

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

MICAELA APARECIDA TEODORO

**ESCOLHA, CONSUMO ALIMENTAR E PERCEPÇÃO SOBRE
ALIMENTAÇÃO E SAÚDE ENTRE PESSOAS IDOSAS**

ALFENAS/MG

2022

MICAELA APARECIDA TEODORO

**ESCOLHA, CONSUMO ALIMENTAR E PERCEPÇÃO SOBRE
ALIMENTAÇÃO E SAÚDE ENTRE PESSOAS IDOSAS**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos
para obtenção do título de Mestre em Nutrição e
Longevidade pela Universidade Federal de Alfenas.
Área de concentração: Nutrição
Orientador: Prof. Dr. Sinézio Inácio da Silva Júnior
Coorientador: Prof. Dr. Wanderson Roberto da Silva

ALFENAS/MG

2022

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central

Teodoro , Micaela Aparecida .

Escolha, consumo alimentar e percepção sobre alimentação e saúde
entre pessoas idosas / Micaela Aparecida Teodoro . - Alfenas, MG, 2022.
158 f. : il. -

Orientador(a): Sinézio Inácio da Silva Júnior.

Dissertação (Mestrado em Nutrição e Longevidade) - Universidade
Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2022.

Bibliografia.

1. Longevidade. 2. Comportamento de Escolha. 3. Ingestão de
Alimentos. 4. Expectativa de Vida. 5. Epidemiologia Nutricional. I. Silva
Júnior, Sinézio Inácio da, orient. II. Título.

MICAELA APARECIDA TEODORO

ESCOLHA, CONSUMO ALIMENTAR E PERCEPÇÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO E SAÚDE ENTRE PESSOAS IDOSAS

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Nutrição e Longevidade pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Nutrição e Longevidade.

Aprovada em: 25 de novembro de 2022

Prof. Dr. Sinézio Inácio da Silva Júnior
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Maria Cláudia Bernardes Spexoto
Instituição: Universidade Federal da Grande Dourados

Prof. Dr. Nuno Mendonça
Instituição: Universidade Nova de Lisboa



Documento assinado eletronicamente por **Sinézio Inácio da Silva Júnior, Professor do Magistério Superior**, em 25/11/2022, às 14:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Nuno Miguel Pinho Mendonça, Usuário Externo**, em 25/11/2022, às 14:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Claudia Bernardes Spexoto, Usuário Externo**, em 25/11/2022, às 18:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0868891** e o código CRC **CDF88F13**.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Sinézio Inácio da Silva Júnior por me ensinar que todo caminho tem um coração, o meu está depositado aqui neste trabalho e espero ter cumprido com meu propósito.

Ao meu coorientador Prof. Dr. Wanderson Roberto da Silva pela parceria, companheirismo e apoio nos momentos difíceis.

Aos 168 senhores e senhoras participantes e “protagonistas” da presente pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Longevidade pela oportunidade de fazer parte da turma I, deste certamente futuro longo programa de pós-graduação. Agradeço também a todos os docentes que contribuíram para a minha formação durante esses dois anos.

A todos aqueles que direta ou indiretamente estiveram ao meu lado na construção deste trabalho, pessoas queridas e amadas que sempre me apoiaram durante essa caminhada, em especial minha família (mãe e pai), namorado e amigos.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES, código 001) pela bolsa concedida.

Comer é um processo não apenas fisiológico, mas também, no mínimo, sociocultural e afetivo, no qual nosso corpo faz uma interface com o mundo externo.

(ALVARENGA, 2019, p. 47)

RESUMO

A população mundial está envelhecendo, sabe-se que, o estilo de vida é fator fundamental para a qualidade desse processo, e a alimentação pode ter grande influência. Investigar a alimentação dos indivíduos com o objetivo de saber “o que comem” e “quanto comem”, bem como os fatores sociodemográficos e de estilo de vida influenciadores, é ferramenta relevante e habitual em estudos relacionados à saúde. Além desses aspectos, é necessário ir além, investigando a razão pela qual uma pessoa escolhe seus alimentos, ou seja, “por qual motivo ela come”. Investigar alimentação e estado de saúde de pessoas idosas é importante para contribuir com estratégias e ações que possibilitem uma vida longa. Essa pesquisa foi desenvolvida para verificar os motivos para escolha alimentar e o consumo alimentar de pessoas idosas e analisar a percepção dos participantes sobre alimentação, saúde e longevidade. Trata-se de estudo transversal descritivo-exploratório que utilizou método misto (qualitativo-quantitativo). A coleta dos dados ocorreu, inicialmente, por meio de entrevista com pessoas idosas residentes na área urbana da cidade de Alfenas/MG. A entrevista foi realizada com 168 participantes, sendo que todos forneceram dados sociodemográficos, de estilo de vida, saúde, alimentação e nutrição. Posteriormente, os entrevistados forneceram respostas para os itens do *Food Choice Questionnaire* e Questionário de Frequência Alimentar para coleta de informações sobre escolha e consumo de alimentos. A etapa qualitativa foi realizada com 18 indivíduos que falaram sobre alimentação, saúde e longevidade a partir de perguntas norteadoras, sendo essa gravada em áudio. Após finalização da entrevista, foi solicitado ao participante que indicasse outra pessoa elegível para a pesquisa adotando-se assim, amostragem em “bola de neve”. Os dados quantitativos foram analisados a partir de estatística descritiva e inferencial adotando-se teste conforme a normalidade dos dados e nível de significância de 5%. Os dados qualitativos foram analisados a partir de análise temática. Do total de participantes, 69,6% se identificaram como mulheres e a média de idade foi de 72,6±8,9 anos. A maioria dos participantes (54,8%) apresentou autopercepção positiva do seu estado de saúde, porém revelaram perceber piora em seu estado de saúde, ao comparar o momento atual ao período de um ano atrás (82,7%). Entre os motivos investigados para escolha alimentar, saúde, conteúdo natural e preço emergiram como os mais importantes e o controle do peso como um dos menos importantes. Ao comparar os motivos segundo a idade, verificou-se que as pessoas idosas com idade entre 60 e 69 anos atribuíram maior importância para os motivos saúde e preocupação ética comparadas as com 80 anos ou

mais. O consumo energético médio dos participantes foi abaixo das necessidades para o grupo etário e observou-se correlação significativa dele com sexo, estado civil e autorrelato de depressão/ansiedade. Segundo a percepção dos participantes, emergiram como temas no estudo qualitativo: “Valor absoluto”, “Multicausalidade”, “Equilíbrio e disciplina”, “Fatalismo” e “Alimentação natural”. Tais achados associados com as evidências quantitativas podem contribuir com futuras orientações e intervenções que possibilitem elaborar estratégias visando manejar a saúde por meio da alimentação e conseqüentemente a melhora da qualidade de vida de pessoas idosas.

Palavras-chave: Longevidade; Comportamento de Escolha; Ingestão de Alimentos;
Expectativa de Vida; Epidemiologia Nutricional.

ABSTRACT

The world population is aging, and it is known that lifestyle is a key factor for the quality of this process, and food can have great influence. Investigating the diet of individuals in order to know "what they eat" and "how much they eat", as well as the influencing socio-demographic and lifestyle factors, is a relevant and usual tool in health-related studies. In addition to these aspects, it is necessary to go beyond, investigating the reason why a person chooses their food, i.e. "why they eat". Investigating food and health status of the elderly is important to contribute to strategies and actions that enable a long life. This research was developed to verify the reasons for food choice and food consumption of older people and to analyze the perception of participants about food, health, and longevity. This is a cross-sectional descriptive-exploratory study that used a mixed method (qualitative-quantitative). Data collection initially occurred through interviews with elderly residents in the urban area of Alfenas/MG. The interview was conducted with 168 participants, all of whom provided sociodemographic, lifestyle, health, food and nutrition data. Subsequently, the interviewees provided answers to the items of the Food Choice Questionnaire and Food Frequency Questionnaire to collect information about food choice and consumption. The qualitative step was carried out with 18 individuals who talked about food, health, and longevity from guiding questions, and this was audio recorded. After finishing the interview, the participant was asked to indicate another eligible person for the research, thus adopting snowball sampling. The quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics, adopting tests according to the normality of the data and a 5% significance level. The qualitative data were analyzed using thematic analysis. Of the total number of participants, 69.6% identified themselves as women and the mean age was 72.6+8.9 years. Most participants (54.8%) had a positive self-perception of their health status, but they perceived a worsening in their health status when comparing the current moment to the period one year ago (82.7%). Among the reasons investigated for food choice, health, natural content, and price emerged as the most important, and weight control as one of the least important. When comparing the reasons according to age, it was found that older people aged 60 to 69 years attributed greater importance to health and ethical concerns compared to those aged 80 years and older. The average energy intake of the participants was below the needs for the age group and a significant correlation was observed with gender, marital status, and self-reported depression/anxiety. According to the participants' perception, the following themes emerged as themes in the qualitative study: "Absolute value", "Multicausality", "Balance and

discipline", "Fatalism", and "Natural eating". Such findings associated with quantitative evidence may contribute to future guidelines and interventions that enable the development of strategies aimed at managing health through food and consequently improve the quality of life of older people.

Keywords: Longevity; Choice Behavior; Food Intake; Life Expectancy; Nutritional Epidemiology.

LISTA DE SIGLAS

DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DepFLE	Expectativa de Vida Livre de Dependência
DFLE	Expectativa de Vida Livre de Incapacidade
FCQ	Food Choice Questionnaire
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IU	Ingestão Usual
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde de 2013
QFA	Questionário de Frequência Alimentar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	JUSTIFICATIVA	15
1.2	OBJETIVOS	16
1.2.1	Objetivo Geral	16
1.2.2	Objetivos específicos.....	16
2	DESENVOLVIMENTO.....	18
2.1	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1.1	Economia comportamental.....	18
2.1.2	Transição nutricional	19
2.1.3	Consumo alimentar.....	18
2.1.3.1	Escolha alimentar.....	21
2.1.4	Epidemiologia do envelhecimento.....	21
2.1.5	Epidemiologia nutricional.....	25
2.2	MATERIAL E MÉTODOS.....	27
2.2.1	Delineamento do estudo	28
2.2.2	Local do estudo	29
2.2.3	Participantes	29
2.2.4	Entrevistas e coleta de dados	29
2.2.5	Análise de dados.....	32
2.2.6	Aspectos éticos	33
2.3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
3	CONCLUSÃO.....	85
	REFERÊNCIAS	87
	APÊNDICES	98

ANEXOS.....	152
--------------------	------------

1 INTRODUÇÃO

A população mundial está envelhecendo, estima-se que pela primeira vez na história o somatório de adolescentes e adultos jovens será inferior ao das pessoas mais velhas. No mundo o número de pessoas com 60 anos ou mais dobrou de 1980 a 2017, atingindo 962 milhões e a perspectiva é alcançar 2 bilhões em 2050. Além disso, os longevos (pessoas com idade igual ou superior a 80 anos) compõem uma fração em expansão da população mundial, sendo que segundo as projeções o contingente irá mais que triplicar de 2017 a 2050, alcançando 425 milhões. Desse modo, frente ao avanço de uma vida mais longa tem-se como desafio desenvolver estratégias para que as pessoas idosas possam superar limites, que podem ocorrer com o aumento da idade, e viver com melhor qualidade de vida (UNITED NATIONS, 2017; ZHANG *et al.*, 2020).

O estilo de vida é fator fundamental para a qualidade da longevidade, e a alimentação pode ter grande influência nesse processo. Nesse sentido, há relação existente entre nutrição, envelhecimento e doenças da pessoa idosa (FERREIRA; SILVA; PAIVA, 2020). Os estudos em epidemiologia nutricional têm contribuído marcadamente para a compreensão da importância da dieta no processo saúde-doença, investigando associações entre morbimortalidade e deficiências nutricionais específicas. Com a transição epidemiológica e nutricional, a epidemiologia nutricional ampliou substancialmente seu escopo, estudando e descobrindo a influência da alimentação sobre a ocorrência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (KAC; SICHIERI; GIGANTE, 2007).

Atualmente, as DCNT constituem a principal causa de morbimortalidade no mundo, com destaque para as doenças do sistema circulatório, câncer, doença respiratória crônica e diabetes, sendo as principais causadoras da perda de qualidade de vida, incapacidades e limitações (MALTA *et al.*, 2019). Diante disso, esforços científicos e tecnológicos globais buscam ampliar o acesso e qualidade à assistência aos portadores de DCNT, por meio de cuidados na atenção primária, prática clínica, aconselhamento, acesso a exames laboratoriais e medicamentos de forma a agregar benefícios ao tratamento destes indivíduos, proporcionando melhoria na qualidade dos anos de vida ganhos, em especial de pessoas idosas (MALTA *et al.*, 2017). No entanto, maiores esforços são necessários para a prevenção de tais doenças, e uma importante alternativa para isso é a alimentação saudável.

A alimentação tem relação direta com alguns fatores ligados a prevenção, controle e/ou tratamento de DCNT. Assim, a alimentação adequada e saudável pode contribuir com o

amortecimento de complicações decorrentes do excesso de peso, dislipidemias, descontrole glicêmico, consumo excessivo de gordura saturada e baixa ingestão de frutas e vegetais (BRASIL, 2014). Vale mencionar que a alimentação é um direito humano básico reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pois tem importante papel na recuperação, manutenção e promoção da saúde contribuindo assim, para a longevidade. Os benefícios da alimentação adequada e saudável se dão pela ingestão do alimento e pelas combinações de nutrientes e outros compostos químicos que compõem a matriz alimentar (BRASIL, 2021).

Diante da importância da alimentação como um determinante modificável do risco de doenças, o Plano de Ação Global da OMS para a Prevenção e Controle de DCTN inclui estratégias dietéticas para equilibrar a ingestão de energia, limitar o consumo de alimentos fontes de gorduras saturadas e trans, dando preferência para o consumo de fontes de gorduras insaturadas, aumentar a ingestão de frutas e vegetais e limitar a ingestão de alimentos com excesso de açúcar e sal. Padrões alimentares descritos na literatura por diminuir o risco de DCNT compartilham muitas destas características em comum com as recomendações propostas pela OMS, tais como maior consumo de alimentos vegetais, incluindo frutas, legumes, verduras, leguminosas, grãos inteiros, nozes e sementes, e menor consumo de alimentos de origem animal, em especial carnes gordurosas e processadas (CENA; CALDER, 2020).

Ao constatar a contribuição que a alimentação e nutrição podem trazer para a saúde, deve-se considerar, segundo Garcia (1997), que o comportamento alimentar inclui tanto as práticas empíricas observadas (i.e., “o que”, “quanto”, “como”, “quando”, “onde” e “com quem” se come), mas também aspectos subjetivos, como os socioculturais e os psicológicos que agregam valor simbólico à alimentação (p. ex., alimentos e preparações típicas ou tradicionais, comida desejada ou apreciada e quantidade percebida que se come). Nesse contexto, destaca-se o conceito de escolha alimentar, uma vez que identificar a razão pela qual as pessoas comem o que comem é essencial visando compreender o processo que precede a ingestão alimentar.

A escolha alimentar é um ato dinâmico intrínseco ao comportamento alimentar dos indivíduos, podendo ser entendida como um conjunto de atitudes conscientes ou subconscientes, tomadas em relação aos alimentos e que envolve fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos e culturais. Ela engloba diferentes etapas que precedem o ato de se alimentar propriamente dito como, por exemplo, despertar o interesse, procurar, avaliar e tomar a decisão de consumir o alimento. Essas etapas podem ser influenciadas e variar conforme os diferentes ciclos da vida. Por exemplo, na infância, as escolhas

alimentares podem ocorrer majoritariamente pela intuição de modo a atender os sinais biológicos, na juventude pelas experiências sociais externas e durante a vida adulta e velhice pelas crenças, cognições e afetos (ALVARENGA *et al.*, 2019).

A promoção de comportamentos saudáveis, incluindo aqueles relacionados com a escolha de alimentos, possui efetividade quando impulsionada por profissionais envolvidos com os indivíduos, ou seja, aqueles que buscam compreender o contexto de vida das pessoas para auxiliá-las de forma assertiva. Assim, teorias e modelos que buscam compreender melhor o comportamento humano podem ser de grande importância. Na área da saúde uma abordagem emergente é a economia comportamental, um campo de saberes e práticas que investiga o efeito de fatores cognitivos, emocionais, psicológicos e sociais sobre a tomada de decisão de indivíduos e instituições (LOCH *et al.*, 2019).

Diante do exposto e considerando o aumento da expectativa de vida e a busca por estratégias e ações que possibilitem uma vida longa e saudável, é de interesse eminente investigar a temática alimentação e estado de saúde na população idosa, visto que:

[...] é indispensável avaliar e monitorar os padrões alimentares dos idosos em relação ao diagnóstico geral de saúde e à incidência de comorbidades, visto que a alimentação saudável é um dos principais determinantes do envelhecimento saudável e, portanto, capaz de prolongar a sobrevivência e proporcionar melhor qualidade de vida (PEREIRA *et al.*, 2020, p. 2).

1.1 JUSTIFICATIVA

O aumento da carga de DCNT constitui um grande problema de saúde pública em todo o mundo e afeta negativamente uma vida mais longa e saudável. Tais doenças são responsáveis por 75% dos óbitos no Brasil e estão relacionadas com a crescente prática de fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de álcool, inatividade física e alimentação inadequada. No que se refere ao consumo alimentar, práticas alimentares inadequadas podem contribuir para desfechos negativos, justificando intervenções que busquem guiar comportamentos mais saudáveis (QUARTA *et al.*, 2021).

A adoção de estilo de vida que inclui alimentação inadequada tem potencial para impactar negativamente na saúde das pessoas, especialmente as idosas. Esse grupo populacional, usualmente, apresenta consumo nutricional inadequado, o que relaciona-se com o aumento da morbimortalidade, susceptibilidade a infecções e redução da qualidade de vida (PEREIRA *et al.*, 2020).

Entre os determinantes de saúde, destaca-se a alimentação como um dos principais. Há uma parcela importante de pessoas, mesmo em países desenvolvidos, que apresenta consumo

insuficiente de frutas, vegetais e grãos integrais e, por outro lado, consumo elevado de alimentos processados, ou seja, aqueles usualmente ricos em energia, sódio, açúcar e gordura saturada. Mesmo com medidas de saúde pública visando melhorar os hábitos alimentares, há dados sugerindo que a qualidade da dieta permaneceu abaixo do ideal ao longo dos anos (BÉDARD *et al.*, 2020).

Tais considerações trazem um desafio para profissionais da saúde e formuladores de políticas públicas, visto a necessidade de melhora das ações nutricionais. Além disso, é necessário buscar e identificar novas abordagens que possam promover a alimentação adequada e saudável em longo prazo visando a consolidação de hábitos saudáveis. Essa é uma tarefa desafiadora, mas necessária, pois tem potencial para promover saúde e até mesmo contribuir para a redução de custos relacionados com as doenças (LIEFFERS *et al.*, 2018).

Ao investigar a escolha alimentar de pessoas idosas é importante levar em consideração determinantes individuais (p. ex., valor nutricional e emocional atribuído pelas pessoas aos alimentos) e coletivos (p. ex., fatores socioeconômicos e culturais). Esses podem explicar o consumo alimentar e guiar as ações sendo, portanto, relevantes de serem compreendidos, especialmente, em pessoas idosas residentes no Brasil, uma vez que a literatura sobre escolha alimentar nesse recorte populacional é pouco explorada (GOMES *et al.*, 2020).

