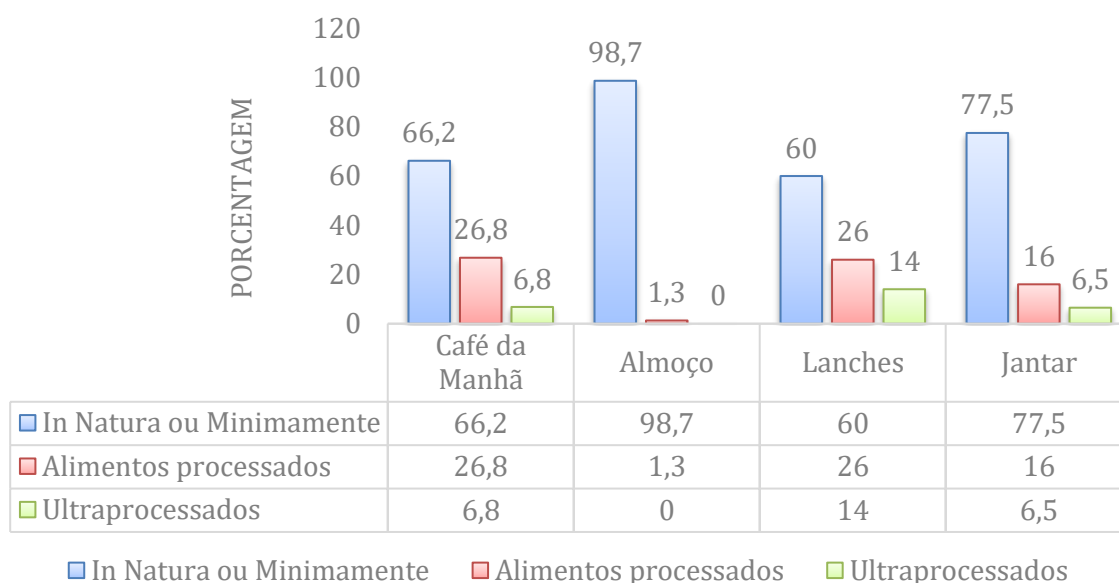


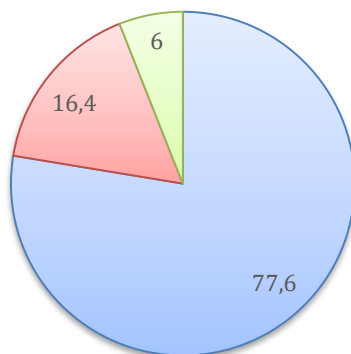
Gráfico 2: Frequência que os grupos alimentares aparecem nas refeições

Do grupo dos processados 90% dos alimentos relatados foram pão francês e queijos, mesmo resultado encontrado por Louzada et al., (2015a). Já dos alimentos *in natura* ou minimamente processados, os itens mais consumidos relatados pelos participantes são arroz, feijão, frutas, café, leite, verdura legumes, raízes, tubérculos, ovos e carnes o que também corrobora com o estudo de Louzada et al., (2015a) que aponta que desse grupo esses são os alimentos mais relevantes na alimentação brasileira. Segundo o Guia Alimentar a pequena complementação de alimentos de origem animal com maiores contribuições de alimentos de origem vegetal, como os citados acima, constitui uma base excelente para uma alimentação nutricionalmente balanceada, saborosa e culturalmente apropriada (BRASIL, 2014).

Além disso, ainda segundo o Guia Alimentar para população brasileira, uma alimentação mais *in natura* com maior consumo de arroz, feijão, legumes, verduras, frutas e raízes deve favorecer a agricultura familiar, contribuir para biodiversidade, reduzir impacto ambiental da produção de alimentos e reduzir emissões de gases do efeito estufa (BRASIL, 2014), levando a alimentação natural à um patamar muito além da simples ingestão de alimentos, mas à um fator promotor de um sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável.

Gráfico 3: Frequência do consumo total dos 3 grupos de alimentos.

Frequência de consumo total em %



■ In Natura ou Minimamente ■ Processados ■ Ultraprocessados

Sendo assim os gráficos demonstram que a alimentação atual dessa população de idosos está em acordo com as recomendações do Guia Alimentar para a população brasileira de evitar o consumo de ultraprocessados, limitar o consumo de alimentos processados e fazer dos alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação (BRASIL,2014), pois apenas 6% (n=30) do total de todos os alimentos relatados pelos participantes estão no grupo de ultraprocessados e 16,4% (n=82) no grupo de processados. A maioria ainda é composta por alimentos menos processado (GADENZ, BENVEGNU, 2013). Desses 30 alimentos ultraprocessados referidos na alimentação diária quase cem por cento são pão de forma integral, biscoitos fit e iogurtes diets ou lights, produtos que são considerados saudáveis pelo público em questão.

O motivo para que se limite o consumo de processados se dá pelo fato de que apesar de manter a identidade básica do alimento, a adição de sal ou açúcar costuma ser muito elevada se comparada com as quantidades utilizadas em preparações culinárias sendo que esse consumo excessivo está relacionado com doenças do coração, obesidade e outras DCNT (LOUZADA et al., 2015b). Outro fato seria o aumento da densidade calórica total do alimento após essas adições feitas no processamento, a alimentação de alta densidade energética também se relaciona com DCNT (MARTINS et al., 2013) o que corrobora com o estudo de Mathers (2013)

que afirma que dietas com restrição calórica e ingestão adequada de nutrientes está relacionada a longevidade e mais saúde no envelhecimento.

O presente estudo também questionou sobre o consumo de alimentos ultraprocessados considerados guloseimas e separou em dois grupos, grupo de guloseimas salgadas (salgadinhos, salsicha, hambúrguer, salame, etc.) e guloseimas doces (doces de qualquer tipo, biscoito doce, refrigerante, bolo recheado com cobertura e suco industrializado). Os idosos referiram que esses alimentos não fazem parte da alimentação habitual, apenas de variações de final de semana.

Com relação às guloseimas salgadas 51,4% (n=18) relatou evitar, 28%(n=10) relatou limitar, 20% (n=7) não come e nenhum participante relatou comer sem restrições.

Já as guloseimas doces 40%(n=14) evitam, 42%(n=15) limitam, 8,5%(n=3) não comem e 8,5% (n=3) comem sem restrições. O que também foi encontrado no estudo de Louzada et al., (2015b) onde as guloseimas inteiras uma pequena porcentagem do consumo alimentar.

Os idosos não portadores de DCNT não consomem ou evitam os ultraprocessados do tipo *snacks* pois não os consideram alimentos saudáveis e/ou por acreditarem que fazem mal para a saúde, enquanto os portadores de DCNT, ao invés de não consumirem, evitam e/ou limitam apenas em decorrência de alguma recomendação ou restrição médica. A pequena porcentagem de idosos que consomem as guloseimas sem restrições estão na faixa de idade acima de 75 anos e acreditam que a essa altura da vida o consumo desses alimentos não prejudicará mais a saúde deles.

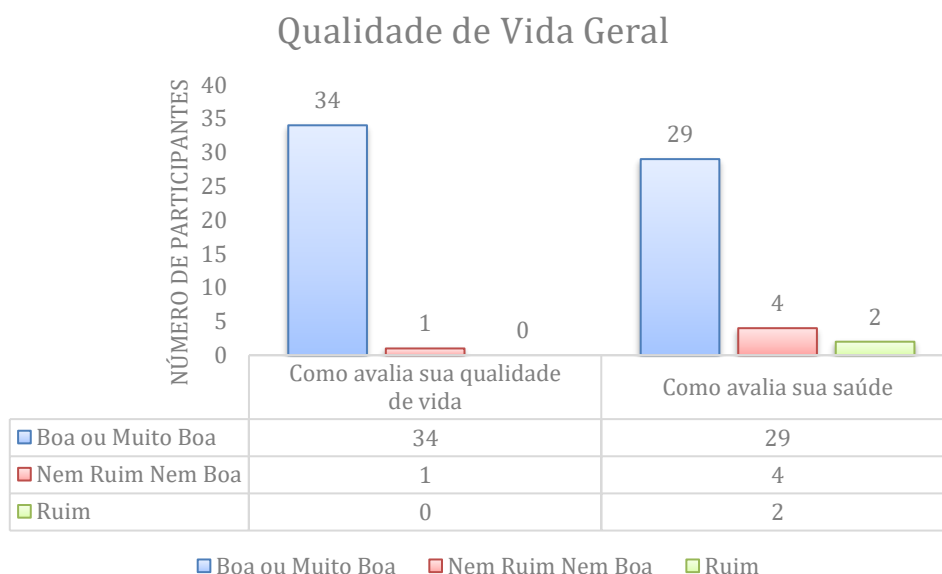
O Guia Alimentar para a população brasileira também aponta os motivos de se evitar esses alimentos ultraprocessados seguindo a mesma lógica da alta densidade calórica supracitada, além de outros fatores prejudiciais à saúde como a adição de substâncias de uso exclusivamente industrial tais como corantes, aromatizantes, conservantes, estabilizantes, que interagem com o DNA humano podendo gerar câncer (OLIVEIRA et al., 2010), essas substâncias também burlam o sistema de saciedade do corpo fazendo com que haja um consumo excessivo de calorias (BRASIL, 2014). Os ultraprocessados são fabricados com gorduras não oxidáveis pelo organismo humano, tendendo então à quadros precoces de aterosclerose e outras doenças cardiovasculares (BRASIL, 2014). Esses alimentos