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Verificar os motivos para escolha alimentar e o consumo alimentar de pessoas idosas e analisar a percepção dos participantes sobre alimentação, saúde e longevidade.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) descrever características sociais, demográficas, antropométricas, clínicas e de estilo de vida dos participantes;
- b) verificar a autopercepção dos participantes sobre o estado de saúde;
- c) identificar e comparar a importância atribuída para cada motivo investigado subjacente à escolha alimentar dos participantes;

- d) investigar a relação dos motivos de escolha alimentar segundo a idade dos participantes;
- e) analisar o consumo alimentar dos participantes e sua relação com diferentes características individuais dos participantes;
- f) verificar a percepção dos participantes sobre os temas “saúde”, “alimentação” e “longevidade”.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1.1 Economia comportamental

Na área da saúde uma abordagem emergente é a economia comportamental que trata de um campo de saberes e práticas que investiga o efeito de fatores cognitivos, emocionais, psicológicos, sociais e econômicos sobre a tomada de decisão de indivíduos e instituições (LOCH *et al.*, 2019). Abordagens tradicionais de mudança comportamental em saúde, baseados na teoria econômica convencional, têm focado, principalmente, em melhorar o acesso à informação, como a divulgação de diretrizes e campanhas educativas, partindo do pressuposto que os sujeitos são tomadores de decisão perfeitamente racionais. Porém, avanços nas pesquisas em economia comportamental, reforçam que os humanos exercem uma racionalidade limitada e imperfeita contrária ao que a teoria econômica convencional/clássica previa (WANG; GROENE, 2020).

Grande parte da morbimortalidade tem como causa hábitos de vida e fatores de risco modificáveis. Uma estratégia promissora para promover a mudança de tais fatores são intervenções de saúde pública baseadas na economia comportamental, por valorizarem princípios psicológicos e econômicos como determinantes conjuntos do comportamento humano. Dentro dessa teoria desenvolve-se uma intervenção denominada “*nudge*” (i.e., “cutucar” – numa tradução livre para o português), modificando, sem restringir, a capacidade de escolha dos sujeitos. Essa é aplicada com sucesso em diversas áreas como, por exemplo, atividade física, vacinação, cessação do tabagismo, nutrição e prescrição de medicamentos, sendo que em cada uma delas as “cutucadas” tem características próprias (ABELLÁN; JIMENEZ-GOMEZ, 2020).

Para promover uma mudança comportamental de sucesso é preciso compreender e distinguir os diferentes fatores que determinam o comportamento humano, dentre eles o consumo alimentar. Pessoas e o ambiente em que vivem constituem um conjunto que é influenciado diretamente pela subjetividade, história, cultura e sociedade. Além disso, hábitos e comportamentos alimentares se formam e se estabelecem pelos contextos sociais em que estão inseridos, não podendo ser completamente deles dissociados. Assim, a aplicação de teorias do comportamento em diversos campos tem despertado o interesse de como elas

podem auxiliar na área da alimentação e nutrição (SEIXAS *et al.*, 2020).

2.1.2 Transição nutricional

A transição nutricional vivenciada nas últimas décadas é resultante dos processos de urbanização e industrialização que marcaram a história mundial, trazendo modificações nos hábitos alimentares com o aumento da ingestão de alimentos com elevado teor calórico em detrimento ao consumo de frutas, legumes, verduras e cereais. Ademais, ligado à transição nutricional encontra-se a inatividade física, decorrente do avanço da tecnologia que automatiza diversas atividades cotidianas. A combinação de sedentarismo e alimentação inadequada contribui para condições como o excesso de peso e conseqüentemente para o comprometimento da saúde (POLEZES; GAVA; PAIXÃO, 2020).

As mudanças nos hábitos alimentares estão relacionadas com a qualidade dos alimentos produzidos e consumidos pelas pessoas. Visando se adequar ao ritmo acelerado do cotidiano, as pessoas optam, muitas vezes, por alimentos com preparo prático, porém com baixo valor nutritivo, indo de encontro às orientações para preferir alimentos *in natura* ou minimamente processados. Como consequência dessas alterações, as taxas de sobrepeso e obesidade estão em ascensão assim como as DCNT, tais como diabetes, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares. Atualmente, as DCNT representam a principal causa de morte no Brasil e no mundo (SILVA *et al.*, 2018).

2.1.3 Consumo alimentar

A transição nutricional experienciada pelo Brasil nas últimas décadas contribuiu para o desenvolvimento das DCNT. O desenvolvimento econômico brasileiro, propiciou a urbanização e a industrialização que somados ao processo de globalização mudaram a forma como se produz, distribui e consome os alimentos. Diante disso, doenças relacionadas com as deficiências nutricionais estão sendo substituídas gradativamente pelas ligadas ao excesso (CANUTO; FANTON; LIRA, 2019).

O processo de globalização e o conseqüente crescimento da comercialização de alimentos propiciou o aumento do consumo de alimentos e bebidas ricos em carboidratos simples, proteínas de origem animal, gordura saturada, elevado teor de açúcar e baixo teor de micronutrientes. O acesso facilitado a estes tipos de produtos industrializados e a influência

do *marketing* dos *fast foods* são fatores que exercem marcante influência na escolha alimentar dos indivíduos (PRADO; SANTOS; CARVALHO, 2018).

Como visto, as escolhas alimentares que podem determinar o consumo alimentar das pessoas são consequência de determinação multifatorial. Em inquéritos alimentares, considerar a multidimensionalidade e a complexidade da alimentação ainda constitui um dos principais desafios para a epidemiologia nutricional. Mas, explorar estes diferentes cenários e as relações que determinam os padrões alimentares é essencial para compreender e monitorar as práticas e a evolução dos hábitos de consumo alimentar, suas variações regionais ou globais e direcionar as ações em saúde para cada população (ROMEIRO *et al.*, 2020).

Para avaliar a ingestão alimentar em pesquisas é comum o uso de instrumentos como, por exemplo, o recordatório de 24 horas (apenas um dia ou múltiplos), Questionários de Frequência Alimentar (QFAs) e registros dietéticos. A ingestão de longo prazo ou habitual, mais frequentemente referida como ingestão usual (IU), é estimada por meio de medições de curto prazo usando diversas técnicas que consideram a variação intrapessoal. Usando uma abordagem geral semelhante, variadas metodologias estatísticas foram criadas para estimar as distribuições de IU. Cada método oferece diferentes características e complexidades e a preferência por um em relação aos outros pode estar condicionada mais a razões práticas do estudo, tais como disponibilidade de dados e capacidade computacional, do que somente ao método isoladamente (FULGONE; GAINE; SCOTT, 2020).

Segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), coletados entre 2017 e 2018, o padrão alimentar da pessoa idosa brasileira baseou-se, predominantemente, no consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados em 56,9% do total de energia, com destaque para o consumo de arroz (11,1%), carnes (7,1%) e feijão (6,7%). Por outro lado, observou-se baixo consumo de frutas e verduras/legumes, correspondendo, respectivamente a 5,0% e 2,2% do total de energia consumida. O grupo dos alimentos ultraprocessados, foram responsáveis, por cerca de 15% das calorias consumidas, destacando-se como preocupação a ingestão de margarina (2,6%), pães industrializados (2,4%), biscoitos salgados e salgadinhos “de pacote” (2,2%), frios e embutidos (1,2%), biscoitos doces (1,1%) e chocolate, sorvete, gelatina, flan ou outra sobremesa industrializada (1,0%) (IBGE, 2020).

Outra pesquisa nacional realizada pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) em 2021 apontou o consumo alimentar usando marcadores de padrões saudáveis e não saudáveis de alimentação. Na faixa etária de 65 anos, foi encontrado que 44,7% das pessoas consumiam frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana, observando-se na amostra total (i.e., > 18 anos) um aumento com a

idade, sendo maior em níveis mais elevados de escolaridade. A maioria das pessoas idosas (60,2%) consumia feijão em cinco ou mais dias da semana, com tendência de diminuição com aumento da escolaridade na amostra total. Ademais, o consumo de cinco ou mais grupos de alimentos minimamente processados ou protetores para DCNT foi encontrado em 34,4% das pessoas idosas, com tendência na amostra total de aumento com a idade e escolaridade. Quanto ao consumo de refrigerantes, 8,7% das pessoas idosas ingeriam em cinco ou mais dias da semana, com diminuição de consumo com o avanço da idade, resultado observado na amostra total. Por fim, 9,3% das pessoas idosas relataram ter consumido cinco ou mais alimentos do grupo de ultraprocessados no dia anterior à entrevista com tendência de diminuição com a idade, sendo maior nos estratos de 9 a 11 anos de escolaridade considerando a amostra total (BRASIL, 2021). Vale mencionar que a variável renda não foi controlada nesse estudo.

Na coorte do Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil) foi observado, entre as 7.918 pessoas avaliadas, que cerca de 80% apresentaram consumo insuficiente de frutas e hortaliças, sendo esse resultado encontrando em indivíduos de ambos os sexos e com ou sem multimorbidade. Vale esclarecer que para o estudo ELSI-Brasil foi considerado consumo inadequado, o consumo inferior a cinco porções diárias em menos de cinco dias por semana de acordo com a recomendação da OMS (ALMEIDA, 2020).

Com relação à avaliação da ingestão energética e de macronutrientes na população idosa, geralmente, os estudos evidenciam médias de consumo inferiores às recomendações vigentes para essa faixa etária, fato associado com doenças presentes, fatores socioeconômicos, alterações no estilo de vida e hábitos alimentares (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000). Por exemplo, estudo realizado com 427 pessoas idosas residentes em Porto Alegre indicou consumo de 1.564 Kcal/dia para homens e 1.330 Kcal/dia para mulheres, com conseqüente inadequação dos macronutrientes (VENTURINI *et al.*, 2015).

2.1.3.1 Escolha alimentar

O consumo alimentar dos indivíduos é determinado por suas escolhas alimentares, sendo essa uma atividade complexa que pode ser entendida como um conjunto de atitudes conscientes ou subconscientes, tomadas em relação aos alimentos e que envolve fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos e culturais. A escolha alimentar engloba diferentes etapas que precedem o ato de se alimentar propriamente dito como, por exemplo,

despertar o interesse, procurar, avaliar e tomar a decisão de consumir o alimento (ALVARENGA *et al.*, 2019).

É importante destacar que escolha alimentar e consumo alimentar são dois dos componentes de um construto mais amplo e dinâmico chamado comportamento alimentar, que de forma simplificada é o conjunto de ações em relação ao ato de se alimentar, que perpassam por questões relativas ao “por que”, “quando”, “como”, “onde”, “com quem” e “de que forma” se come. Didaticamente são considerados três níveis de seleção para a determinação do comportamento alimentar sendo eles: o filogenético, referente aos aspectos ligados à preservação da sobrevivência visando a obtenção de energia por meio dos alimentos; o ontogenético, que está ligado ao histórico individual advindo das interações sensoriais alimentares diante das aprendizagens e observações vivenciadas; e, por fim, o cultural, que através da comunicação se adquire e repassa comportamentos ao longo de gerações. Vale mencionar que tais níveis, na prática, não devem ser desvinculados para compreensão do comportamento alimentar (ALVARENGA; DAHÁS; MORAES, 2021).

A investigação de consumo alimentar dos indivíduos com o objetivo de saber “o que comem” e “quanto comem”, bem como os fatores sociodemográficos e de estilo de vida envolvidos, é relevante e habitual em estudos relacionados à saúde. Além desses aspectos é necessário ir além, investigando a razão pela qual uma pessoa escolhe seus alimentos, ou seja, “por que comem o que comem”. Percebendo isso, Rappoport e colaboradores (1992) evidenciaram em seu estudo quatro fatores básicos que devem ser considerados para a compreensão das escolhas alimentares: prazer, saúde, conveniência e tradição.

Nos anos da década de 1990, usualmente, os indivíduos relacionavam fortemente alimentação e saúde, sendo que alimentação constitui um fator de risco modificável para certos tipos de doenças. O esperado, então, seria que todos tivessem uma boa alimentação, porém nem sempre isso acontece (COSTA; STREHLAU, 2020). Há diversas dimensões que moldam os valores de um indivíduo, de caráter social, político e econômico, que por sua vez podem influenciar nas escolhas alimentares, podendo fazer com que estratégias convencionais como apenas o acesso à informação e educação nutricional sejam simplistas diante da multiplicidade de fatores que determinam a escolha alimentar (SILVA; PAIS-RIBEIRO; CARDOSO, 2008).

Stephoe, Pollard e Wardle (1995) também contribuíram de modo seminal para a compreensão do conceito de escolha alimentar a partir do momento em que desenvolveram o *Food Choice Questionnaire* (FCQ). Esse instrumento foi elaborado para avaliar a importância relativa de uma série de motivos determinantes das escolhas alimentares dos indivíduos. O

FCQ contém 36 itens que são respondidos utilizando escala de resposta do tipo *Likert* de 4 pontos (1=nada importante; 2=pouco importante; 3=moderadamente importante; 4=muito importante). O questionário rastreia nove motivos para explicar as escolhas alimentares, sendo eles: saúde; humor; conveniência; apelo sensorial; conteúdo natural; preço; controle do peso; familiaridade; preocupação ética. O FCQ foi testado em uma amostra composta por universitários e membros da população em geral de Londres. O estudo evidenciou que apelo sensorial, saúde, conveniência e preço foram os motivos de escolha alimentar mais importantes dos participantes. É importante mencionar que o FCQ é amplamente utilizado, sendo que já foi aplicado em mais de 40 países e traduzido para mais de 20 idiomas (CUNHA, 2018).

No Brasil, Heitor e colaboradores (2015) realizaram o processo de tradução da versão original do FCQ para o português. Posteriormente Heitor e colaboradores (2019) avaliaram as propriedades psicométricas e identificaram bons parâmetros de validade e confiabilidade da versão em português. Vale destacar que os estudos que utilizaram o FCQ em âmbito brasileiro até o momento, incluíram pessoas idosas como parte da amostra, mas não focaram apenas nesse grupo populacional. Isso foi observado no estudo de Mitterer-Daltoé *et al.* (2013) conduzido com pessoas de 18 a 60 anos (n=200), no estudo de Heitor *et al.* (2015) com participante de 18 a 71 anos (n=86), no estudo de Heitor *et al.* (2019) realizado com indivíduos de 18 a 96 anos (n=502) e no estudo de Marsola *et al.* (2020) que envolveu pessoas com idades maior de 18 anos incluindo as idosas (n=525).

2.1.4 Epidemiologia do envelhecimento

Diante da complexidade do fenômeno do envelhecimento, cujas mudanças atingem o amplo aspecto biopsicossocial e sabendo da dificuldade em mensurá-lo e delimitar a idade biológica de um indivíduo, é compreensível a ausência de uma definição única e global. Nesse sentido, o envelhecimento pode ser entendido como um fenômeno decorrente de múltiplas vertentes, não sendo uma única teoria, entre as existentes, capaz de explicá-lo como um todo (FREITAS; PY, 2018). De modo geral, as teorias para investigação do envelhecimento podem ser agrupadas em três dimensões sendo essas: (1) teorias biológicas, que envolvem processos fisiológicos e orgânicos; (2) teorias sociais, que procuram explicar o processo de envelhecimento por meio das relações e interações da pessoa idosa com a sociedade; (3) teorias psicológicas, que buscam compreender as alterações psíquicas como

resultado do processo de envelhecimento. Tais teorias contribuem para elucidar as formas pelas quais os indivíduos lidam com os desfechos decorrentes do avanço da idade (HASWORTH; CANNON, 2015; LIPSKY; KING, 2015; WERNHER; LIPSKY, 2015).

Desde o século XX nota-se expressivo aumento da expectativa de vida resultando em maior proporção de pessoas vivendo mais. Na América Latina, o envelhecimento populacional tem ocorrido em maior velocidade comparada com países da Europa e da América do Norte. Diante do aumento da duração da vida, é importante destacar que não basta viver mais, mas sim viver com mais saúde. A teoria da expansão da morbidade coloca que uma extensão da vida, atualmente, tem por consequência a expansão das doenças e incapacidades. Por outro lado, é possível traçar abordagens como a de compressão da morbimortalidade, onde a carga de doença e morte podem ser reduzidas conforme se estende a duração da vida (MORENO; LERA; ALBALA, 2020). Em 2015, a OMS apresentou como meta global a ser seguida pelas políticas públicas o conceito “envelhecimento saudável”, sendo este entendido como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada. Essa proposta visa promover uma velhice independente e autônoma, em trajetórias positivas de envelhecimento, considerando a gama de fatores envolvidos (OMS, 2015).

Diferentes estratégias podem ser adotadas para se ter um estilo de vida saudável, incluindo a opção por uma alimentação balanceada que pode contribuir com benefícios relevantes, especialmente, em termos de maior longevidade com qualidade. Uma análise de dados de coorte no Reino Unido (2006-2016) revelou que o envolvimento em um estilo de vida saudável foi associado com até 6,3 anos a mais para homens e 7,6 anos para as mulheres (CHUDASAMA *et al.*, 2020). A fim de se avaliar e monitorar de forma mais eficaz se os anos de vida ganhos são passados em bom estado de saúde ou não, foram criados os indicadores de expectativa de vida saudável, que permitem combinar informações sobre sobrevivência (mortalidade) e saúde (morbidade). A maioria das pesquisas se concentrou na expectativa de vida livre de incapacidade (DFLE), ou seja, ausência de incapacidade funcional. No Chile, país da América do Sul onde as pessoas idosas esperam viver tanto quanto em países desenvolvidos, em 2015 a expectativa de vida ao nascer era de 80,5 e aos 60 anos era de 24,4 anos. Estudo conduzido nesse país revelou que a DFLE, ao explorar o paradoxo gênero saúde-sobrevivência, mostrou que as mulheres mais velhas de Santiago poderiam viver mais, porém em uma proporção maior destes anos adicionais com deficiência, quando comparadas aos homens (MORENO *et al.*, 2018).

Outro indicador ainda modestamente utilizado é a expectativa de vida livre de

dependência (DepFLE) que é baseado nas necessidades de cuidado. Um estudo analisou o DFLE e o DepFLE, utilizando dados do 10/66 *Dementia Research Group*, uma coorte de pessoas idosas acima de 65 anos que vivem em 12 locais diferentes em oito países de baixa e média renda (China, Cuba, República Dominicana, Índia, México, Peru, Porto Rico e Venezuela). Os resultados apontaram que ambos os indicadores diminuíram com a idade em todos os países e foram maiores nas mulheres do que nos homens. Destacando que o DFLE aos 65 anos foi maior no México (homens = 15,4; mulheres = 16,5) e menor na Índia (homens = 11,5; mulheres = 11,7) (PRINA *et al.*, 2020).

Outro indicador que está sendo discutido para avaliar o envelhecimento saudável de forma mais ampla é a capacidade intrínseca. Ele foi proposto pela OMS e abrange cinco domínios, nomeadamente: cognitivo, psicológico, sensorial, locomotor e vitalidade. No Brasil, estudo usando dados representativos da população brasileira com 7.175 participantes da coorte ELSI-Brasil avaliou a capacidade intrínseca e obteve resultados satisfatórios. Na prática, os resultados desse tipo de avaliação podem propiciar cuidados mais integrados, indo além da concepção tradicional baseada apenas na doença, atendendo desta maneira as necessidades específicas das sociedades que estão envelhecendo de forma heterogênea (ALIBERTI *et al.*, 2022).

Klusmann e colaboradores (2019) destacam que autopercepção do envelhecimento, ou seja, a forma como as pessoas percebem o envelhecimento também parece desempenhar papel importante na saúde e envelhecimento saudável. O envelhecimento percebido de maneira positiva está sendo associado à promoção da saúde individual e comportamentos de prevenção como prática de atividade física, alimentação balanceada, uso limitado de álcool e tabaco. O estudo de coorte desenvolvido por Klusmann e colaboradores (2019) durante 12 meses com pessoas na faixa etária de 18 a 92 anos evidenciou que autopercepção positiva do envelhecimento previu um padrão alimentar mais saudável. Ademais, os autores mencionaram que os efeitos foram mediados parcialmente pela autoeficácia motivacional, preditor sociocognitivo específico de comportamento, contribuindo para formar uma intenção, que é uma pré-condição da disposição, para um comportamento alimentar mais favorável.

O estudo de Dourado e colaboradores (2018) com pessoas idosas das coortes do Estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) objetivou determinar os padrões alimentares de pessoas idosas. Nesse, foi evidenciado que as pessoas idosas que adotam padrão alimentar composto por alimentos saudáveis apresentaram melhor autopercepção de saúde e estilo de vida. Tal resultado reforça as evidências sobre a relação existente entre autopercepção positiva da própria saúde, envolvimento em práticas alimentares e estilos de

vida mais saudáveis e envelhecimento saudável.

No Brasil, a expectativa de vida aos 60 anos aumentou cerca de nove anos em um período de pouco mais de 50 anos. O DFLE foi estimado nas idades de 60, 70 e 80 anos no Brasil e nas grandes regiões, utilizando dados de deficiência obtidos na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998 e na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013. Os resultados evidenciaram que entre 1998 e 2013, de forma geral, a expectativa de vida das pessoas idosas brasileiras de 60 anos aumentou e cresceu também o DFLE. Contudo, a análise por regiões identificou diferenças no DFLE, sendo que nas regiões Norte e Centro-Oeste as pessoas idosas brasileiras podem viver mais, porém nestes anos adicionais com menos saúde. Para a região sudeste, o DFLE diminuiu com a idade no período analisado (CAMARGOS *et al.*, 2019).

Camargos e Gonzaga (2015), entre 1998 e 2008, analisaram três variantes de expectativa de vida saudável de pessoas idosas no Brasil, sendo elas: DFLE, expectativa de vida com percepção de boa saúde e expectativa de vida livre de doenças crônicas. Os achados apontaram que apesar de as mulheres apresentarem maior expectativa de vida, comparadas aos homens, possivelmente elas viverão por mais tempo com saúde ruim independentemente do indicador utilizado para mensurar saúde. Achado este, também evidenciado em estudos semelhantes com amostra brasileira (ANDRADE *et al.*, 2011; CAMARGOS, 2014; CAMARGOS; MACHADO; RODRIGUES, 2008; ROMERO; LEITE; SZWARCOWALD, 2005).

2.1.5 Epidemiologia nutricional

Inicialmente, os estudos em epidemiologia nutricional contribuíram marcadamente para a compreensão da importância da dieta no processo saúde-doença, investigando associações entre morbimortalidade e deficiências nutricionais específicas. Mais tarde, no contexto das transições, a epidemiologia nutricional ampliou seu escopo, estudando e descobrindo a influência da alimentação sobre a ocorrência de DCNT (KAC; SICHIERI; GIGANTE, 2007).

Como já mencionado, as DCNT são responsáveis por mais de 70% das mortes no mundo constituindo um desafio para a saúde pública no que se refere a prevenção e tratamento. Como estas estão frequentemente relacionadas com a idade, e diante do fato de que a população mundial de pessoas idosas está crescendo continuamente, é relevante

compreender como agir para propiciar melhores condições de vida nos anos ganhos. A OMS estabeleceu diretrizes globais e planos de ação que têm como objetivo principal a educação das pessoas para a busca de hábitos saudáveis como, por exemplo, a opção por uma alimentação saudável. Essa quando rica em compostos benéficos a saúde pode contribuir para a redução de DCNT e outras, tendo impacto positivo sobre o envelhecimento ao promover longevidade com saúde (CAPRARA, 2021).

Contudo, sabe-se que diferentes fatores (p. ex., social, psicológico e biológico) podem produzir mudança nas práticas alimentares de pessoas idosas e dificultar a adesão a uma alimentação saudável levando a inadequações nutricionais. No âmbito biológico, o processo de envelhecimento com as alterações fisiológicas é um forte influenciador sobre a alimentação, podendo-se citar alterações sensoriais no olfato e no paladar, o esvaziamento gástrico mais lento e alterações neuroendócrinas associadas à saciedade precoce e à redução do apetite. Isso pode influenciar as escolhas e o consumo alimentar dos indivíduos, especialmente daqueles em idade avançada e dificultar a prevenção e manejo das DCNT relacionadas diretamente com a alimentação (BRASIL, 2021; SILVA *et al.*, 2019).

Obesidade, diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares, são exemplos de DCNT, usualmente relacionadas com a alimentação inadequada, mas que podem ser prevenidas ou tratadas por estratégias de mudança de comportamento. Padrões alimentares reconhecidos pela literatura como promotores de saúde como, por exemplo, o do mediterrâneo que é amplamente estudado, compartilham de recomendações que podem ser frutíferas. Aliado a isso são necessárias intervenções para mudar o ambiente alimentar, de modo a facilitar para a população em geral fazer escolhas alimentares e de estilo de vida saudáveis (HEMLER; HU, 2019).

O padrão de consumo alimentar tradicional do brasileiro é caracterizado pela ingestão de arroz e feijão nas refeições principais (i.e., almoço e jantar) junto com porções de carne vermelha, vegetais crus e cozidos. Nas pequenas refeições, usualmente, são consumidos produtos lácteos, pães e frutas. Raramente se consome frutos do mar, nozes, vinho e azeite de oliva em comparação, por exemplo, com o padrão de consumo do mediterrâneo. Com a transição nutricional, o brasileiro incorporou hábitos alimentares pouco saudáveis como aqueles característicos da alimentação ocidental, onde os alimentos processados e de baixo valor nutricional ganharam evidente espaço nas refeições diárias (SANTOS *et al.*, 2020).

Evidências sobre a ingestão de alimentos ultraprocessados apontam que esses, quando consumidos em excesso, podem ter impacto negativo na saúde das pessoas, uma vez que, geralmente, são produzidos com elevado teor de açúcar, sal e/ou gordura saturada e trans, e

reduzidas quantidades de fibras dietéticas, proteínas, vitaminas e minerais. Tais alimentos representam mais da metade da energia total das refeições diárias, por exemplo, nos Estados Unidos, Canadá e Reino Unido. Em países em desenvolvimento como Brasil, México e Chile, os alimentos ultraprocessados estão presentes em cerca de um terço do total da energia dietética diária. Diante disso, a “regra de ouro” das diretrizes dietéticas recentes em países latino-americanos é evitar os alimentos ultraprocessados (MONTEIRO *et al.*, 2019).

Estudo realizado no Brasil com uma amostra representativa de 32.898 indivíduos com idade igual ou superior a 10 anos confirmou que a participação na dieta de alimentos ultraprocessados contribui para baixa qualidade nutricional geral da alimentação. Foi identificado nesse estudo que 20,4% do consumo energético total foi proveniente de alimentos ultraprocessados e os mais consumidos foram biscoitos, bolos, produtos doces de confeitaria, hambúrgueres e sanduíches, salgadinhos, pizzas e refrigerantes. Dos quatro padrões alimentares identificados no estudo, um era caracterizado como “não saudável” e foi associado à participação de ultraprocessados na dieta. Os achados sugerem atenção, principalmente em países onde são crescentes as taxas de obesidade, diabetes e outras DCNT (LOUZADA *et al.*, 2018).

2.2 MATERIAL E MÉTODOS

2.2.1 Delineamento do estudo

Este é um estudo transversal descritivo-exploratório que utilizou método misto concomitante (i.e., abordagem quantitativa e qualitativa concomitante). O estudo com temporalidade transversal é aquele que realiza a coleta dos dados de forma pontual, fazendo um “recorte único no tempo”. Recomenda-se este tipo de delineamento em pesquisas que não dispõem de longos períodos para serem desenvolvidas, levando sempre em consideração os objetivos pretendidos (APPOLINÁRIO, 2012).

A pesquisa descritiva tem como objetivo descrever as características de uma população ou fenômeno em estudo, ou então estabelecer relações entre as variáveis por meio de técnicas padronizadas advindas de observações sistemáticas (FIGUEIREDO, 2008). O estudo exploratório tem por finalidade expandir a compreensão de um fenômeno ou problema de pesquisa ainda não compreendido, possibilitando ao pesquisador uma maior familiarização com o objeto que está sendo investigado durante a pesquisa (APPOLINÁRIO, 2011).

A pesquisa de método misto pode ser entendida, como uma combinação das abordagens quantitativa e qualitativa visando expandir a interpretação dos resultados de modo que as evidências possam ser mais assertivas. A estratégia concomitante é uma das abordagens de investigação utilizada dentro da pesquisa de método misto, onde o pesquisador com o objetivo de realizar uma análise abrangente do problema de pesquisa mistura ou converge dado quantitativo e qualitativo. A coleta das duas formas de dados é realizada ao mesmo tempo, sendo que ao final o pesquisador integra as informações na interpretação dos resultados gerais da pesquisa (CRESWELL, 2010).

2.2.2 Local do estudo

O estudo foi realizado inicialmente na cidade de Alfenas, localizada na região sul do estado de Minas Gerais, Brasil. Contudo, como foi utilizada a estratégia de “bola de neve” para alcançar uma amostra mais ampla, a cidade de Campos Gerais, da mesma região, também foi incluída.

2.2.3 Participantes

Inicialmente, indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados no banco de dados do projeto de pesquisa “Associação entre baixo nível de apoio social e o comprimento dos telômeros em idosos” da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), foram convidados inicialmente para participar da presente pesquisa. A partir desses primeiros contatos, foi solicitado a cada participante que indicasse outras pessoas elegíveis para a pesquisa, configurando uma estratégia de “bola de neve” (GOODMAN, 1961; JOHNSON, 2014). Assim, o estudo foi realizado com uma amostra não probabilística determinada por conveniência.

Contudo, um tamanho amostral mínimo de participantes foi estimado para cada etapa do estudo. Para a etapa quantitativa, considerou-se regra de polegar, com base nas associações estabelecidas entre as variáveis de estudo, e assim, determinou-se atingir pelo menos 100 participantes (HAIR *et al.*, 2018). Para a etapa qualitativa, com base na literatura (MOSER; KORSTJENS, 2018), foi estimado um plano amostral de 15 a 20 participantes, pois, é quando, geralmente, as respostas fornecidas pelos indivíduos costumam saturar, ou seja, o conteúdo passa a ser repetido sem novos conteúdos (MINAYO, 2006). Os critérios de

inclusão para participação no estudo foram: pessoas com 60 anos ou mais, responsivas (i.e., com capacidade de responder as perguntas da entrevista sem ajuda de outras pessoas) e que concordaram voluntariamente com a pesquisa.

2.2.4 Entrevistas e coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de dezembro de 2021 e fevereiro de 2022, por meio de entrevista estruturada utilizando questionários e entrevista semiestruturada por meio de perguntas norteadoras, sendo a última etapa gravada em áudio. Os convites para participar foram inicialmente realizados por ligações telefônicas, quando foram apresentados os objetivos do estudo, os procedimentos de coleta de dados e necessidade de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, ver APÊNDICE D), bem como os benefícios e os riscos mínimos. Foi esclarecido que a assinatura do TCLE não indicava obrigatoriedade de participação, podendo essa ser interrompida a qualquer momento sem constrangimentos, danos e prejuízos. Ademais, foi informado que identificações do participante como nome e número de documento permaneceriam em anonimato, não sendo divulgadas nos trabalhos científicos. Para aqueles que aceitaram participar da pesquisa, os informes já mencionados no contato inicial foram novamente realizados presencialmente e uma cópia do TCLE foi entregue ao participante.

Foram agendados previamente com os participantes que manifestaram interesse em participar da pesquisa, o dia e o horário mais convenientes para a coleta de dados, que ocorreu na residência do indivíduo. Contudo, se o participante desejasse, a coleta de dados também poderia ser realizada em outro local que melhor lhe fosse conveniente. Essa possibilidade foi ofertada como medida de segurança tendo em vista que a coleta de dados foi realizada durante a pandemia de Covid-19. Desse modo, a pesquisadora que coletou os dados teve o devido cuidado de realizar a entrevista em local bem ventilado, com ambos (participante e pesquisadora) usando máscara e mantendo distância mínima de 1,5 metros. Além disso, antes da pesquisadora adentrar no local da coleta foi realizada a higienização das mãos com álcool gel 70% e esse ficou disponível durante toda a entrevista, caso fosse necessário nova higienização. Os instrumentos usados para a coleta dos dados (gravador, caneta e papel) foram manipulados apenas pela pesquisadora. As entrevistas ocorreram em dois momentos:

Momento 1: Para coleta de informações sociodemográficas, estilo de vida, saúde, alimentação e nutrição foi utilizado um questionário estruturado dividido em seis blocos,

sendo os cinco primeiros apresentados no Apêndice A. O bloco A incluiu informações demográficas e socioeconômicas; o bloco B incluiu dados sobre a situação de saúde e acesso à informação sobre saúde; o bloco C incluiu itens sobre hábitos e estilo de vida; o bloco D incluiu perguntas sobre conhecimento e informações sobre alimentação e nutrição; o bloco E incluiu medidas antropométricas. Vale mencionar que no bloco B, a variável autopercepção da saúde foi dicotomizada para fins analíticos em percepção positiva (categorias: muito boa; boa) e negativa (categorias: regular; ruim; muito ruim) conforme sugerido por estudos similares que investigaram o tema (MEDEIROS *et al.*, 2016; ZANESCO *et al.*, 2018). Para avaliar a importância relativa de uma série de fatores determinantes das escolhas alimentares dos indivíduos, foi utilizado o FCQ (ver bloco D do APÊNDICE A) que foi originalmente desenvolvido por Steptoe, Pollard e Wardle (1995) e adaptado para a população brasileira por Heitor *et al.* (2019). Para responder o FCQ, os participantes julgaram a importância para cada item do questionário que constitui 9 dimensões, nomeadamente: saúde; humor; conveniência; apelo sensorial; conteúdo natural; preço; controle do peso; familiaridade; preocupação ética. Os itens foram respondidos, utilizando escala do tipo *Likert* variando de 1 (nada importante) a 4 (muito importante) pontos.

As medidas antropométricas coletadas foram peso e altura (ver bloco E do APÊNDICE A) que foram referidas pelas pessoas. Isso foi adotado visto que a literatura apresenta boa concordância entre peso e altura aferidos e referidos (CAMPOS *et al.*, 2018; CARVALHO *et al.*, 2014; DAVIES *et al.*, 2020). Assim, o índice de massa corporal (IMC) foi computado a partir do peso e da altura dos participantes. Para classificação do estado nutricional antropométrico, foram utilizadas as seguintes categorias: baixo peso ($\leq 22\text{kg/m}^2$); eutrofia ou peso adequado (entre 22kg/m^2 e 27kg/m^2); sobrepeso ($\geq 27\text{kg/m}^2$) (THE NUTRITION SCREENING INITIATIVE, 1994).

Para a coleta dos dados de consumo alimentar foi aplicado o Questionário de Frequência Alimentar (QFA) reduzido, usado no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (Elsa-Brasil) validado por Molina *et al.* (2013) e reduzido por Mannato *et al.* (2015) (ver Bloco F do APÊNDICE B). Vale mencionar, que o QFA utilizado foi sutilmente adaptado ao estudo, conforme características da população a ser investigada com o intuito de minimizar possíveis erros de interpretação, contribuindo com informações mais válidas e precisas (AMORIM; PRADO; GUIMARÃES, 2020). Para tanto, foram excluídos alimentos/preparações e bebidas representativos de outras regiões do país (p. ex., chimarrão) e mantidos os itens que são representativos do consumo alimentar local. Os entrevistados foram perguntados com base na lista de alimentos/preparações e bebidas do QFA sobre sua

alimentação habitual dos últimos 12 meses, de modo que eles relataram a frequência do que comiam e bebiam por dia, semana, ou mês, com 8 opções de reposta, variando de mais de 3x/dia até nunca/quase nunca, além da opção consumo sazonal. Foi especificada também a quantidade consumida por vez em unidade do alimento ou em medidas caseiras (p. ex., colher de sopa e colher de servir). Posteriormente, as quantidades consumidas pelos participantes foram convertidas em gramas (g), utilizando tabela de medidas caseiras (PINHEIRO, 2008), e junto à frequência de ingestão foi possível obter o consumo diário do alimento. Esses dados foram utilizados para identificar o consumo diário de cada macronutriente e de energia utilizando a Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (TBCA, 2020) implementada no programa *Dietbox* que foi utilizado. Para alimentos/preparações/bebidas cuja composição não foi descrita na TBCA, utilizou-se outra Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (TACO, 2011). Para avaliar a necessidade energética de macronutrientes (carboidrato, lipídeo, proteína) e água das pessoas idosas, adotou-se como referência para determinar energia total e proteína o preconizado pela Diretriz BRASPEN (GONCALVEZ *et al.*, 2019). Já para estimar a necessidade de carboidrato e lipídeo adotou-se a *Acceptable Macronutrient Distribution Ranges* - AMDR e para água adotou-se a *Adequate Intake* - AI ambas das DRI's (INSTITUTE OF MEDICINE, 2005). Foi determinado no presente estudo segundo o perfil de saúde da amostra investigada 30Kcal/Kg de peso atual para energia e 1,2g/Kg de peso atual para proteína, 55% do valor energético total para carboidrato, 29% do valor energético total para lipídeo, 3700 ml/dia de água para homens e 2700 ml/dia para mulheres.

Momento 2: A abordagem qualitativa versou sobre a avaliação da percepção dos entrevistados sobre saúde, alimentação e sua relação com longevidade. Para tanto, conduziu-se entrevista semiestruturada com três perguntas norteadoras, sendo a primeira: “*Fale sobre saúde*”; a segunda: “*Fale sobre alimentação*”; e a terceira: “*Fale sobre comida e viver mais*” (ver APÊNDICE C). Vale esclarecer que o entrevistado teve a oportunidade de discorrer a partir de cada pergunta separadamente. Ademais, é importante mencionar que a escolha dos participantes para esta etapa do estudo foi por conveniência, conforme disponibilidade do entrevistado.

Todo o material obtido durante a coleta de dados foi arquivado e mantido sob posse do pesquisador responsável em local seguro de modo a garantir a privacidade de todos os participantes. O material ficará assim armazenado por pelo menos cinco anos, mas estará disponível para consulta em qualquer processo de cunho auditor ou para acesso dos participantes.

2.2.5 Análise de dados

Para os dados quantitativos, foram realizadas análises estatísticas descritivas para caracterizar a amostra. Para tanto, medidas de tendência central, variabilidade e frequência das categorias foram computadas conforme natureza de cada variável. A normalidade dos dados foi avaliada por meio do teste *Kolmogorov-Smirnov*. Os testes *Kruskal-Wallis* e *Mann-Whitney* foram utilizados para comparação das variáveis quantitativas. E os testes de *Mann-Whitney* e/ou Qui-quadrado foram utilizados para comparação da amostra total (estudo quantitativo) com a subamostra (estudo qualitativo). Em todas as análises foi adotado nível de significância de 5%. O programa *IBM® SPSS® Statistics*, versão 28.0.1 (Company, Chicago, IL), foi utilizado para realização das análises.

A metodologia utilizada para interpretação dos dados qualitativos foi análise temática. Para tanto, após a gravação em áudio das entrevistas as falas dos participantes foram transcritas na íntegra e posteriormente foi realizada a análise dos dados. Segundo Bardin (1995) a análise temática versa sobre descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência tenha algum significado para o objetivo analítico escolhido na pesquisa. Avançado, Liamputtong (2013) conceitua análise temática como sendo a identificação de códigos por meio de uma leitura cuidadosa das falas transcritas com o objetivo de formular temas advindos de um agrupamento de dados emergentes da pesquisa.