ricos em calorias, sal, açúcar e gorduras são pobres em fibras e nutrientes sendo assim seu consumo não é benéfico para o organismo (LOUZADA et al., 2015b).

Além da péssima composição nutricional, a comercialização, distribuição e produção desses produtos causam um enorme impacto negativo no meio ambiente e na cultura, indo de encontro à ideia de sustentabilidade que a alimentação deve promover (BRASIL, 2014).

No bloco de dados de QV foi abordado a QV geral através de duas facetas, a primeira pedia uma avaliação mais abrangente do aspecto de percepção de QV, na qual 97% (n=34) dos participantes avaliaram sua QV em Boa ou Muito boa e apenas 3% (n=1) avaliou como Nem Boa Nem ruim, enquanto a segunda pedia uma avaliação da saúde como um todo. Nessa segunda faceta 83% (n=29) avaliam sua saúde como Boa ou Muito Boa, 11% (n=4) avaliam como Nem Boa Nem Ruim e 6% (n=2) avaliam como ruim sua saúde, como mostra o Gráfico 4.

Gráfico 4: Qualidade de Vida Geral.

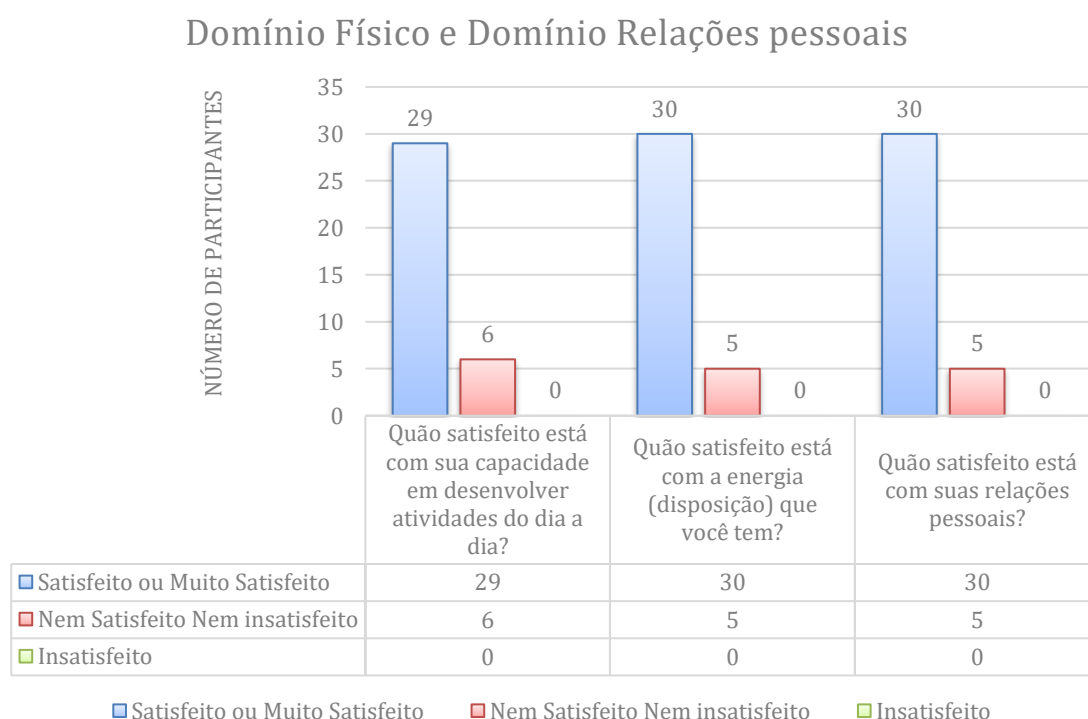


O interessante da avaliação desses aspectos gerais é que independente da presença de doenças crônicas, de uma saúde um pouco debilitada e outros complicadores naturais da vida, esses idosos têm uma percepção de QV muito boa e positiva e gostariam de viver muitos anos ainda. Para Pereira, Teixeira e Santos (2012), a vida é definida pelo resultado de um conjunto de nutrição, aptidão física, habilidades individuais, inteligência, valores e experiências do ser humano. Com isso

entende-se que a percepção de QV extrapola o fato de ser ter doenças e que a saúde é apenas um dos aspectos componentes de uma boa QV. O que corrobora com Silva (2014), que afirma que QV é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, não apenas na saúde, mas no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive.