Liamputtong (2013) e Nowell *et al.* (2017) mencionam que na realização do processo de codificação os pesquisadores identificam dados textuais para identificar os códigos e criar os temas. Os seis passos sugeridos para a análise dos dados são: (i) familiarizar-se com os dados coletados, transcrevendo-os, lendo-os, relendo-os e anotando as ideias iniciais; (ii) iniciar a geração dos códigos iniciais; (iii) procurar por temas agrupando os códigos em temas provisórios; (iv) seguir com a revisão dos temas que se desenvolveu inicialmente; (v) nomear os temas, sendo importante realizar uma análise contínua para refiná-los; (vi) quando os temas já estão definidos, realizar a análise final.

2.2.6 Aspectos éticos

O estudo seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres Humanos, Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 (BRASIL, 2012) e

foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG sob os seguintes números de CAAE: 50137621.9.0000.5142 e parecer: 5.032.028 (ver ANEXO A). Todos os participantes assinaram o TCLE.

2.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 168 pessoas idosas (69,6% mulheres) com média de idade de 72,6 [desvio-padrão (DP)=8,9] anos. Informações demográficas e socioeconômicas da amostra estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização demográfica e socioeconômica da amostra de estudo. Alfenas/MG, 2021-2022. (continua)

Característica	Amostra (apenas estudo quantitativo: n=150 + estudo quantitativo e qualitativo n=18)		Subamostra (estudo quantitativo e qualitativo: n=18)		<i>p</i> [†] (comparação entre amostras)
	n	%	n	%	
Sexo					0,060
Masculino	51	30,4	2	11,1	
Feminino	117	69,6	16	88,9	
Idade					0,053
60-69 anos	72	42,9	7	38,9	
70-79 anos	56	33,3	10	55,6	
≥ 80 anos	40	23,8	1	5,6	
Renda#					0,825
de até R\$1.100,00	29	17,3	3	16,7	
de R\$1.101,00 a R\$3.300,00	117	69,6	12	66,7	
de R\$3.301,00 a R\$5.500,00	19	11,3	3	16,7	
de R\$5.501,00 a R\$16.500,00	3	1,8	-	-	
> R\$16.501,00	-	-	-	-	

Tabela 1 - Caracterização demográfica e socioeconômica da amostra de estudo. Alfenas/MG, 2021-2022. (continuação)

Característica	Amostra (apenas estudo quantitativo: n=150 + estudo quantitativo e qualitativo n=18)		Subamostra (estudo quantitativo e qualitativo: n=18)		<i>p</i> [†] (comparação entre amostras)
	n	%	n	%	
Número de moradores na residência					0,935
Somente 1	27	16,1	3	16,7	
de 2 a 3	118	70,2	13	72,2	
de 4 a 5	22	13,1	2	11,1	
de 6 ou mais	1	0,6	-	-	
Raça/cor da pele					0,160
Branca	84	50,0	10	55,6	
Preta	19	11,3	4	22,2	
Parda	65	38,7	4	22,2	
Indígena	-	-	-	-	
Foi a escola					0,145
Não, e não sabe ler nem escrever	15	8,9	-	-	
Não, mas sabe ler e escrever	11	6,5	-	-	
Sim	142	84,5	18	100,0	
Escolaridade					>0,001*
Primeiro grau (ou primário +ginásio)	129	90,8	14	77,8	
Técnico de nível médio (ex.: técnico em contabilidade, laboratório)	-	-	-	-	
Magistério – segundo grau (antigo normal)	7	5,0	1	5,6	
Graduação (nível superior)	3	2,1	3	16,7	
Pós-graduação	3	2,1	-	-	

Tabela 1 - Caracterização demográfica e socioeconômica da amostra de estudo. Alfenas/MG, 2021-2022. (conclusão)

Característica	Amostra (apenas estudo quantitativo: n=150 + estudo quantitativo e qualitativo n=18)		Subamostra (estudo quantitativo e qualitativo: n=18)		p^{\dagger} (comparação entre amostras)
	n	%	n	%	
Supletivo/Madureza	-	-	-	-	
Estado civil					0,765
Solteiro (a)	17	10,1	3	16,7	
Casado (a) ou vive com companheiro (a)	84	50,0	8	44,4	
Divorciado (a), separado (a) ou desquitado (a)	15	8,9	2	11,1	
Viúvo (a)	52	31,0	5	27,8	
Exerce trabalho remunerado atualmente					0,049*
Não	141	83,9	18	100,0	
Sim	27	16,1	-	-	

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

Nota. n: número de pessoas idosas, %: frequência, p : derivado de teste Qui-quadrado com $p < 0,05$ para significância estatística (*). \dagger : comparação entre pessoas que participaram apenas da etapa quantitativa (n=150) com os indivíduos que participaram da parte quantitativa e da qualitativa (n=18).

Os valores de renda foram definidos de acordo com o IBGE, sendo utilizado como referência o valor do salário mínimo de 2021.

Observa-se que a maioria (69,6%) dos participantes possui renda familiar entre um e três salários-mínimos, número de moradores na residência de 2 a 3 (70,2%), sendo que a maioria declarou raça/cor da pele branca (50%), mas, considerando como negra a declarada como preta e parda, negros compõem a outra metade da amostra. Em relação ao nível de escolaridade, a maioria informou ter frequentado a escola (84,5%) e cursou até o primeiro grau primário (90,8%). Nota-se ainda que a maioria dos participantes informou ser casado(a) ou vive com um(a) companheiro(a) (50%) e declarou não exercer trabalho remunerado durante a entrevista (83,9%).

Na Tabela 2, são apresentadas as características da amostra de acordo com variáveis relacionadas ao estado físico e de saúde autorrelatado.

Tabela 2- Caracterização da amostra segundo variáveis relacionadas ao estado físico e de saúde autorrelatado. Alfenas/MG, 2021-2022. (continua)

Característica	Amostra (apenas estudo quantitativo: n=150 + estudo quantitativo e qualitativo n=18)		Subamostra (estudo quantitativo e qualitativo: n=18)		<i>p</i> [†] (comparação entre amostras)
	n	%	n	%	
O (a) senhor (a) tem acesso a informações de saúde?					0,090
Não	21	12,5	-	-	
Sim	147	87,5	18	100,0	
Caso tenha, qual/quais é/são as fontes:					0,795
Rádio e televisão	1	0,7	-	-	
Revistas e jornais	-	-	-	-	
Redes sociais/interne	1	0,7	-	-	
Profissionais da saúde	140	95,2	18	100,0	
Membros da família e amigos	5	3,4	-	-	
Presença de doenças ou condições de saúde					
Hipertensão arterial					
<i>Já recebeu algum diagnóstico médico de Hipertensão?</i>					0,517
Não	54	32,1	7	38,9	
Sim	114	67,9	11	61,1	
<i>Se recebeu o diagnóstico, isso limita suas atividades diárias?</i>					0,323
Não	67	58,8	8	72,7	
Sim	47	41,2	3	27,3	
<i>Usa algum medicamento para controlar a Hipertensão Arterial?</i>					0,641
Não	2	1,8	-	-	
Sim	112	98,2	11	100,0	
Diabetes Mellitus					
<i>Já recebeu algum diagnóstico médico de Diabetes?</i>					0,723

Tabela 2- Caracterização da amostra segundo variáveis relacionadas ao estado físico e de saúde autorrelatado. Alfenas/MG, 2021-2022. (continuação)

Característica	Amostra (apenas estudo quantitativo: n=150 + estudo quantitativo e qualitativo n=18)		Subamostra (estudo quantitativo e qualitativo: n=18)		$p^†$ (comparação entre amostras)
	n	%	n	%	
Não	109	64,9	11	61,1	
Sim	59	35,1	7	38,9	
<i>Se recebeu o diagnóstico, isso limita suas atividades diárias?</i>					0,652
Não	29	49,2	4	57,1	
Sim	30	50,8	3	42,9	
<i>Usa algum medicamento para controlar o Diabetes?</i>					0,711
Não	1	1,7	-	-	
Sim	58	98,3	7	100,0	
Doença Cardiovascular					
<i>Já recebeu algum diagnóstico médico de Doença Cardiovascular?</i>					0,968
Não	122	72,6	13	72,2	
Sim	46	27,4	5	27,8	
<i>Se recebeu o diagnóstico, isso limita suas atividades diárias?</i>					0,881
Não	17	37,0	2	40,0	
Sim	29	63,0	3	60,0	
<i>Usa algum medicamento para controlar a Doença Cardiovascular?</i>					0,465
Não	4	8,7	-	-	
Sim	42	91,3	5	100	
Tumor/Câncer					
<i>Já recebeu algum diagnóstico médico de Tumor/Câncer?</i>					0,315
Não	160	95,2	18	100,0	

Tabela 2- Caracterização da amostra segundo variáveis relacionadas ao estado físico e de saúde autorrelatado. Alfenas/MG, 2021-2022. (continuação)

Característica	Amostra (apenas estudo quantitativo: n=150 + estudo quantitativo e qualitativo n=18)		Subamostra (estudo quantitativo e qualitativo: n=18)		p^{\dagger} (comparação entre amostras)
	n	%	n	%	
Sim	8	4,8	-	-	
<i>Se recebeu o diagnóstico, isso limita suas atividades diárias?</i>					-
Não	3	37,5	-	-	
Sim	5	62,5	-	-	
<i>Usa algum medicamento para controlar o Tumor/Câncer?</i>					-
Não	4	50,0	-	-	
Sim	4	50,0	-	-	
AVC ou Derrame					
<i>Já recebeu algum diagnóstico médico de AVC ou Derrame?</i>					0,407
Não	157	93,5	16	88,9	
Sim	11	6,5	2	11,1	
<i>Se recebeu o diagnóstico, isso limita suas atividades diárias?</i>					0,598
Não	1	9,1	-	-	
Sim	10	90,9	2	100,0	
<i>Usa algum medicamento para controlar o AVC ou Derrame?</i>					0,425
Não	3	27,3	1	50,0	
Sim	8	72,7	1	50,0	
Doença Crônica Pulmonar					
<i>Já recebeu algum diagnóstico médico de Doença Crônica Pulmonar (asma, enfisema, etc)?</i>					0,684
Não	144	85,7	16	88,9	

Tabela 2- Caracterização da amostra segundo variáveis relacionadas ao estado físico e de saúde autorrelatado. Alfenas/MG, 2021-2022. (continuação)

Características	Amostra (apenas estudo quantitativo: n=150 + estudo quantitativo e qualitativo n=18)		Subamostra (estudo quantitativo e qualitativo: n=18)		p^{\dagger} (comparação entre amostras)
	n	%	n	%	
Sim	24	14,3	2	11,1	
<i>Se recebeu o diagnóstico, isso limita suas atividades diárias?</i>					0,703
Não	9	37,5	1	50,0	
Sim	15	62,5	1	50,0	
<i>Usa algum medicamento para controlar a Doença Crônica Pulmonar?</i>					0,186
Não	4	16,7	1	50,0	
Sim	20	83,3	1	50,0	
Reumatismo/Artrite/Artrose					
<i>Já recebeu algum diagnóstico médico de Reumatismo/Artrite/Artrose?</i>					0,282
Não	129	76,8	12	66,7	
Sim	39	23,2	6	33,3	
<i>Se recebeu o diagnóstico, isso limita suas atividades diárias?</i>					0,213
Não	7	17,9	-	-	
Sim	32	82,1	6	100,0	
<i>Usa algum medicamento para controlar o Reumatismo/Artrite/Artrose?</i>					0,882
Não	12	30,8	2	33,3	
Sim	27	69,2	4	66,7	
Osteoporose					
<i>Já recebeu algum diagnóstico médico de Osteoporose?</i>					0,358
Não	135	80,4	13	72,2	

Tabela 2- Caracterização da amostra segundo variáveis relacionadas ao estado físico e de saúde autorrelatado. Alfenas/MG, 2021-2022. (continuação)

Características	Amostra (apenas estudo quantitativo: n=150 + estudo quantitativo e qualitativo n=18)		Subamostra (estudo quantitativo e qualitativo: n=18)		p^{\dagger} (comparação entre amostras)
	n	%	n	%	
Sim	33	19,6	5	27,8	
<i>Se recebeu o diagnóstico, isso limita suas atividades diárias?</i>					0,265
Não	7	21,2	2	40,0	
Sim	26	78,8	3	60,0	
<i>Usa algum medicamento para controlar a Osteoporose?</i>					0,074
Não	9	27,3	3	60,0	
Sim	24	72,7	2	40,0	
Dor de cabeça frequente/Enxaqueca					
<i>Já recebeu algum diagnóstico médico de Enxaqueca (Dor de cabeça frequente)?</i>					0,507
Não	122	72,6	12	66,7	
Sim	46	27,4	6	33,3	
<i>Se recebeu o diagnóstico, isso limita suas atividades diárias?</i>					0,960
Não	8	17,4	1	16,7	
Sim	38	82,6	5	83,3	
<i>Usa algum medicamento para controlar a Enxaqueca (Dor de cabeça frequente)?</i>					0,280
Não	3	6,5	1	16,7	
Sim	43	93,5	5	83,3	
Dor nas costas/Problema na coluna					
<i>Já recebeu algum diagnóstico médico de Problema na coluna (Dor nas costas)?</i>					0,597
Não	56	33,3	7	38,9	
Sim	112	66,7	11	61,1	

Tabela 2- Caracterização da amostra segundo variáveis relacionadas ao estado físico e de saúde autorrelatado. Alfenas/MG, 2021-2022. (continuação)

Características	Amostra (apenas estudo quantitativo: n=150 + estudo quantitativo e qualitativo n=18)		Subamostra (estudo quantitativo e qualitativo: n=18)		<i>p</i> ^t (comparação entre amostras)
	n	%	n	%	
<i>Se recebeu o diagnóstico, isso limita suas atividades diárias?</i>					0,473
Não	13	11,6	2	18,2	
Sim	99	88,4	9	81,8	
<i>Usa algum medicamento para controlar o Problema na coluna (Dor nas costas)?</i>					0,404
Não	29	25,9	4	36,4	
Sim	83	74,1	7	63,6	
Alergia					
<i>Já recebeu algum diagnóstico médico de Alergia?</i>					0,160
Não	145	86,3	14	77,8	
Sim	23	13,7	4	22,2	
<i>Se recebeu o diagnóstico, isso limita suas atividades diárias?</i>					0,106
Não	9	39,1	3	75,0	
Sim	14	60,9	1	25,0	
<i>Usa algum medicamento para controlar a Alergia?</i>					0,624
Não	9	39,1	2	50,0	
Sim	14	60,9	2	50,0	
Depressão/Ansiedade					
<i>Já recebeu algum diagnóstico médico de problema psicológico (depressão/ansiedade)?</i>					0,411
Não	90	53,6	8	44,4	
Sim	78	46,4	10	55,6	

Tabela 2- Caracterização da amostra segundo variáveis relacionadas ao estado físico e de saúde autorrelatado. Alfenas/MG, 2021-2022. (continuação)

Características	Amostra (apenas estudo quantitativo: n=150 + estudo quantitativo e qualitativo n=18)		Subamostra (estudo quantitativo e qualitativo: n=18)		<i>p</i> [†] (comparação entre amostras)
	n	%	n	%	
<i>Se recebeu o diagnóstico, isso limita suas atividades diárias?</i>					0,074
Não	15	19,2	4	40,0	
Sim	63	80,8	6	60,0	
<i>Usa algum medicamento para controlar o problema psicológico (depressão/ansiedade)?</i>					0,435
Não	23	29,5	4	40,0	
Sim	55	70,5	6	60,0	
Tontura/Vertigem					
<i>Já recebeu algum diagnóstico médico de Tontura/Vertigem?</i>					0,748
Não	90	53,6	9	50,0	
Sim	78	46,4	9	50,0	
<i>Se recebeu o diagnóstico, isso limita suas atividades diárias?</i>					0,136
Não	14	17,9	-	-	
Sim	64	82,1	9	100,0	
<i>Usa algum medicamento para controlar a Tontura/Vertigem?</i>					0,169
Não	34	43,6	2	22,2	
Sim	44	56,4	7	77,8	
Problema/Infecção Urinária					
<i>Já recebeu algum diagnóstico médico de Problema/Infecção Urinária?</i>					0,193
Não	132	78,6	12	66,7	
Sim	36	21,4	6	33,3	

Tabela 2- Caracterização da amostra segundo variáveis relacionadas ao estado físico e de saúde autorrelatado. Alfenas/MG, 2021-2022. (continuação)

Características	Amostra (apenas estudo quantitativo: n=150 + estudo quantitativo e qualitativo n=18)		Subamostra (estudo quantitativo e qualitativo: n=18)		<i>p</i> ^t (comparação entre amostras)
	n	%	n	%	
<i>Se recebeu o diagnóstico, isso limita suas atividades diárias?</i>					0,650
Não	1	2,8	-	-	
Sim	35	97,2	6	100,0	
<i>Usa algum medicamento para controlar o Problema/Infecção Urinária?</i>					0,418
Não	3	8,3	1	16,7	
Sim	33	91,7	5	83,3	
Deficiência Auditiva					
<i>Já recebeu algum diagnóstico médico de Deficiência Auditiva?</i>					0,955
Não	113	67,3	12	66,7	
Sim	55	32,7	6	33,3	
<i>Se recebeu o diagnóstico, isso limita suas atividades diárias?</i>					0,746
Não	12	21,8	1	16,7	
Sim	43	78,2	5	83,3	
<i>Usa algum medicamento para controlar a Deficiência Auditiva?</i>					0,364
Não	49	89,1	6	100,0	
Sim	6	10,9	-	-	
Tipo de Deficiência Auditiva					-
Deficiência	49	89,1	5	83,3	
Surdez	6	10,9	1	16,7	
Deficiência Visual					
<i>Já recebeu algum diagnóstico médico de Deficiência Visual?</i>					0,883

Tabela 2- Caracterização da amostra segundo variáveis relacionadas ao estado físico e de saúde autorrelatado. Alfenas/MG, 2021-2022. (continuação)

Características	Amostra (apenas estudo quantitativo: n=150 + estudo quantitativo e qualitativo n=18)		Subamostra (estudo quantitativo e qualitativo: n=18)		<i>p</i> ^t (comparação entre amostras)
	n	%	n	%	
Não	26	15,5	3	16,7	
Sim	142	84,5	15	83,3	
<i>Se recebeu o diagnóstico, isso limita suas atividades diárias?</i>					0,532
Não	38	26,8	3	20,0	
Sim	104	73,2	12	80,0	
<i>Usa algum medicamento para controlar a Deficiência Visual?</i>					0,030*
Não	111	78,2	15	100,0	
Sim	31	21,8	-	-	
Tipo de Deficiência Visual					-
Deficiência	133	93,7	15	100,0	
Cegueira de um olho	9	6,3	-	-	
Cegueira dos dois olhos	-	-	-	-	
Outras Doenças/Condições de Saúde					
<i>Se recebeu o diagnóstico, isso limita suas atividades diárias?</i>					0,315
Não	7	29,2	2	50,0	
Sim	17	70,8	2	50,0	
<i>Usa algum medicamento para controlar a Doença/ Condição de Saúde?</i>					0,509
Não	2	8,3	-	-	
Sim	22	91,7	4	100,0	
Hábito intestinal					0,074
Normal	115	68,5	11	61,1	
Constipado (preso)	43	25,6	4	22,2	

Tabela 2- Caracterização da amostra segundo variáveis relacionadas ao estado físico e de saúde autorrelatado. Alfenas/MG, 2021-2022. (continuação)

Características	Amostra (apenas estudo quantitativo: n=150 + estudo quantitativo e qualitativo n=18)		Subamostra (estudo quantitativo e qualitativo: n=18)		$p^†$ (comparação entre amostras)
	n	%	n	%	
Diarreico	6	3,6	1	5,6	
Variado	4	2,4	2	11,1	
Autopercepção da Saúde					
<i>De um modo geral, como o (a) senhor (a) avalia a sua saúde no momento atual?</i>					0,831
Percepção negativa (Muito ruim/ Ruim/ Regular)	76	45,2	7	38,9	
Percepção positiva (Boa/ Muito boa)	92	54,8	11	61,1	
<i>Como o (a) senhor (a) avalia sua saúde em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade?</i>					0,671
Percepção negativa (Muito pior/Pior/Igual)	41	24,4	3	16,7	
Percepção positiva (Melhor/Muito melhor)	127	75,6	15	83,3	
<i>Como o (a) senhor (a) avalia a sua saúde hoje em comparação com a de 1 ano atrás?</i>					0,338
Percepção negativa (Muito pior/Pior/Igual)	139	82,7	13	72,2	
Percepção positiva (Melhor/Muito melhor)	29	17,3	5	27,8	
Saúde Bucal					
O (a) Senhor (a) usa dentadura?					0,308
Não	34	20,2	2	11,1	
Sim	134	79,8	16	88,9	
Na arcada superior?					0,241
Não	1	0,7	1	6,3	
Sim	133	99,3	15	93,8	

Tabela 2- Caracterização da amostra segundo variáveis relacionadas ao estado físico e de saúde autorrelatado. Alfenas/MG, 2021-2022. (conclusão)

Características	Amostra (apenas estudo quantitativo: n=150 + estudo quantitativo e qualitativo n=18)		Subamostra (estudo quantitativo e qualitativo: n=18)		p^{\dagger} (comparação entre amostras)
	n	%	n	%	
Na arcada inferior?					0,898
Não	51	38,1	6	37,5	
Sim	83	61,9	10	62,5	
A dentadura machuca ou cai?					0,823
Não	103	76,9	12	75,0	
Sim	31	23,1	4	25,0	
Costuma alimentar-se com dentadura?					0,360
Não	4	3,0	-	-	
Sim	130	97,0	16	100,0	
Tem sentido sua boca seca nas últimas semanas?					0,151
Não	101	60,1	8	44,4	
Sim	67	39,9	10	55,6	
Como o (a) senhor (a) avalia sua saúde bucal?					0,015*
Muito ruim	4	2,4	2	11,1	
Ruim	19	11,3	-	-	
Regular	37	22,0	1	5,6	
Boa	95	56,5	13	72,2	
Muito boa	13	7,7	2	11,1	
<i>O (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para mastigar ou engolir o alimento?</i>					0,676
Não	128	76,2	13	72,2	
Sim	40	23,8	5	27,8	

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

Nota. n: número de pessoas idosas, %: frequência, p : derivado de teste Qui-quadrado com $p < 0,05$ para significância estatística (*). †: comparação entre pessoas que participaram apenas da etapa quantitativa (n=150) com os indivíduos que participaram da parte quantitativa e da qualitativa (n=18).

Percebe-se que a maioria (87,5%) informou ter acesso a informações de saúde, sendo

que 95,2% apontaram como a principal fonte para se obter informações os profissionais de saúde. Com relação às doenças e condições de saúde, a mais prevalente foi deficiência visual (84,5%) e a menos frequente foi tumor/câncer (4,8%). As demais, conforme frequência foram: Hipertensão Arterial (67,9%); Problema na coluna (66,7%); Autorrelato de Depressão/Ansiedade (46,4%); Tontura/Vertigem (46,4%); Diabetes *Mellitus* (35,1%); Deficiência Auditiva (32,7%); Doença Cardiovascular (27,4%); Enxaqueca (27,4%); Reumatismo/Artrite/Artrose (23,2%); Problema/Infecção Urinária (21,4%); Osteoporose (19,6%); Doença Crônica Pulmonar (14,3%); Alergia (13,7%); e AVC ou Derrame (6,5%).

Nota-se também que pelo menos 40% dos participantes informou que tal doença/condição limitava suas atividades diárias. A mais prevalente referida pelos participantes por limitar suas atividades diárias foi problema/infecção urinária (97,2%) e a menos frequente foi hipertensão arterial (41,2%). As demais, conforme frequência foram: AVC ou Derrame (90,9%); Problema na coluna (88,4%); Enxaqueca (82,6%); Tontura/Vertigem (82,1%); Reumatismo/Artrite/Artrose (82,1%); Depressão/Ansiedade (80,8%); Osteoporose (78,8%); Deficiência Auditiva (78,2%); Deficiência Visual (73,2%); Doença Cardiovascular (63,0%); Doença Crônica Pulmonar (62,5%); Tumor/Câncer (62,5%); Alergia (60,9%); Diabetes *Mellitus* (50,8%).

Entre as pessoas idosas que declararam apresentar alguma doença ou condição de saúde, em todos os casos, com exceção para deficiência visual e auditiva, pelo menos 50% faziam uso de medicamento para controle da condição. Em relação à função intestinal, a maioria das pessoas idosas (68,5%) relatou hábito intestinal normal.

Quando questionados sobre a saúde bucal, 79,8% dos entrevistados relataram fazer uso de prótese dentária, desses 99,3% reportaram uso na arcada superior, 76,9% afirmam que a prótese dentária não machucava a boca e não caía e 97,0% se alimentavam com ela. Do total de entrevistados, a maioria (60,1%) relatou ter sentido a boca seca nas semanas anteriores a entrevista. Em relação à autoavaliação da saúde bucal, os entrevistados declararam boa saúde (56,5%). Sobre a dificuldade para mastigar ou engolir o alimento, 76,2% dos participantes afirmaram não ter.

Quanto à autopercepção de saúde, a maioria das pessoas idosas (54,8%) relatou percepção positiva da sua própria saúde no momento atual e ao comparar a sua saúde com a saúde de outras pessoas de mesma idade (75,6%). Porém, a maioria dos participantes (82,7%) percebeu uma piora em seu estado de saúde, ao comparar o momento atual com o período de um ano atrás.

A autoavaliação positiva da saúde é um excelente indicador de saúde percebida e relaciona-se aos componentes de estado físico, cognitivo, emocional, sensação de bem-estar e satisfação com a vida. Em especial na pessoa idosa, autopercepção de saúde relaciona-se com a capacidade funcional, condição física e saúde mental, assim como com as características sociodemográficas e econômicas. Esse tipo de avaliação não objetiva tem sido discutida com o paradoxo do envelhecimento saudável ou bem-sucedido, onde mesmo frente à presença de DCNT, declínios físicos, cognitivos e mudanças do estado psicossocial e cognitivo-emocional na velhice, mecanismos compensatórios como os efeitos das reservas funcionais e dos ganhos em outros aspectos da vida favorecem esta percepção positiva da própria saúde. Por exemplo, quando pessoas idosas se comparam com outras em pior situação de saúde, são destacados os efeitos compensatórios das percepções de si mesmo (CACHIONI *et al.*, 2021).

Notam-se variações quanto à proporção de percepção positiva de saúde encontrada no presente trabalho (54,8%) em vista da literatura. Zanesco *et al.* (2018), com base na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, identificaram 44% de prevalência de autopercepção positiva de saúde em idosos. Lindemann *et al.* (2019), na pesquisa realizada em Pelotas, Rio Grande do Sul, com amostra de adultos e idosos usuários da atenção básica de saúde, encontraram prevalência de 58,4%. No estudo de Medeiros *et al.* (2016), conduzido com residentes da área urbana do município de Montes Claros, Minas Gerais, identificou-se que 42,4% das pessoas idosas apresentaram uma percepção positiva de sua própria saúde. Também no município de Montes Claros, Brasil *et al.* (2021), investigando amostra composta por pessoas idosas longevas e não longevas, verificaram autopercepção positiva em 71,9% dos não longevos e 67,8% dos longevos. Silva *et al.* (2012) identificaram percepção positiva de saúde em 50,4% das pessoas idosas investigadas em três municípios do Brasil.

Tais diferenças nas prevalências de percepção positiva de saúde descritas na literatura podem ser atribuídas às características particulares de cada população em estudo, visto que se trata de um indicador subjetivo, podendo ser influenciado por fatores socioculturais, econômicos, demográficos e de saúde de cada região, diferentes critérios de aferição da autopercepção de saúde e tipo de desenho do estudo. Neste sentido, não são recentes as divergências observadas na literatura em relação aos diferentes critérios de aferição da autopercepção da saúde, entretanto, isso não invalida essa variável que se apresenta como uma medida importante de ser considerada em inquéritos populacionais, refletindo diversos aspectos dos cuidados e da utilização dos serviços de saúde (AGUILAR-PALACIOA; CARRERA-LASFUENTESA; RABANAQUEA, 2015; MANOR; MATTHEWS; POWER, 2000).

Vale destacar que as pessoas idosas participantes da presente pesquisa não são institucionalizadas, ou seja, não vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos, locais que acolhem pessoas com 60 anos ou mais de idade e que proporcionam condição de liberdade, dignidade e cidadania. Isso é importante para interpretação dos achados, uma vez que pessoas idosas em ambientes institucionalizados frequentemente apresentam baixa independência funcional que podem levar a outros agravos em seu estado de saúde como, por exemplo, quadros de depressão (JÚNIOR *et al.*, 2019).

Ademais, é importante mencionar que a coleta de dados do presente estudo ocorreu durante a pandemia de Covid-19, onde os idosos ficaram mais isolados do convívio social e isso pode de certa maneira ter comprometido seu estado de saúde, tanto físico quanto mental, além da possibilidade de ter afastado participantes mais preocupados com a própria saúde. Apesar da maioria das pessoas idosas ter relatado percepção positiva da sua própria saúde no momento atual e ao comparar a sua saúde com a saúde de outras pessoas de mesma idade, uma prevalência elevada de percepção de piora do estado de saúde, ao comparar o momento atual ao período de um ano atrás também foi encontrada na presente pesquisa (82,7%), podendo a pandemia de Covid-19 ter contribuído para essa percepção negativa da própria saúde. Estudo conduzido no Brasil durante a pandemia de Covid-19 com 9.173 pessoas idosas, identificou que a piora do estado de saúde durante a pandemia foi relatada por 21,9% dos participantes (ROMERO *et al.*, 2021).

Na Tabela 3, são apresentadas as características da amostra em relação aos hábitos e estilo de vida das pessoas idosas entrevistadas.

Tabela 3 - Caracterização de hábitos e estilo de vida dos participantes do estudo. Alfenas/MG, 2021-2022. (continua)

Característica	Amostra (apenas estudo quantitativo: n=150 + estudo quantitativo e qualitativo n=18)	Subamostra (estudo quantitativo e qualitativo: n=18)	<i>p</i>[†] (comparação entre amostras)
	<i>M±DP</i> ou (n) %	<i>M±DP</i> ou (n) %	
Tabagismo			
<i>Fuma atualmente?</i>			0,556
Não	(136) 81,0	(14) 77,8	

Tabela 3 - Caracterização de hábitos e estilo de vida dos participantes do estudo.

Alfenas/MG, 2021-2022.

(continuação)

Característica	Amostra (apenas estudo quantitativo: n=150 + estudo quantitativo e qualitativo n=18)	Subamostra (estudo quantitativo e qualitativo: n=18)	p^t (comparação entre amostras)
	M±DP ou (n) %	M±DP ou (n) %	
Sim	(32) 19,0	(4) 22,8	
<i>Há quantos anos é fumante?</i>	50,6±17,0	42,7±13,6	-
<i>Quantos cigarros fuma por dia?</i>	9,1±8,9	5,2±4,0	-
<i>Já fumou e parou?</i>			0,181
Não	(117) 69,6	(15) 83,3	
Sim	(51) 30,4	(3) 16,7	
<i>Há quanto anos parou de fumar?</i>	22,9±14,5	21,3±14,8	-
Bebida Alcoólica			
<i>Qual a frequência de consumo?</i>			0,802
Nunca	(106) 63,0	(13) 72,2	
Raramente	(34) 20,2	(4) 22,2	
Uma vez por mês ou menos	(3) 1,8	--	
De 2 a 4 vezes por mês	(14) 8,4	(1) 5,6	
De 2 a 3 vezes por semana	(4) 2,4	--	
De 4 a 7 vezes por semana	(7) 4,2	--	
<i>Quantas doses de álcool consome em um dia normal?</i>			0,873
Uma dose	(21) 33,9	(2) 40,0	
Duas ou três doses	(34) 54,8	(3) 60,0	
Quatro ou cinco doses	(6) 9,7	--	
Seis ou sete doses	(1) 1,6	--	
Oito ou mais	--	--	
<i>Já chegou a beber e parou?</i>			0,588

Tabela 3 - Caracterização de hábitos e estilo de vida dos participantes do estudo.

Alfenas/MG, 2021-2022.

(continuação)

Característica	Amostra	Subamostra	$p^†$
	(apenas estudo quantitativo: n=150 + estudo quantitativo e qualitativo n=18)	(estudo quantitativo e qualitativo: n=18)	(comparação entre amostras)
	$M \pm DP$ ou (n)	$M \pm DP$ ou (n)	
	%	%	
Não	(142) 84,5	(16) 88,9	
Sim	(26) 15,5	(2) 11,1	
<i>Há quanto anos parou de beber?</i>	18,8 \pm 10,2	19 \pm 12,7	0,256
Atividade Física			
<i>Faz caminhadas como forma de exercício?</i>			0,645
Não	(133) 79,2	(15) 83,3	
Sim	(35) 20,8	(3) 16,7	
<i>Quantos dias por semana?</i>	4,6 \pm 2,1	3,0 \pm 2,0	0,419
<i>Quanto tempo (min) por dia?</i>	34,7 \pm 21,0	60,0 \pm 28,9	0,429
<i>Pratica corrida leve ou caminhada vigorosa?</i>			-
Não	(168) 100,0	(18) 100,0	
Sim	--	--	
<i>Faz ginástica, yoga, tai-chi-chuan ou outra atividade desse tipo?</i>			<0,001*
Não	(145) 86,3	(8) 44,4	
Sim	(23) 13,7	(10) 55,6	
<i>Quantos dias por semana?</i>	4,0 \pm 1,7	3,6 \pm 1,5	0,568
<i>Quanto tempo (min) por dia?</i>	34,1 \pm 20,2	44,0 \pm 20,8	0,171
<i>Faz musculação?</i>			0,201

Tabela 3 - Caracterização de hábitos e estilo de vida dos participantes do estudo.

Alfenas/MG, 2021-2022.

(conclusão)

Característica	Amostra (apenas estudo quantitativo: n=150 + estudo quantitativo e qualitativo n=18)	Subamostra (estudo quantitativo e qualitativo: n=18)	p^{\dagger} (comparação entre amostras)
	$M \pm DP$ ou (n) %	$M \pm DP$ ou (n) %	
Não	(165) 98,2	(17) 94,4	
Sim	(3) 1,8	(1) 5,6	
<i>Quantos dias por semana?</i>	5,7 \pm 1,1	5,0 -	0,386
<i>Quanto tempo (min) por dia?</i>	21,7 \pm 7,6	15 -	0,223
<i>Faz hidroginástica ou natação?</i>			
Não	(167) 99,4	(17) 94,4	0,004*
Sim	(1) 0,6	(1) 5,6	
<i>Quantos dias por semana?</i>	2,0 -	2,0 -	-
<i>Quanto tempo (min) por dia?</i>	60,0 -	60,0 -	-
<i>Pratica algum outro tipo de exercício físico ou esporte que eu não mencionei?</i>			-
Não	(168) 100,0	(18) 100,0	
Sim	-	-	

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

Nota. n: número de pessoas idosas, %: frequência, M: média, DP: desvio-padrão, p : derivado de teste Qui-quadrado ou Man-Whitney com $p < 0,05$ para significância estatística (*). \dagger : comparação entre pessoas que participaram apenas da etapa quantitativa (n=150) com os indivíduos que participaram da parte quantitativa e da qualitativa (n=18).

Pode ser observado que a maior parte dos participantes (81,05%) relatou não ser fumante. Entre os que referiram fumar, esse hábito foi em média de 50,6 anos e o número médio de cigarros fumados por dia foi de 9,1. Do total da amostra, 30,4% afirmaram ser ex-fumante há 22,9 anos em média.

Com relação ao consumo de bebidas alcoólicas, a maioria das pessoas idosas referiu nunca consumir (63,0%). Entre as que referiram alguma frequência de consumo, a maior parte

faz uso de duas a três doses a cada vez que consome. Dos participantes que afirmaram ter consumido bebida alcoólica em algum momento de sua vida (15,5%), não o fazem mais em média a 18,8 anos.

Sobre a prática de atividade física, a maioria relatou não praticar. Entre as pessoas idosas que relataram praticar alguma atividade física, destacam-se como principais exercícios praticados a caminhada (20,8%), com média de frequência de 4,6 dias por semana, e duração de 34,7 minutos por dia em média. Ginástica, *yoga*, *tai-chi-chuan* ou outra atividade desse tipo aparecem como o conjunto de atividades sequenciais praticadas pelas pessoas idosas (13,7%), sendo praticadas em média 4 dias por semana com duração média de 34,1 minutos por dia.

A Tabela 4, apresenta detalhes sobre a caracterização da amostra em função de seus conhecimentos e informações sobre alimentação e nutrição.

Tabela 4 - Caracterização dos participantes quanto aos seus conhecimentos e informações sobre alimentação e nutrição. Alfenas/MG, 2021-2022. (continua)

Característica	Amostra (apenas estudo quantitativo: n=150 + estudo quantitativo e qualitativo n=18)		Subamostra (estudo quantitativo e qualitativo: n=18)		p^{\dagger} (comparação entre amostras)
	n	%	n	%	
<i>Como o (a) senhor (a) considera seus conhecimentos em alimentação e nutrição:</i>					0,146
Muito ruim	-	-	-	-	
Ruim	4	2,4	-	-	
Regular	44	26,2	1	5,6	
Bom	103	61,3	15	83,3	
Muito bom	17	10,1	2	11,1	
<i>Qual sua principal fonte de informações sobre alimentação e nutrição:</i>					0,002*
Rádio e televisão	11	6,5	1	5,6	
Revistas e jornais	2	1,2	-	-	
Redes sociais/internet	6	3,6	1	5,6	
Profissionais da saúde	18	10,7	7	38,9	

Tabela 4 - Caracterização dos participantes quanto aos seus conhecimentos e informações sobre alimentação e nutrição. Alfenas/MG, 2021-2022.

Característica					(conclusão)
	Amostra (apenas estudo quantitativo: n=150 + estudo quantitativo e qualitativo n=18)		Subamostra (estudo quantitativo e qualitativo: n=18)		p^{\dagger} (comparação entre amostras)
	n	%	n	%	
Membros da família e amigos	131	78,0	9	50,0	
<i>Autopercepção da diminuição do consumo alimentar (últimos 3 meses)</i>					0,904
Não	118	70,2	12	66,7	
Sim, foi uma redução pequena	29	17,3	4	22,2	
Sim, foi uma redução moderada	19	11,3	2	11,1	
Sim, foi uma redução grande	2	1,2	-	-	
<i>O (a) senhor (a) notou perda de peso nos últimos 3 meses?</i>					0,941
Não	113	67,3	12	66,7	
Sim	55	32,7	6	33,3	
<i>Caso tenha notado a perda de peso, de quanto foi:</i>					0,358
Menos de um quilo	3	5,5	-	-	
Entre um e três quilos	31	56,4	5	83,3	
Superior a três quilos	21	38,2	1	16,7	
<i>Quanto ao modo de se alimentar o (a) senhor (a):</i>					-
Não é capaz de se alimentar sozinho	-	-	-	-	
Alimenta-se sozinho, porém com dificuldade	-	-	-	-	
Alimenta-se sozinho sem dificuldade	168	100,0	18	100,0	
<i>Estado Nutricional Antropométrico</i>					0,182
Baixo peso	27	16,1	1	5,6	
Eutrofia	69	41,1	7	38,9	
Sobrepeso	72	42,8	10	55,5	

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

Nota. n: número de pessoas idosas, %: frequência, *p*: derivado de teste Qui-quadrado com $p < 0,05$ para significância estatística (*). †: comparação entre pessoas que participaram apenas da etapa quantitativa (n=150) com os indivíduos que participaram da parte quantitativa e da qualitativa (n=18).