Outro aspecto abordado na pesquisa foi o domínio físico que avaliou quanto satisfeito o participante estava com sua capacidade e disposição de desenvolver suas atividades cotidianas. Na primeira faceta 83% (n=29) estão satisfeitos ou muito satisfeitos e apenas 17% (n=6) não estão nem satisfeitos nem insatisfeitos. Na segunda faceta desse mesmo domínio, 85% (n=30) estão satisfeitos ou muito satisfeitos com sua disposição, enquanto uma pequena parcela de 15% (n=5) não estão nem satisfeitos nem insatisfeitos, como apresentado no Gráfico 5.

Gráfico 5: Domínio Físico e Domínio Relações Pessoais.



Essa grande porcentagem de participantes satisfeitos ou muito satisfeitos com sua disposição e energia para atividades do dia a dia se dá principalmente por serem praticantes de atividade física, pois essa prática previne e/ou reduz muito os declínios funcionais advindos do envelhecimento (VOGEL et al., 2009).

Ainda de acordo com esse mesmo gráfico (GRÁFICO 5) o domínio de relações pessoais mostra que 85% (n=30) estão satisfeitos ou muito satisfeitos com suas relações pessoais e apenas 15% (n=5) não estão nem satisfeitos nem insatisfeitos. Esses 15% (n=5) estão inseridos na parcela de idosos que referiu no presente estudo que moram sozinhos ou fazem suas refeições sozinhos, corroborando com a pesquisa de Cavalcante et al. (2015) sobre a importância do idoso viver e comer em companhia.

O domínio físico de escala invertida mostra que 48,5% (n=17) dos respondentes precisam de nenhum ou muito pouco tratamento médico, 28,5% (n=10) precisam mais ou menos e 23% (n=8) precisam bastante ou extremamente de algum tratamento médico para levar a vida como apresentado no Gráfico 6.

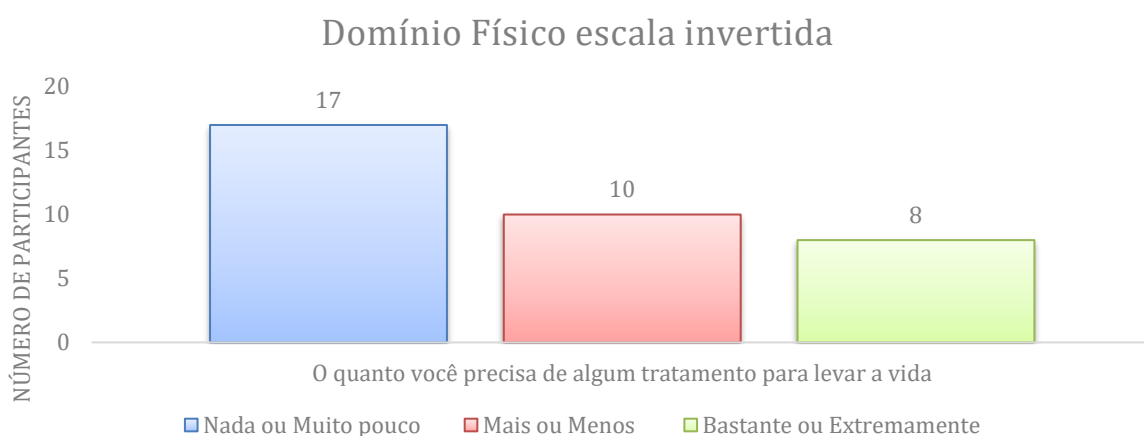


Gráfico 6: Domínio Físico de escala invertida.