Verifica-se que as pessoas idosas referiram ter bom conhecimento sobre alimentação e nutrição (61,3%), destacaram que a principal fonte de tais informações foram seus familiares e amigos (78,0%) e não notaram diminuição do consumo alimentar (70,2%) e nem perda de peso (67,3%) nos últimos três meses. Dos que perceberam alguma perda de peso, 56,4% relatam que foi entre um e três quilos. Quanto ao modo de se alimentar, todas as pessoas idosas afirmam se alimentar sozinhas sem dificuldade. Em relação ao estado nutricional antropométrico baseado no IMC, 42,8% das pessoas idosas apresentaram sobrepeso.

Na Tabela 5, estão apresentadas as frequências de respostas dadas pelos participantes aos itens do FCQ.

Tabela 5 - Distribuição de frequência n(%) de respostas dadas aos itens do Food Choice Questionnaire (FCQ) pelos participantes do estudo. Alfenas/MG, 2021-2022.

(continua)

Dimensão	Número do item	Opções de Resposta n(%)			
		Nada Importante	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante
Saúde	22	3(1,8)	8(4,8)	14(8,3)	143(85,1)
	29	1(0,6)	2(1,2)	5(3,0)	160(95,2)
	10	-	2(1,2)	15(8,9)	151(89,9)
	27	1(0,6)	11(6,5)	19(11,3)	137(81,5)
	30	5(3,0)	2(1,2)	9(5,4)	152(90,5)
	9	4(2,4)	3(1,8)	12(7,1)	149(88,7)
Humor	16	92(54,8)	3(1,8)	19(11,3)	54(32,1)
	34	3(1,8)	-	8(4,8)	157(93,5)
	26	48(28,6)	7(4,2)	15(8,9)	98(58,3)
	24	44(26,2)	11(6,5)	16(9,5)	97(57,7)
	13	15(8,9)	6(3,6)	12(7,1)	135(80,4)
	31	3(1,8)	1(0,6)	5(3,0)	159(94,6)
	1	43(25,1)	10(6,0)	13(7,8)	102(61,1)
	15	18(10,7)	7(4,2)	11(6,5)	132(78,6)

Tabela 5 - Distribuição de frequência n(%) de respostas dadas aos itens do Food Choice Questionnaire (FCQ) pelos participantes do estudo. Alfenas/MG, 2021-2022.

(conclusão)

Dimensão	Número do item	Opções de Resposta n(%)			
		Nada Importante	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante
Conveniência	28	48(28,6)	18(10,7)	9(5,4)	93(55,4)
	35	48(28,6)	9(5,4)	11(6,5)	100(59,5)
	11	4(2,4)	5(3,0)	7(4,2)	152(90,5)
Apelo sensorial	14	15(8,9)	9(5,4)	7(4,2)	137(81,5)
	25	37(22,0)	12(7,1)	11(6,5)	108(64,3)
	18	10(6,0)	8(4,8)	6(3,6)	144(85,7)
	4	1(0,6)	3(1,8)	3(1,8)	161(95,8)
Conteúdo natural	2	4(2,4)	12(7,1)	23(13,7)	129(76,8)
	5	-	-	3(1,8)	165(98,2)
	23	5(3,0)	13(7,7)	22(13,1)	128(76,2)
Preço	6	4(2,4)	18(10,7)	14(8,3)	132(78,6)
	36	11(6,5)	21(12,5)	29(17,3)	107(63,7)
	12	1(0,6)	-	1(0,6)	166(98,8)
Controle do peso	3	80(47,6)	18(10,7)	18(10,7)	52(31,0)
	17	62(36,9)	6(3,6)	10(6,0)	90(53,6)
	7	18(10,7)	15(8,9)	22(13,1)	113(67,3)
Familiaridade	33	4(2,4)	10(6,0)	7(4,2)	147(87,5)
	8	2(1,2)	10(6,0)	5(3,0)	151(89,9)
	21	49(29,2)	8(4,8)	11(6,5)	100(59,5)
Preocupação Ética	20	10(6,0)	3(1,8)	13(7,7)	142(84,5)
	32	35(20,8)	12(7,1)	15(8,9)	106(63,1)
	19	12(7,1)	22(13,1)	28(16,7)	106(63,1)

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

Nota: Dimensões do FCQ: Saúde (itens 22, 29, 10, 27, 30 e 9); Humor (itens 16, 34, 26, 24, 13 e 31); Conveniência (itens 1, 15, 28, 35 e 11); Apelo Sensorial (itens 14, 25, 18 e 4); Conteúdo Natural (itens 2, 5 e 23); Preço (itens 6, 36 e 12); Controle do Peso (itens 3, 17 e 7); Familiaridade (itens 33, 8 e 21); Preocupação Ética (itens 20, 32 e 19). n: número de pessoas idosas, %: frequência.

Verifica-se de maneira geral, que as maiores frequência de respostas se concentraram na opção muito importante. Porém, para o item 3, que pertence a dimensão controle do peso, e

para o item 16, que pertence a dimensão humor, as maiores frequências aparecem para a opção de resposta nada importante.

A Tabela 6 apresenta descrição estatística das medidas de tendência central e grau de dispersão das respostas dadas aos itens do FCQ pelos entrevistados.

Tabela 6 - Estatística descritiva das respostas dadas aos itens do *Food Choice Questionnaire* (FCQ) pelos participantes do estudo. Alfenas/MG, 2021-2022. (continua)

Dimensão	Número do item	M	Md	Mo	DP
Saúde	22	3,8	4,0	4,0	0,6
	29	3,9	4,0	4,0	0,4
	10	3,9	4,0	4,0	0,3
	27	3,7	4,0	4,0	0,6
	30	3,8	4,0	4,0	0,6
	9	3,8	4,0	4,0	0,6
Humor	16	2,2	1,0	1,0	1,4
	34	3,9	4,0	4,0	0,4
	26	3,0	4,0	4,0	1,3
	24	3,0	4,0	4,0	1,3
	13	3,6	4,0	4,0	0,9
	31	3,9	4,0	4,0	0,4
Conveniência	1	3,0	4,0	4,0	1,3
	15	3,5	4,0	4,0	1,0
	28	2,9	4,0	4,0	1,3
	35	3,0	4,0	4,0	1,3
	11	3,8	4,0	4,0	0,6
Apelo sensorial	14	3,6	4,0	4,0	0,9
	25	3,1	4,0	4,0	1,3
	18	3,7	4,0	4,0	0,8
	4	3,9	4,0	4,0	0,4
Conteúdo natural	2	3,6	4,0	4,0	0,7
	5	4,0	4,0	4,0	0,1
	23	3,6	4,0	4,0	0,8
	6	3,6	4,0	4,0	0,8

Tabela 6 - Estatística descritiva das respostas dadas aos itens do *Food Choice Questionnaire* (FCQ) pelos participantes do estudo. Alfenas/MG, 2021-2022. (conclusão)

Dimensão	Número do item	M	Md	Mo	DP
Preço	36	3,4	4,0	4,0	0,9
	12	4,0	4,0	4,0	0,2
Controle do peso	3	2,2	2,0	1,0	1,3
	17	2,8	4,0	4,0	1,4
	7	3,4	4,0	4,0	1,0
Familiaridade	33	3,8	4,0	4,0	0,7
	8	3,8	4,0	4,0	0,6
	21	2,9	4,0	4,0	1,3
Preocupação Ética	20	3,7	4,0	4,0	0,8
	32	3,1	4,0	4,0	1,2
	19	3,4	4,0	4,0	1,0

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

Nota: Dimensões do FCQ: Saúde (itens 22, 29, 10, 27, 30 e 9); Humor (itens 16, 34, 26, 24, 13 e 31); Conveniência (itens 1, 15, 28, 35 e 11); Apelo Sensorial (itens 14, 25, 18 e 4); Conteúdo Natural (itens 2, 5 e 23); Preço (itens 6, 36 e 12); Controle do Peso (itens 3, 17 e 7); Familiaridade (itens 33, 8 e 21); e Preocupação Ética (itens 20, 32 e 19). M: média, Md: mediana, Mo: moda, DP: desvio padrão.

Pode-se dizer, com base apenas no valor numérico, que as menores médias foram expressas nos itens 3 e 16 (dimensões controle do peso e humor, respectivamente) e as maiores médias foram expressas nos itens 4 (dimensão apelo sensorial), 10, 29 (dimensão saúde), 31 e 34 (dimensão humor).

Para cada dimensão do FCQ foi calculado escore médio, desvio-padrão, moda, mediana, 1º quartil e 3º quartil. Esses dados estão apresentados na Tabela 7, separados por grupos etários: ≥ 60 anos; de 60 a 69 anos; de 70 a 79; ≥ 80 anos.

Tabela 7 - Medidas de tendência central e variabilidade computadas para cada dimensão do *Food Choice Questionnaire* (FCQ) e separadas por grupos etários. Alfenas/MG, 2021-2022. (continua)

Dimensão	Média	Desvio-padrão	Moda	Mediana	Quartil 1	Quartil 3
Saúde	3,83 / 3,90	0,29 / 0,21	4,00 / 4,00	4,00 / 4,00	3,83 / 3,83	4,00 / 4,00
	3,85 / 3,69	0,25 / 0,39	4,00 / 4,00	4,00 / 3,83	3,83 / 3,50	4,00 / 4,00

Tabela 7 - Medidas de tendência central e variabilidade computadas para cada dimensão do *Food Choice Questionnaire* (FCQ) e separadas por grupos etários. Alfenas/MG, 2021-2022. (conclusão)

Dimensão	Média	Desvio-padrão	Moda	Mediana	Quartil 1	Quartil 3
Humor	3,26 / 3,21	0,60 / 0,61	3,50 / 3,33	3,33 / 3,33	3,00 / 2,71	3,83 / 3,67
	3,26 / 3,36	0,56 / 0,63	3,50 / 4,00	3,33 / 3,50	2,83 / 3,00	3,67 / 3,83
Conveniência	3,25 / 3,20	0,70 / 0,81	4,00 / 4,00	3,40 / 3,40	2,80 / 2,80	4,00 / 4,00
	3,26 / 3,33	0,58 / 0,67	3,40 / 4,00	3,40 / 3,40	2,85 / 2,80	3,60 / 4,00
Apelo	3,58 / 3,59	0,57 / 0,62	4,00 / 4,00	4,00 / 4,00	3,25 / 3,25	4,00 / 4,00
Sensorial	3,62 / 3,53	0,53 / 0,51	4,00 / 4,00	4,00 / 3,50	3,25 / 3,25	4,00 / 4,00
Conteúdo	3,75 / 3,73	0,44 / 0,50	4,00 / 4,00	4,00 / 4,00	3,67 / 3,67	4,00 / 4,00
Natural	3,82 / 3,70	0,34 / 0,44	4,00 / 4,00	4,00 / 4,00	3,67 / 3,33	4,00 / 4,00
Preço	3,66 / 3,67	0,54 / 0,52	4,00 / 4,00	4,00 / 4,00	3,67 / 3,67	4,00 / 4,00
	3,61 / 3,73	0,59 / 0,49	4,00 / 4,00	4,00 / 4,00	3,33 / 3,67	4,00 / 4,00
Controle do	2,79 / 2,87	0,87 / 0,92	4,00 / 4,00	3,00 / 3,00	2,00 / 2,00	3,67 / 3,92
Peso	2,69 / 2,80	0,91 / 0,70	2,00 / 3,00	2,67 / 3,00	2,00 / 2,33	3,33 / 3,33
Familiaridade	3,52 / 3,54	0,65 / 0,69	4,00 / 4,00	4,00 / 4,00	3,00 / 3,00	4,00 / 4,00
	3,50 / 3,49	0,62 / 0,60	4,00 / 4,00	3,67 / 3,83	3,00 / 3,00	4,00 / 4,00
Preocupação	3,40 / 3,59	0,72 / 0,59	4,00 / 4,00	3,67 / 4,00	3,00 / 3,33	4,00 / 4,00
Ética	3,36 / 3,13	0,78 / 0,78	4,00 / 4,00	3,67 / 3,33	3,00 / 2,67	4,00 / 4,00

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

Nota: Os valores apresentados estão na seguinte ordem: 1º valor: pessoas com idade ≥ 60 anos; 2º valor: pessoas com idade entre 60 e 69 anos; 3º valor: pessoas com idade entre 70 e 79; 4º valor: pessoas com idade ≥ 80 anos.

Nota-se que, de um modo geral, os valores de mediana e moda foram próximos. Além disso, os valores numericamente são semelhantes entre os grupos etários, especialmente, quando observado o terceiro quartil.

Para comparar os escores de cada dimensão do FCQ, ou seja, os motivos para escolha alimentar, primeiro, a normalidade dos dados foi testada. O teste *Kolmogorov-Smirnov* indicou que escores médios do FCQ não apresentaram distribuição normal [saúde: 0,320(168), $p < 0,001$; humor: 0,138(168), $p < 0,001$; conveniência: 0,185(168), $p < 0,001$; apelo sensorial: 0,275(168), $p < 0,001$; conteúdo natural: 394(168), $p < 0,001$; preço: 0,348(168), $p < 0,001$; controle do peso: 0,123(168), $p < 0,001$; familiaridade: 0,315(168), $p < 0,001$; preocupação ética: 0,241(168), $p < 0,001$]. Portanto, as comparações foram realizadas

utilizando-se teste não paramétrico.

Em um primeiro momento, cada motivo foi comparado segundo três grupos etários: de 60 a 69 anos; de 70 a 79 anos; e ≥ 80 anos. Esses dados estão apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 - Comparação entre grupos etários de pessoas idosas para cada motivo para escolha alimentar separadamente. Alfenas/MG, 2021-2022.

Motivo para escolha alimentar	Escore para a amostra de 60-69 anos (n=72) #	Escore para a amostra de 70-79 anos (n=56) #	Escore para a amostra ≥ 80 anos (n=40) #
Saúde	4,00 (0,83) ^{a*}	4,00 (0,17) ^{a,b*}	3,83 (0,50) ^{b*}
Humor	3,33 (0,96)	3,33 (0,83)	3,50 (0,83)
Conveniência	3,40 (1,20)	3,40 (1,75)	3,40 (1,20)
Apelo Sensorial	4,00 (0,75)	4,00 (0,75)	3,50 (0,75)
Conteúdo Natural	4,00 (0,33)	4,00 (0,33)	4,00 (0,67)
Preço	4,00 (0,33)	4,00 (0,67)	4,00 (0,33)
Controle do Peso	3,00 (1,92)	2,67 (1,33)	3,00 (1,00)
Familiaridade	4,00 (1,00)	3,67 (1,00)	3,83 (1,00)
Preocupação Ética	4,00 (0,67) ^{a*}	3,67 (1,00) ^{a,b*}	3,33 (1,33) ^{b*}

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

Nota: Escore: valores apresentados em mediana e amplitude interquartil. #Comparação entre os grupos etários para cada motivo separadamente a partir do teste *Kruskal-Wallis*. *Indica diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os grupos, sendo que letras iguais indicam igualdade estatística ($p > 0,05$) na comparação entre grupos etários.

O teste *Kruskal-Wallis* apontou diferenças estatisticamente significativas apenas para os motivos saúde ($p=0,002$) e preocupação ética ($p=0,003$), sendo que para os demais motivos os grupos etários foram iguais (intervalo de valor de p : 0,289-0,714). Nas comparações múltiplas, observou-se que as pessoas com idade entre 60 e 69 anos comparadas com as de idade igual ou superior a 80 anos atribuíram maior importância para a saúde e preocupação ética ($p=0,001$). Essa diferença não foi observada quando comparadas as pessoas com idade entre 70 e 79 anos com os demais grupos etários (vs. 60-69 anos: $p=0,791$; vs. ≥ 80 anos: $p=0,055$).

A literatura indica que quando os motivos para escolha alimentar são avaliados segundo a idade em amostras compostas por jovens, adultos e pessoas idosas, os resultados apontam que os mais jovens atribuem maior importância para os motivos orientados a curto prazo como, por exemplo, apelo sensorial e conveniência. Já os mais velhos, consideram de

maior importância os motivos alimentares orientados a longo prazo como, por exemplo, saúde e preocupação ética (RENNER *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2022; STEPTOE; POLLARD; WARDLE, 1995). Esse resultado encontrado pode refletir uma característica do comportamento consumidor que é não trocar prazer imediato por benefício futuro.

Porém, ao compararmos as faixas etárias considerando pessoas idosas mais jovens (60-69 anos) com longevas (≥ 80 anos) essa tendência muda, sendo o motivo saúde não mais valorizado conforme aumenta a idade, resultado também encontrado por Rempe *et al.* (2019) ao avaliar uma amostra de pessoas idosas na Alemanha. Assim, pode-se especular que idosos mais longevos escolhem seus alimentos menos motivados por benefícios a longo prazo. Talvez por terem a percepção de que sua dieta não tem sido restritora da saúde, atestada pela própria longevidade e pela sensação de menor ganho marginal de investir na saúde, dada uma menor expectativa de vida percebida. Já as pessoas idosas mais jovens podem ter motivações ligadas a saúde e preocupações éticas que induzem a evitar alimentos que podem contribuir para o desenvolvimento de DCNT e degradação do meio ambiente como, por exemplo, os alimentos industrializados (CHATINDIARA *et al.*, 2020; MARSOLA *et al.*, 2020).

Na Tabela 9, apresenta-se os escores dos motivos para a escolha alimentar, os quais foram comparados entre si, a partir do teste *Kruskal-Wallis*, separadamente para cada grupo etário: ≥ 60 anos; de 60 a 69 anos; de 70 a 79; ≥ 80 anos.

Tabela 9 - Comparação entre motivos para a escolha alimentar (*Food Choice Questionnaire-FCQ*) para cada grupo etário separadamente. Alfenas/MG, 2021-2022.

Motivo para escolha alimentar	Grupo etário			
	≥ 60 anos	60-69 anos	70-79 anos	≥ 80 anos
Saúde	4,00 (0,17) ^a	4,00 (0,83) ^a	4,00 (0,17) ^a	3,83 (0,50) ^{a,b}
Humor	3,33 (0,83) ^{b,c}	3,33 (0,96) ^b	3,33 (0,83) ^{b,c}	3,50 (0,83) ^{a,c}
Conveniência	3,40 (1,20) ^{c,d}	3,40 (1,20) ^b	3,40 (1,75) ^{b,c}	3,40 (1,20) ^{a,b,d}
Apelo Sensorial	4,00 (0,75) ^{e,f,g}	4,00 (0,75) ^a	4,00 (0,75) ^{a,d}	3,50 (0,75) ^{a,b,e}
Conteúdo Natural	4,00 (0,33) ^{a,e}	4,00 (0,33) ^a	4,00 (0,33) ^a	4,00 (0,67) ^{a,b}
Preço	4,00 (0,33) ^{a,e,f}	4,00 (0,33) ^a	4,00 (0,67) ^{a,d}	4,00 (0,33) ^{b,f}
Controle do Peso	3,00 (1,67) ^b	3,00 (1,92) ^b	2,67 (1,33) ^b	3,00 (1,00) ^c
Familiaridade	4,00 (1,00) ^{f,g}	4,00 (1,00) ^a	3,67 (1,00) ^{a,c}	3,83 (1,00) ^{a,f,g}
Preocupação Ética	3,67 (1,00) ^{d,g}	4,00 (0,67) ^a	3,67 (1,00) ^{c,d}	3,33 (1,33) ^{c,d,e,g}

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

Nota: Escore: valores apresentados em mediana e amplitude interquartil. Comparações realizadas entre os motivos e dentro de cada grupo etário separadamente utilizando o teste *Kruskal-Wallis*. Letras iguais nas colunas indicam igualdade estatística ($p > 0,05$).

Observou-se que houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) indicando que os motivos para a escolha alimentar possuem magnitudes distintas dentro de cada grupo etário. As comparações múltiplas entre os motivos dentro de cada grupo etário estão apresentadas na Tabela 10.

Tabela 10 - Comparação entre os motivos para a escolha alimentar dentro de cada grupo etário. Alfenas/MG, 2021-2022.

(continua)

Comparação	Grupo etário							
	≥ 60 anos		60-69 anos		70-79 anos		≥ 80 anos	
	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Controle do Peso vs. Humor	3,124	0,064	0,537	1,000	2,183	1,000	3,141	0,061
Controle do Peso vs. <u>Conveniência</u>	4,007	0,002**	1,771	1,000	2,161	1,000	3,226	0,045*
Controle do Peso vs. <u>Preocupação Ética</u>	-6,810	<0,001***	-5,222	<0,001***	-4,068	0,002**	-2,145	1,000
Controle do Peso vs. <u>Familiaridade</u>	-8,358	<0,001***	-5,228	<0,001***	-4,876	<0,001***	-4,430	<0,001***
Controle do Peso vs. <u>Apelo Sensorial</u>	8,720	<0,001***	5,121	<0,001***	5,698	<0,001***	4,326	<0,001***
Controle do Peso vs. <u>Preço</u>	10,344	<0,001***	5,730	<0,001***	5,985	<0,001***	6,400	<0,001***
Controle do Peso vs. <u>Conteúdo Natural</u>	11,615	<0,001***	6,694	<0,001***	7,630	<0,001***	5,900	<0,001***
Controle do Peso vs. <u>Saúde</u>	11,977	<0,001***	7,772	<0,001***	7,492	<0,001***	5,410	<0,001***
Humor vs. Conveniência	-0,883	1,000	-1,234	1,000	0,022	1,000	-0,086	1,000
Humor vs. <u>Preocupação Ética</u>	-3,686	0,008**	-4,684	<0,001***	-1,885	1,000	0,996	1,000
Humor vs. <u>Familiaridade</u>	-5,233	<0,001***	-4,691	<0,001***	-2,692	0,255	-1,289	1,000
Humor vs. <u>Apelo Sensorial</u>	-5,596	<0,001***	-4,584	<0,001***	-3,514	0,016*	-1,185	1,000
Humor vs. <u>Preço</u>	-7,220	<0,001***	-5,193	<0,001***	-3,802	0,005**	-3,259	0,040*
Humor vs. <u>Conteúdo Natural</u>	-8,490	<0,001***	-6,156	<0,001***	-5,447	<0,001***	-2,759	0,208
Humor vs. <u>Saúde</u>	-8,853	<0,001***	7,235	<0,001***	5,309	<0,001***	2,270	0,836
Conveniência vs. <u>Preocupação Ética</u>	-2,803	0,182	-3,450	0,020*	-1,907	1,000	1,082	1,000
Conveniência vs. <u>Familiaridade</u>	-4,350	<0,001***	-3,457	0,020*	-2,715	0,239	-1,204	1,000
Conveniência vs. <u>Apelo Sensorial</u>	-4,713	<0,001***	-3,350	0,029*	-3,537	0,015*	-1,099	1,000

Tabela 10 - Comparação entre os motivos para a escolha alimentar dentro de cada grupo etário. Alfenas/MG, 2021-2022.

(conclusão)

Comparação	Grupo etário							
	≥ 60 anos		60-69 anos		70-79 anos		≥ 80 anos	
	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Conveniência vs. <u>Preço</u>	-6,337	<0,001***	-3,959	0,003**	-3,825	0,005**	-3,174	0,054
Conveniência vs. <u>Conteúdo Natural</u>	-7,607	<0,001***	-4,922	<0,001***	-5,469	<0,001***	-2,674	0,270
Conveniência vs. <u>Saúde</u>	-7,970	<0,001***	6,001	<0,001***	5,331	<0,001***	2,184	1,000
Preocupação Ética vs. Familiaridade	1,547	1,000	0,007	1,000	0,807	1,000	2,285	0,803
Preocupação Ética vs. Apelo Sensorial	1,910	1,000	-0,100	1,000	1,629	1,000	2,181	1,000
Preocupação Ética vs. <u>Preço</u>	3,534	0,015*	0,509	1,000	1,917	1,000	4,255	0,001**
Preocupação Ética vs. <u>Conteúdo Natural</u>	4,805	<0,001***	1,472	1,000	3,562	0,013*	3,755	0,006**
Preocupação Ética vs. <u>Saúde</u>	5,167	<0,001***	2,551	0,387	3,424	0,022*	3,266	0,039*
Familiaridade vs. Apelo Sensorial	0,363	1,000	-0,107	1,000	0,822	1,000	-0,104	1,000
Familiaridade vs. <u>Preço</u>	1,987	1,000	0,502	1,000	1,110	1,000	1,970	1,000
Familiaridade vs. <u>Conteúdo Natural</u>	3,257	0,041*	1,465	1,000	2,755	0,211	1,470	1,000
Familiaridade vs. <u>Saúde</u>	3,620	0,011*	2,544	0,395	2,617	0,320	0,980	1,000
Apelo Sensorial vs. <u>Preço</u>	-1,624	1,000	-0,609	1,000	-0,288	1,000	-2,074	1,000
Apelo Sensorial vs. <u>Conteúdo Natural</u>	-2,895	0,137	-1,572	1,000	-1,933	1,000	-1,575	1,000
Apelo Sensorial vs. <u>Saúde</u>	3,257	0,041*	2,651	0,289	1,795	1,000	1,085	1,000
<u>Preço</u> vs. <u>Conteúdo Natural</u>	1,270	1,000	0,963	1,000	1,645	1,000	-0,500	1,000
<u>Preço</u> vs. <u>Saúde</u>	1,633	1,000	2,042	1,000	1,507	1,000	-0,989	1,000
<u>Conteúdo Natural</u> vs. <u>Saúde</u>	0,362	1,000	1,079	1,000	-0,138	1,000	-0,490	1,000

Fonte: Elaborada pelos autores (2022). Nota: *z*: estatística obtida a partir do teste *Kruskal-Wallis*. *p*: * < 0,05, ** < 0,01, *** < 0,001. O motivo sublinhado foi o que apresentou maior valor na comparação realizada.

De um modo geral, saúde, conteúdo natural e preço foram as razões mais importantes para as pessoas idosas quando da escolha de alimentos, enquanto que o controle do peso emergiu como um dos motivos de menor importância.

Entre os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, ou seja, a amostra total, a importância atribuída, durante a escolha de alimentos, para o motivo saúde foi significativamente igual ($p > 0,05$) quando comparada com conteúdo natural e preço. Também observou-se igualdade estatística para as seguintes comparações: humor vs. conveniência e controle do peso; conveniência vs. preocupação ética; apelo sensorial vs. preço, conteúdo natural, familiaridade e preocupação ética; conteúdo natural vs. preço; preço vs. familiaridade; familiaridade vs. preocupação ética. As demais comparações foram significativamente diferentes ($p < 0,05$). Sendo as mais importantes em relação a controle do peso: conveniência, preocupação ética, familiaridade, apelo sensorial, preço, conteúdo natural e saúde. As mais importantes em relação a humor: preocupação ética, familiaridade, apelo sensorial, preço, conteúdo natural e saúde. As mais importantes em relação a conveniência: familiaridade, apelo sensorial, preço, conteúdo natural e saúde. As mais importantes em relação a preocupação ética: preço, conteúdo natural e saúde. As mais importantes em relação a familiaridade: conteúdo natural e saúde. E a mais importante em relação a apelo sensorial: saúde.

Para as pessoas do grupo etário de 60 a 69 anos, a importância durante a escolha de alimentos foi significativamente igual ($p > 0,05$) apenas entre os motivos saúde, apelo sensorial, conteúdo natural, preço, familiaridade e preocupação ética, bem como entre os motivos humor, conveniência e controle do peso. As comparações significativamente diferentes ($p < 0,05$) mais importantes em relação a controle do peso: preocupação ética, familiaridade, apelo sensorial, preço, conteúdo natural, saúde. As mais importantes em relação a humor: preocupação ética, familiaridade, apelo sensorial, preço, conteúdo natural e saúde. As mais importantes em relação a conveniência: preocupação ética, familiaridade, apelo sensorial, preço, conteúdo natural e saúde.

Para as pessoas do grupo etário de 70 a 79 anos, observou-se igualdade estatística ($p > 0,05$) para as seguintes comparações: saúde vs. apelo sensorial, conteúdo natural, preço e familiaridade; humor vs. conveniência, controle do peso, familiaridade e preocupação ética; conveniência vs. controle do peso, familiaridade e preocupação ética; apelo sensorial vs. conteúdo natural, preço, familiaridade e preocupação ética; conteúdo natural vs. preço e familiaridade; preço vs. familiaridade e preocupação ética; familiaridade vs. todos os motivos, exceto controle do peso ($p < 0,05$). Sendo observado comparações significativamente

diferentes ($p < 0,05$) mais importantes em relação a controle do peso: preocupação ética, familiaridade, apelo sensorial, preço, conteúdo natural, saúde. As mais importantes em relação a humor: apelo sensorial, preço, conteúdo natural e saúde. As mais importantes em relação a conveniência: apelo sensorial, preço, conteúdo natural e saúde. As mais importantes em relação a preocupação ética: conteúdo natural e saúde.

Para as pessoas com idade igual ou superior a 80 anos, observou-se igualdade estatística ($p > 0,05$) para as seguintes comparações: saúde vs. humor, conveniência, apelo sensorial, conteúdo natural, preço e familiaridade; conteúdo natural vs. humor, conveniência, apelo sensorial, preço e familiaridade; preço vs. conveniência, apelo sensorial e familiaridade; controle do peso vs. humor e preocupação ética; preocupação ética vs. conveniência, apelo sensorial, controle do peso e familiaridade. As demais comparações foram significativamente diferentes ($p < 0,05$). Sendo as mais importantes em relação a controle do peso: conveniência, familiaridade, apelo sensorial, preço, conteúdo natural e saúde. Preço mais importante em relação a humor. As mais importantes em relação a preocupação ética: preço, conteúdo natural e saúde.

A comparação entre motivos para a escolha alimentar é uma estratégia comumente realizada na literatura, sendo esperado que eles estejam relacionados entre si, confirmando os achados da presente pesquisa. Isso sugere que o processo de escolha alimentar é complexo e amplo não sendo sustentado apenas por uma única razão, mas sim na interação de vários motivos (REMPE *et al.*, 2019; RENNER *et al.*, 2012; SPROESSER *et al.*, 2019).

Diversos estudos com o objetivo de investigar escolhas alimentares utilizando como instrumento o FCQ podem ser encontrados na literatura (CUNHA *et al.*, 2018). Porém, estudos que utilizaram o FCQ para avaliar exclusivamente as escolhas alimentares da população idosa são poucos e, até onde sabemos, no Brasil isso ainda não havia sido realizado.

Nos Estados Unidos, trabalho conduzido por Locher *et al.* (2009) com uma amostra de 185 idosos, limitados às suas residências com o objetivo de verificar suas motivações e barreiras em relação às escolhas alimentares, apontou como um dos principais motivos para a escolha de alimentos o preço, confirmando os resultados do presente estudo. O estudo também apontou que apelo sensorial e conveniência foram os motivos mais importantes considerados pelas pessoas idosas estadunidenses durante a escolha de alimentos, o que, de forma geral, também é indicado no presente estudo. Como de menor importância, no trabalho de Locher *et al.* (2009), emergiram os motivos: preocupação ética, humor e conteúdo natural; divergindo deste estudo onde conteúdo natural aparece como um dos principais motivos. Tais

achados divergentes entre os estudos podem estar associados às especificidades socioculturais e clínicas das populações.

Na Correia do Sul, Kim (2016) avaliou a escolha alimentar de 87 pessoas idosas usando o FCQ e encontrou como principais motivos: preço, apelo sensorial, saúde e conveniência; concordando com os achados deste estudo. No que se refere aos motivos menos valorizados pelos participantes, o estudo revelou o que foi encontrado no presente trabalho, sendo o controle do peso apontado como principal motivo de menor importância para os participantes, aparecendo também preocupação ética e conteúdo natural como menos valorizados.

A preocupação com o ganho de peso e dieta de 31.636 holandeses de diferentes idades (13-98 anos), incluindo pessoas idosas, foi investigada por Slof-Op 'T Landt *et al.* (2017). O estudo encontrou maior preocupação com o peso e dieta entre mulheres ao longo de toda sua vida, porém essa preocupação foi mais prevalente entre jovens (16-25 anos), observando-se diminuição da preocupação com o peso conforme aumento da idade. Em relação aos homens, essa preocupação foi pouco prevalente comparada a das mulheres, apresentando maior intensidade entre 25 e 55 anos. Esses resultados, ao indicarem menor valorização do controle do peso como motivo para a escolha de alimentos, quanto maior é a idade, estão em coerência com a menor preocupação dos participantes do presente estudo com questões relacionadas ao peso em pessoas com idade mais avançada.

A menor preocupação com questões relacionadas ao peso e seu controle pela dieta em pessoas idosas comparadas com outras fases da vida foi verificado também por Nuvoli (2015) em trabalho realizado na Itália com 522 participantes distribuídos em diferentes faixas etárias (crianças: 7 a 11 anos; jovens adultos: 19 a 30 anos; idosos: 65 a 90 anos). O objetivo do estudo foi comparar como a comensalidade com familiares pode estar associada ao peso e à saúde nutricional entre os grupos. Foi verificado aumento do IMC com a idade, no entanto, fazer dieta ou a intenção de fazer dieta diminuiu significativamente com a idade, sendo as pessoas idosas 8,71 vezes menos propensas a tentar controlar o peso, seja para perder ou ganhar em relação ao grupo de crianças ou adultos mais jovens. Isso reforça a tendência de que pessoas idosas se preocupam menos com questões relativas ao peso e seu controle pela dieta mesmo estando com sobrepeso, o que se confirmou no presente estudo.

Marsola *et al.* (2020) em seu estudo realizado no interior de São Paulo, avaliou os motivos de escolha alimentar de amostra composta por jovens (18-34 anos), adultos (35-59 anos) e pessoas idosas (> 60 anos) usando o FCQ. Foi verificado que os principais motivos para escolha de alimentos nessa amostra foram apelo sensorial, preço, conveniência e saúde,

concordando parcialmente com os resultados da presente pesquisa, que também encontrou como principais saúde e preço. Os autores ressaltaram que parece existir uma interligação entre os motivos para a escolha alimentar dos participantes. Isso vai ao encontro do presente estudo, confirmando a complexidade dos fatores que podem influenciar as escolhas alimentares das pessoas entre diferentes populações.

Diante dos diversos fatores que podem influenciar as escolhas alimentares de um indivíduo, embora a saúde não seja o único fator, ela aparece como um dos mais importantes nos estudos de escolha alimentar, estando correlacionada a outros, tais como conteúdo natural. Sendo esperado que pessoas que valorizam a saúde como uma das principais motivações para suas escolhas alimentares, geralmente, também valorizem o conteúdo natural dos alimentos (STEPTOE; POLLARD; WARDLE, 1995; VEIGA *et al.* 2021). Isso confirma o surgimento de tais motivos entre os principais apontados na presente pesquisa.

Em relação ao preço, como um dos motivos mais relevantes para a escolha alimentar das pessoas idosas, esse achado é comum na literatura considerada a população de modo geral (CARRILLO *et al.*, 2011; GLABSKA; SKOLMOWSKA; GUZEK, 2020; SOUZA *et al.*, 2020; VEIGA *et al.*, 2021; VORAGE, *et al.*, 2020).

A Tabela 11 apresenta os dados de consumo alimentar (macronutrientes e energia) e ingestão de água dos participantes obtidos a partir das respostas dadas aos itens do QFA e pergunta específica (ver bloco D do APÊNDICE A), respectivamente.

Tabela 11 - Dados de consumo alimentar e ingestão de água dos participantes. Alfenas/MG, 2021-2022.

	Amostra (estudo quantitativo: n=168)			Subamostra (estudo qualitativo: n=18)			p (compara ção entre amostras)
	Md	Q1	Q3	Md	Q1	Q3	
Proteína (g/dia)	63,6	49,4	87,7	58,1	44,5	71,3	0,153
Carboidrato (g/dia)	188,5	152,5	232,3	154,7	116,2	184,1	0,007*
Lípídeo (g/dia)	38,7	25,5	49,2	35,8	24,8	42,7	0,148
Energia (Kcal/dia)	1358,3	1055,2	1729,0	1127,2	933,7	1379,6	0,020*
Água (ml/dia)	1500,0	1000,0	2000,0	1500,0	750,0	2000,0	0,569

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

Nota. Md: mediana, Q1: quartil 1, Q3: quartil 3. p: derivado de teste Man-Whitney com $p < 0,05$ para significância estatística (*).

Os participantes apresentaram consumo energético total médio de 1443,15 kcal/dia (DP = 556,84) e separado por sexo foi de 1609,18 Kcal/dia (DP = 679,07) para homens e de 1370,77 Kcal/dia (DP = 479,82) para mulheres. A distribuição percentual de proteína, carboidrato e lipídeo foi respectivamente, 20%, 55% e 25% do valor calórico total médio. O consumo de água médio das pessoas idosas foi 1678,87 ml/dia (DP = 1028,48) e separado por sexo foi de 1703,92 ml/dia (DP = 985,28) para homens e de 1667,95 ml/dia (DP = 1050,71) para mulheres.

Ao comparar o consumo nutricional e de água dos participantes considerando a ingestão e a necessidade, observou-se diferenças significativas ($p < 0,001$) em todos os componentes indicando ingestão inferior as necessidades nutricionais e de água (valores expressos em mediana e amplitude interquartil - ingestão energética: 1358,3kcal [673,18kcal] vs. necessidade energética: 1920,0kcal [562,5kcal]; ingestão de proteína: 63,6g [38,3g] vs. necessidade de proteína: 76,8g [22,5g]; ingestão de carboidrato: 188,5g [79,8g] vs. necessidade de carboidrato: 264,0g [77,3g]; ingestão de lipídeo: 38,7g [23,6g] vs. necessidade de lipídeo: 61,9g [18,1g] ingestão de água: 1500,0ml [1000,0m] vs. necessidade de água: 2700,0ml [1000,0ml]).