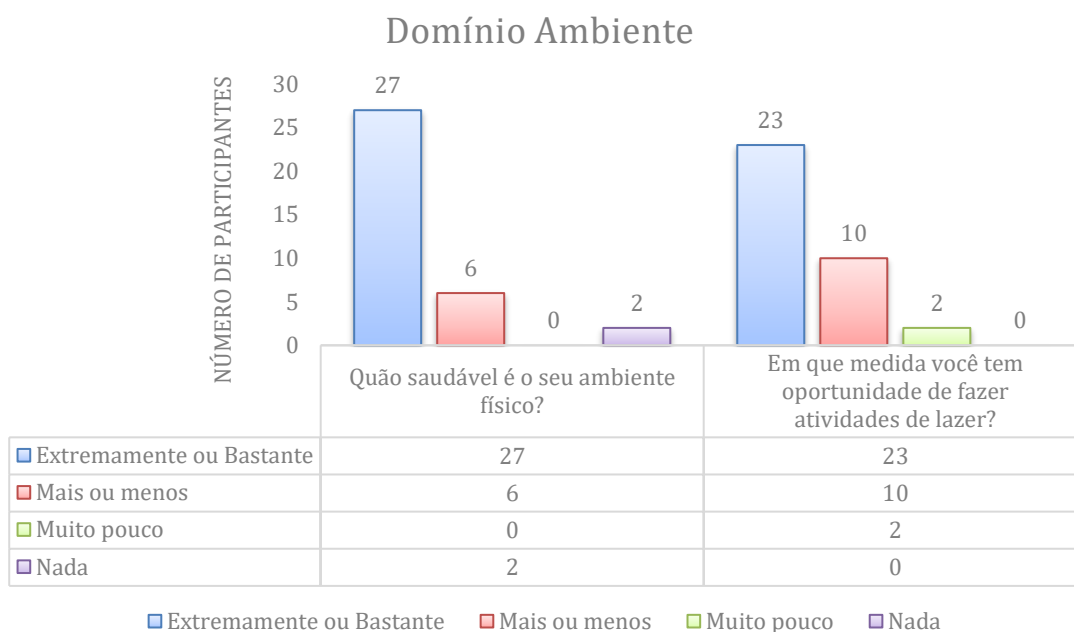
A maior necessidade por tratamentos médicos se dá pelo próprio processo de envelhecimento, pois é um processo gradual de perda funcional progressiva no organismo caracterizada por alterações orgânicas e redução nas capacidades fisiológicas (NAHAS, 2008).

O último domínio avaliado na pesquisa foi o ambiente, que aborda em suas duas facetas quão saudável é o ambiente físico do pesquisado e em que medida o idoso tem oportunidade de fazer atividade de lazer. Desses 77% (n=27) avaliaram seu ambiente físico como bastante ou extremamente saudável, 17% (n=6) avaliaram como mais ou menos saudável e 6% (n=2) referiram ser nada saudável seu ambiente físico.

Segundo Minayo et al., (2000) QV é uma noção de grau de satisfação encontrado em vários aspectos da vida inclusive o aspecto ambiental, o que demonstra a importância do ambiente físico do ser humano no contexto de avaliação de QV.

Com relação às oportunidades de atividade de lazer 65,5% (n=23) relataram ter extremamente ou bastante oportunidades, 28,5% (n=10) relataram ter mais ou menos e 6% (n=2) ter muito poucas oportunidades de fazer atividades de lazer, como aparece evidenciado no Gráfico 7.

Gráfico 7: Domínio Ambiente.



Esse resultado apresentado pelo gráfico (GRÁFICO 7) em relação às atividades de lazer é semelhante ao encontrado por Penteado e Pereira (2007) que aponta a atividade de lazer como um dos pilares da QV e sugere a importância desse aspecto para uma percepção muito boa de QV.

A análise de todos esses fatores em conjunto concorda com o entendimento de QV é um conceito de ampla abrangência, englobando diversos segmentos e sendo inclusive necessário a intervenção de uma equipe multidisciplinar para melhor desenvolvimento de todos os domínios. Domínios esses que são afetados pela saúde física do indivíduo, seus relacionamentos, seu estado psicológico e os aspectos de seu ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1995).

CONCLUSÃO

Evidenciou-se nesse estudo que o público de idosos analisado mantém grande parte dos hábitos alimentares praticados antes do aumento do consumo e acesso à produtos industrializados, pré-prontos e ultraprocessados no Brasil. Comprovando assim a importância da formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, já que a tendência é que esses hábitos sejam repetidos durante toda a vida. Viu-se que a maioria dos participantes dessa pesquisa não sabe a diferença de alimentos *in natura*, minimamente processados, alimentos processados e ultraprocessados e esses baseiam sua alimentação em alimentos mais naturais como frutas, vegetais, raízes, tubérculos, legumes, cereais, leite e café. Inclusive, o consumo de ultraprocessados na alimentação diária se baseia quase cem por cento em pão de forma integral, biscoitos *fit* e iogurtes adoçados, produtos que são considerados saudáveis pelo público em questão.

A pesquisa também mostrou que mesmo não sendo parte do dia a dia, existe um consumo considerável de alimentos ultraprocessados do tipo snacks doces e salgados nas variações de final de semana e eventos especiais. Viu-se que os participantes com maiores restrições médicas são justamente aqueles que continuam consumindo esses alimentos, enquanto a população mais saudável não consome ou quase não come justamente por não os considerar saudáveis.

Com isso conclui-se que a alimentação ao longo da vida é um importante, porém apenas um dos pilares da QV, sendo necessária a intervenção conjunta de uma equipe multidisciplinar de profissionais da saúde que promovam hábitos saudáveis como um todo. Porém tendo em foco a alimentação, vê-se que práticas alimentares saudáveis melhoram a saúde, podem prevenir DCNT ou evitar sua progressão, melhorando assim a disposição e mobilidade da pessoa durante envelhecimento. Conclui-se também que quanto menos tratamento médico o idoso necessita, maior é sua capacidade de desenvolver suas atividades e maior a sua satisfação com a própria saúde. Todos esses elementos podem sofrer influência de uma alimentação adequada ao longo da vida, o que leva a se concluir também que quanto melhor forem os hábitos alimentares durante envelhecimento, melhor é a percepção de QV.

REFERÊNCIAS

- AIELLO, A. et al. Nutrigenetics: a key for achieving successful ageing and longevity. **Immu & Ageing**, v. 13, n. 17, maio 2016.
- BARBOSA, K. B. F. et al. Estresse oxidativo: conceito, implicações e fatores modulatórios. **Rev. Nutr.**, v. 23, n. 4, p. 629-643, jul./ago. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2015.
- CAVALCANTE, C. M. S. et al. Sentidos da alimentação fora do lar para homens idosos que moram sozinhos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 611-620, set. 2015.
- CLARO, R. M. et al. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 2, jun. 2013.
- COZZOLINO, S. M. F.; COMINETTI, C. **Bases bioquímicas e fisiológicas da nutrição nas diferentes fases da vida, na saúde e na doença**. 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2013.
- GADENZ, S. D.; BENVENÚ, L. A. Hábitos alimentares na prevenção de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos hipertensos. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 12, dez. 2013.
- JONG, J. K. C.; MATHERS, J. C.; FRANCO, O. H. Nutrition and healthy ageing: the key ingredients. **Proceedings of the Nutrition Society**, v. 73, n. 2, p. 249-259, fev. 2014.
- LOUZADA, M. L. C. et al. Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 49, n. 38, jul. 2015a.
- LOUZADA, M. L. C. et al. Impacto de alimentos ultraprocessados sobre o teor de micronutrientes da dieta no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 49, n. 45, ago. 2015b.
- LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, v. 21, n. 1 p. 55-67, mar. 1994.
- MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S.; RAYMOND, J. L. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. 13. ed. p. 1227, Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- MARTINS, A. P. B. et al. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 656-665, ago. 2013.
- MATHERS, J. C. Impact of nutrition on the ageing process. **British Journal of Nutrition**, v. 113, n. S1, p. 18-22, jan. 2015.

MATHERS, J. C. Nutrition and ageing: knowledge, gaps and research priorities. **Proceedings of the Nutrition Society**, v. 72, n. 2, p. 246-250 maio 2013.

MINAYO, M. C. S. et al. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, v. 1, p. 7-18, out. 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2 ed. Brasília: MS, 2014.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 4. ed. Londrina: Medigraf 2008.

OLIVEIRA, N. F. P. et al. Metilação de DNA e Câncer. **Rev. Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 4, p. 493-499, set. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Missing Voices**: Views of Older Persons on Elder Abuse. OMS/NMH/ NPH/02.2 Genebra: Organização Mundial da Saúde. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de envelhecimento e saúde**. 2015.

PENTEADO, R. Z.; PEREIRA, I. M. T. B. Qualidade de vida e saúde vocal de professores. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 236-243, out. 2007.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fís. Esporte**, v. 26, n. 2, abr./jun. 2012.

SAMPAIO, L. R. Avaliação Nutricional e envelhecimento. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.17, n.4, dez., 2004.

SCHERER, R. et al. Estado nutricional e prevalência de doenças crônicas em idosos de um município do interior do Rio Grande do Sul. **Rev. bras. geriatr. Gerontol**, v. 16, n. 4, out./dez. 2013.

SHEPHERD, A. Nutrition through the life span. Part 3: Adults aged 65 years and over. **British Journal of Nursing**, v.18, n.5, feb. 2015.

SILVA, P. A. B. et al. Ponto de corte para o WHOQOL-bref como preditor de qualidade de vida de idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 390-397, jun, 2014

SILVEIRA, E. A.; KAC, G.; BARBOSA, L. S. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. **Cad Saúde Pública** v.25 n.7, p.1569-77, jul, 2010.

SI, H.; LIU, D. Dietary antiaging phytochemicals and mechanisms associated with prolonged survival. **J Nutr Biochem.**, v.25 (6), p.581-591, jun. 2014.

THE WHOQOL-SRPB GROUP. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. **Soc Sci Med** , New York, v. 62, n. 6, p. 1486-1497, mar. 2006.

VOGEL, T. et al. Health benefits of physical activity in older patients: a review. **International Journal of Clinical Practice**. v. 63 n. 2 p. 303-20, jan, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status**: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY Of LIFE GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL):position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med** v.41 n.10 p.1403-1409, nov. 1995.

APÊNDICE A

Dados Pessoais

Idade: _____

Sexo: feminino () masculino ()

Dados Antropométricos

Altura:

Peso:

Dados Clínicos

Há quanto tempo pratica atividade física _____

Tipo de atividade? _____

Por qual motivo iniciou a prática de atividade física? _____

Possui alguma doença: HAS () Diabetes () Cardiopatia () Dislipidemia ()
Esteatose () Gastrite () Depressão () Câncer ()

Há quanto tempo possui a doença? _____

Dados Alimentares

Você sabe a diferença de alimentos minimamente processados, processados e ultra processados?

Sim ()

Não ()

Há quanto tempo se alimenta da forma atual? _____

Normalmente, como é seu café da manhã?

() minimamente () processado () ultra processado

Normalmente, como é seu almoço?

() minimamente () processado () ultra processado

Normalmente, como são os seus lanches?

minimamente processado ultra processado

Normalmente, como é seu jantar?

minimamente processado ultra processado

Qual tipo de gordura é mais usado na sua casa para cozinhar os alimentos?

- Banha animal ou manteiga
- Óleo vegetal como: soja, girassol, milho, algodão ou canola
- Margarina ou gordura vegetal
- Óleo de coco

Você se preocupa com a quantidade de sal que adiciona nos alimentos quando já servidos em seu prato?

- Sim
- Não

Como é o ambiente onde você faz suas refeições?

Você faz suas refeições em companhia?

- Sim
- Não.

Se sim, com quem faz suas refeições? _____

Pense nos seguintes alimentos: frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, hambúrgueres, presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame e outros). Você costuma?

- Evitar
- Limitar
- Não come
- Sem restrições

E com relação aos seguintes alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados. Você costuma?

- Evitar
- Limitar
- Não come
- Sem restrições

Dados de Qualidade de Vida

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
--	--	------------	------	------------------	-----	-----------

1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
2	Como avaliaria a sua saúde?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
3	Quão satisfeito está com a sua capacidade em desenvolver atividades do dia-a-dia?	1	2	3	4	5
4	Quão satisfeito está com as suas relações pessoais? (amigos, colegas, família)	1	2	3	4	5
5	Quão satisfeito(a) está com a energia (disposição) que você tem?	1	2	3	4	5
		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
6	O quanto você precisa de algum tratamento para levar a vida?	1	2	3	4	5
7	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
8	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5