O valor que encontramos de consumo médio de ingestão energética total das pessoas idosas foi inferior ao recomendado pela Diretriz BRASPEN (GONCALVEZ *et al.*, 2019). O inquérito brasileiro denominado Pesquisa de Orçamentos Familiares, realizado nos anos de 2017 e 2018, identificou que a ingestão de energia e de micronutrientes na população de pessoas idosas foi baixa e esse resultado também foi encontrado no presente estudo (IBGE, 2020). Isso pode estar relacionado com diferentes fatores como, por exemplo, redução do apetite, diminuição da capacidade gustativa e olfativa, presença de doenças e alterações no estilo de vida (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000; SOUZA *et al.*, 2016; VENTURINI *et al.*, 2015). Estudos com pessoas idosas de diferentes regiões do Brasil destacam que o consumo energético aquém das recomendações pode contribuir para a ingestão insuficiente de micronutrientes considerados protetores contra doenças crônicas, tais como vitaminas A, C, D, E, tiamina e piridoxina e minerais como cálcio, magnésio, zinco e cobre (CANUTO; FONTON; LIRA, 2019; FISBERG *et al.*, 2013; PEREIRA *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2016). Portanto, é importante que futuras intervenções elaborem estratégias para adequar o consumo energético das pessoas idosas.

Com relação ao consumo de água dos participantes, ele também foi abaixo da recomendação para o grupo etário estudado (INSTITUTE OF MEDICINE, 2005). Vale ressaltar, que a recomendação para ingestão de água considera além da água pura ingerida, a

água contida nas bebidas e presente também nos alimentos. Estudos realizados com pessoas idosas brasileiras com o objetivo de verificar o consumo de água dos participantes também identificou ingestão inferior às recomendações (GENARO; GOMES; IENAGA, 2015; MENDONÇA; MELLO; COELHO, 2020).

Sabe-se que a água tem papel importante para a manutenção do estado de saúde para todos os indivíduos, especialmente em pessoas idosas que estão mais sujeitos à redução da água corporal em decorrência da diminuição da massa magra e ganho de massa gorda, menor reabsorção de água, diminuição da eficiência do sistema responsável pela sensação de sede. Isso tudo, associado à diminuição da ingestão de líquidos pode levar o indivíduo a quadros de desidratação com consequências que podem variar de um estado de apatia, taquicardia, síncope, delírio até coma (SALAS-SALVADO *et al.*, 2020). Estudo realizado em quatro países da América Latina (Brasil, Argentina, México e Uruguai) com amostra composta por diferentes faixas etárias incluindo pessoas acima de 50 anos, verificou frequente inadequação do consumo diário de água pura e de líquidos totais (75%), associado ao elevado consumo de bebidas açucaradas (p. ex., refrigerante). O estudo destaca Brasil e México como sendo os países onde mais de 80% dos participantes consumiam pelo menos uma porção de bebida açucarada diariamente, e no México essa quantidade superou a quantidade de água pura diária consumida (MARTINEZ *et al.*, 2018). Diante disso são necessárias estratégias que possibilitem o aumento da ingestão de líquidos em pessoas idosas, especialmente, no que se refere a ingestão de água pura em detrimento das bebidas açucaradas que podem contribuir para o comprometimento da saúde da pessoa idosa.

A última etapa analítica do presente estudo com os dados quantitativos foi comparar o consumo energético total dos participantes com as variáveis de interesse. Para tanto, primeiro, a normalidade dos dados foi testada. O teste *Kolmogorov-Smirnov* indicou que os dados referentes à energia não apresentaram distribuição normal [energia: 0,076(168), $p < 0,020$]. Assim, as comparações foram realizadas utilizando-se o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*. Foi comparado o consumo energético (variável dependente) com variáveis (independentes) de interesse, sendo elas demográficas, socioeconômicas, estado físico e de saúde autorrelatado, hábitos e estilo de vida e por fim conhecimentos e informações sobre alimentação e nutrição. Os resultados dessa análise estão apresentados na Tabela 12.

Tabela 12 - Comparação do consumo energético total segundo características individuais dos participantes. Alfenas/MG, 2021-2022. (continua)

Característica	Consumo energético (kcal)[#]	<i>p</i>
Sexo		0,033*
Masculino	1525,86 (843,64)	
Feminino	1304,23 (629,87)	
Idade		0,291
60-69 anos	1390,84 (765,73)	
70-79 anos	1221,45 (682,22)	
≥ 80 anos	1437,20 (597,03)	
Renda		0,440
de até R\$1.100,00	1330,59 (726,51)	
de R\$1.101,00 a R\$3.300,00	1321,31 (730,55)	
> R\$3.301,00	1530,73 (638,53)	
Número de moradores na residência		0,698
Somente 1 morador	1161,66 (494,81)	
2 moradores	1341,20 (727,11)	
3 ou mais moradores	1391,13 (676,93)	
Raça/cor da pele		0,189
Branca	1442,49 (615,59)	
Preta/Parda	1308,80 (726,25)	
Estado civil		0,023*
Solteiro (a)	1499,19 (631,24) ^{a,b}	
Casado (a) ou vive com companheiro (a),	1505,12 (723,61) ^a	
Divorciado (a), separado (a) ou desquitado (a)	1259,46 (449,22) ^{a,b}	
Viúvo (a)	1204,80 (552,82) ^b	
Exerce trabalho remunerado atualmente		0,683
Não	1364,87 (665,48)	
Sim	1330,59 (949,71)	
Presença de doenças ou condições de saúde		
Já recebeu algum diagnóstico médico de Hipertensão?		0,254

Tabela 12 - Comparação do consumo energético total segundo características individuais dos participantes. Alfenas/MG, 2021-2022. (continuação)

Característica	Consumo energético (kcal)[#]	<i>p</i>
Não	1317,34 (752,70)	
Sim	1371,40 (622,72)	
Já recebeu algum diagnóstico médio de Diabetes?		0,190
Não	1384,74 (784,49)	
Sim	1304,23 (621,55)	
Já recebeu algum diagnóstico médio de Doença Cardiovascular?		0,233
Não	1387,93 (673,30)	
Sim	1274,11 (687,27)	
Já recebeu algum diagnóstico médio de Doença Crônica Pulmonar (asma, enfisema, etc)?		0,667
Não	1325,95 (691,20)	
Sim	1457,19 (832,51)	
Já recebeu algum diagnóstico médio de Reumatismo/Artrite/Artrose?		0,070
Não	1438,87 (703,74)	
Sim	1148,07 (531,43)	
Já recebeu algum diagnóstico médio de Osteoporose?		0,190
Não	1316,96 (665,45)	
Sim	1492,72 (727,75)	
Já recebeu algum diagnóstico médio de Enxaqueca (Dor de cabeça frequente)?		0,779
Não	1341,20 (603,14)	
Sim	1405,71 (942,86)	
Já recebeu algum diagnóstico médio de Problema na coluna (Dor nas costas)?		0,152
Não	1274,96 (636,86)	
Sim	1399,61 (727,42)	

Tabela 12 - Comparação do consumo energético total segundo características individuais dos participantes. Alfenas/MG, 2021-2022. (continuação)

Característica	Consumo energético (kcal)[#]	<i>p</i>
Já recebeu algum diagnóstico médio de depressão ou ansiedade?		0,015*
Não	1244,92 (653,79)	
Sim	1503,18 (672,76)	
Já recebeu algum diagnóstico médio de Tontura/Vertigem?		0,449
Não	1358,34 (707,65)	
Sim	1347,45 (663,92)	
Já recebeu algum diagnóstico médio de Problema/Infecção Urinária?		0,880
Não	1325,95 (708,27)	
Sim	1437,20 (578,39)	
Já recebeu algum diagnóstico médio de Deficiência Auditiva?		0,966
Não	1316,96 (674,10)	
Sim	1421,67 (709,82)	
Já recebeu algum diagnóstico médico de Deficiência Visual?		0,205
Não	1204,80 (596,03)	
Sim	1405,710 (685,07)	
Autopercepção da Saúde		
De um modo geral, como o (a) senhor (a) avalia a sua saúde no momento atual?		0,621
Percepção negativa (Muito ruim/ Ruim/ Regular)	1359,12 (761,13)	
Percepção positiva (Boa/ Muito boa)	1358,34 (673,64)	
Como o (a) senhor (a) avalia sua saúde em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade?		0,411

Tabela 12 - Comparação do consumo energético total segundo características individuais dos participantes. Alfenas/MG, 2021-2022. (continuação)

Característica	Consumo energético (kcal)[#]	<i>p</i>
Percepção negativa (Muito pior/Pior/Igual)	1492,72 (689,84)	
Percepção positiva (Melhor/Muito melhor)	1321,31 (732,19)	
Como o (a) senhor (a) avalia a sua saúde hoje em comparação com a de 1 ano atrás?		0,207
Percepção negativa (Muito pior/Pior/Igual)	1391,13 (704,4)	
Percepção positiva (Melhor/Muito melhor)	1266,18 (576,21)	
Saúde Bucal		0,347
Como o (a) senhor (a) avalia sua saúde bucal?		
Percepção negativa (Muito ruim/ Ruim/ Regular)	1465,79 (799,63)	
Percepção positiva (Boa/ Muito boa)	1319,13 (612,06)	
O (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para mastigar ou engolir o alimento?		0,964
Não	1319,13 (667,10)	
Sim	1481,15 (776,74)	
Tabagismo		
Fuma atualmente?		0,888
Não	1371,40 (619,76)	
Sim	1283,18 (994,89)	
Bebida Alcoólica		
<i>Qual a frequência de consumo?</i>		0,160
Nunca	1302,07 (571,56)	
Com alguma frequência	1497,07 (864,05)	
Atividade Física		
Faz caminhadas como forma de exercício?		0,974
Não	1351,81 (726,12)	
Sim	1384,74 (449,26)	

Tabela 12 - Comparação do consumo energético total segundo características individuais dos participantes. Alfenas/MG, 2021-2022. (conclusão)

Característica	Consumo energético (kcal)[#]	<i>p</i>
Como o (a) senhor (a) considera seus conhecimentos em alimentação e nutrição:		0,130
Regular	1461,16 (765,42)	
Bom	1283,75 (585,49)	
Muito bom	1595,06 (712,16)	
O (a) senhor (a) notou perda de peso nos últimos 3 meses?		0,382
Não	1299,91 (681,24)	
Sim	1421,67 (759,49)	
Estado Nutricional Antropométrico		0,565
Baixo peso	1438,45 (772,87)	
Eutrofia	1414,48 (716,17)	
Sobrepeso	1319,13 (624,50)	

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

Nota: [#]Os valores de consumo energético apresentados em mediana e amplitude interquartil.

*Indica diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os grupos a partir do teste *Kruskal-Wallis*, sendo que letras iguais indicam igualdade estatística ($p > 0,05$) para comparações múltiplas.

Nota-se que os escores de consumo energético foram significativamente diferentes apenas para as variáveis sexo ($p=0,033$), estado civil ($p=0,023$) e autorrelato de diagnóstico de depressão/ansiedade ($p=0,015$). Quanto ao sexo, os homens apresentaram um consumo energético total maior em relação às mulheres, sendo esse um resultado comumente encontrado na literatura. O menor consumo energético das mulheres, geralmente, está relacionado a padrão alimentar mais saudável, melhores resultados metabólicos, menor IMC e nível mais alto de motivação autodeterminada relacionada à alimentação (LEBLANC *et al.*, 2014). As diferenças entre os sexos podem ser explicadas em parte pelo maior envolvimento das mulheres, tanto na fase adulta quanto na velhice, com fatores ligados ao conhecimento nutricional e atitudes de autocuidado (DOURADO *et al.*, 2018; EMANUEL *et al.*, 2012), em contraste com evidências de baixa qualidade da dieta em homens, incluindo os maiores de 60 anos (GOMES; SOARES; GONÇALVES, 2016).

As pessoas idosas que relataram ter recebido diagnóstico positivo para ansiedade e/ou depressão apresentaram maior consumo energético total do que os indivíduos que referiram não ter. A presença de ansiedade e/ou depressão pode influenciar tanto a escolha alimentar quanto o consumo alimentar das pessoas de formas distintas (CHEN; ANTONELLI, 2020). Quadros de ansiedade estão mais relacionados ao aumento do consumo de alimentos, onde a comida funciona como uma forma de enfrentamento diante de situações difíceis podendo esse comportamento contribuir para o desenvolvimento da obesidade (OTTO; RIBEIRO, 2020). Já a depressão é frequentemente relacionada a uma apatia alimentar, ou seja, baixa disposição para preparar e comer os alimentos, muitas vezes associada a quadros de desnutrição, principalmente, em pessoas idosas (CHATINDIARA *et al.*, 2020; WHITELOCK; ENSAFF, 2018). Portanto, pessoas idosas que apresentam sintomatologia de ansiedade e depressão precisam de cuidado especial de modo que tais estados não influenciem negativamente na alimentação.

Com relação ao estado civil, pessoas idosas que vivem sozinhas e se autodeclararam viúvos (as) apresentaram um consumo energético total menor em relação ao consumo dos indivíduos casados ou vivendo com um(a) companheiro(a). Pessoas idosas que perderam o(a) companheiro(a), podem ter menor motivação para preparar suas refeições, especialmente, aquelas mais saudáveis que envolvem maior tempo de dedicação (BLOOM *et al.*, 2017; WHITELOCK; ENSAFF, 2018). Portanto, trata-se de um grupo que necessita de atenção maior, especialmente, os indivíduos que vivem sozinhos. Tanto viver sozinho quanto comer sozinho são fatores de risco para inadequada nutrição da pessoa idosa, pois esses podem optar pelo consumo de refeições com baixo valor nutricional frente a maior praticidade. A ausência de um parceiro afetivo ou outra companhia pode contribuir para a perda de prazer em cozinhar e comer com conseqüente impacto no estado nutricional (CHATINDIARA *et al.*, 2020; VESNAVER *et al.*, 2016; WHITELOCK; ENSAFF, 2018).

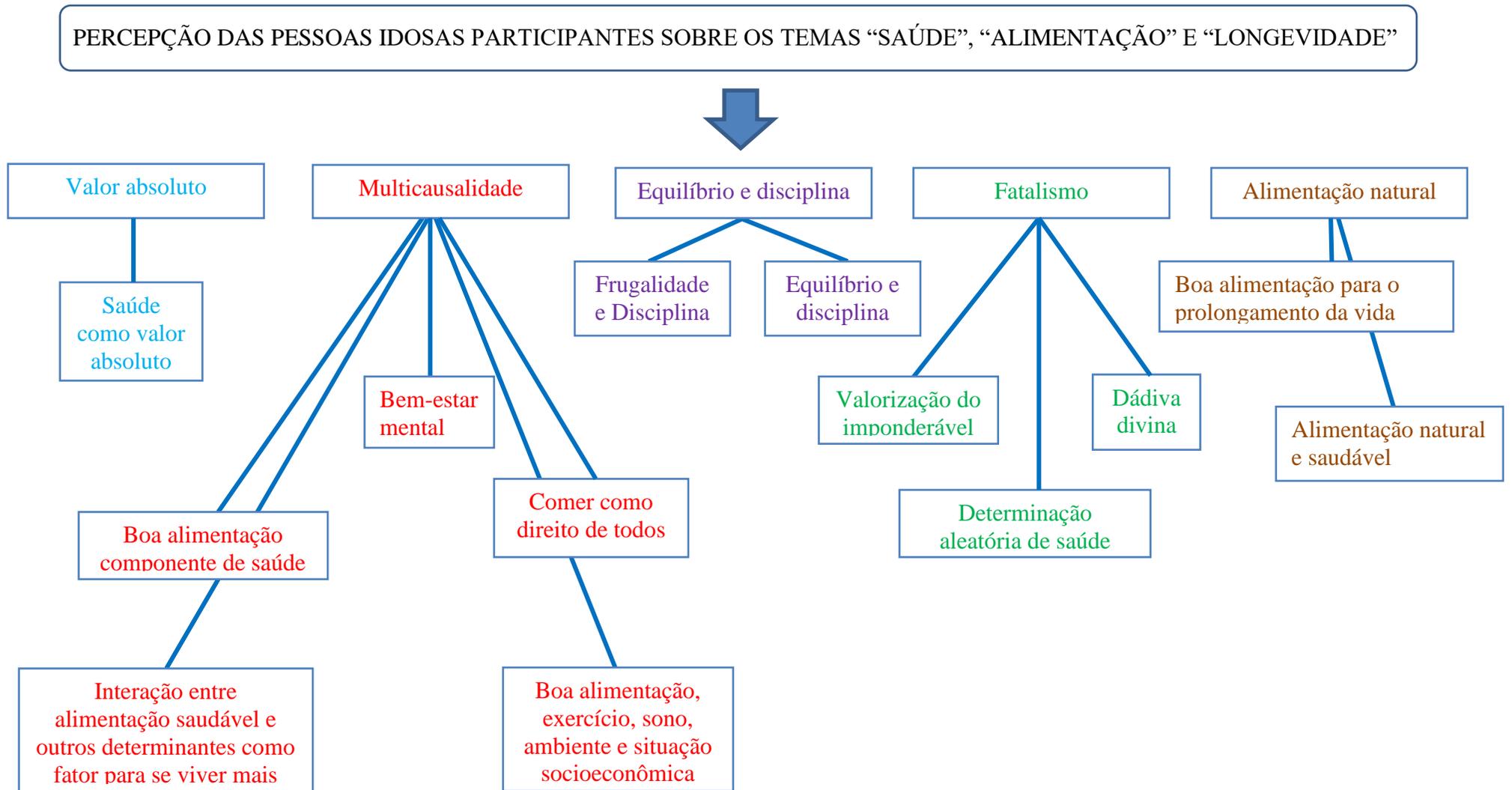
Diante da diversidade de associações que podem ser testadas entre as variáveis do presente estudo, encontra-se no Apêndice E análises adicionais que foram realizadas com dados produzidos pela pesquisa, mas que não foram imediatamente consideradas para a discussão neste texto, devendo ser objeto de artigo científico secundário aos objetivos principais deste trabalho.

Com relação à abordagem qualitativa, participaram dessa etapa 18 pessoas com média de idade de 71,1 (DP=6,0) anos, sendo a maioria do sexo feminino (88,9%). As informações detalhadas sobre a caracterização desse grupo de pessoas idosas apresentam-se nas Tabelas 1, 2, 3 e 4. Nota-se que não houve diferença significativa ($p < 0,05$) nas principais características

(p. ex., sociodemográficas, de estilo de vida e clínicas) entre a amostra total e a subamostra utilizada no estudo qualitativo. Apresenta-se no Apêndice F as transcrições das falas das pessoas idosas participantes da abordagem qualitativa e no Apêndice G a sistematização das análises realizadas. Maiores detalhes sobre a abordagem qualitativa encontram-se descritos no Apêndice H.

Na Figura 1, apresenta-se o mapa temático com os temas e subtemas que emergiram dos discursos das pessoas idosas participantes do estudo, após realização da análise temática.

Figura 1- Mapa temático construído a partir da análise dos depoimentos das pessoas idosas entrevistadas. Alfenas/MG, 2021-2022.



Após realizar análise temática dos discursos das pessoas idosas participantes, emergiram cinco temas, nomeadamente: Valor absoluto; Multicausalidade; Equilíbrio e disciplina; Fatalismo; Alimentação natural.

No Quadro 1, estão detalhados os subtemas de acordo com as três perguntas norteadoras utilizadas para a coleta de dados (“fale sobre saúde”; “fale sobre alimentação”; “fale sobre comida e viver mais”) e a identificação da relação dessas com os temas finais.

Quadro 1- Subtemas identificados de acordo com cada pergunta norteadora e suas respectivas contribuições para a formação dos temas finais do estudo. Alfenas/MG, 2021-2022.

(continua)

Pergunta norteadora	Subtemas*	Temas finais*
I-Fale sobre saúde.	A- Saúde como valor absoluto B- Boa alimentação, exercício, sono, ambiente e situação socioeconômica C- Determinação aleatória de saúde C- Dádiva divina B- Bem-estar mental D- Equilíbrio e disciplina	A-Valor absoluto B-Multicausalidade C-Fatalismo
II-Fale sobre alimentação.	C-Valorização do imponderável B-Comer como direito de todos. E- Alimentação natural e saudável D- Frugalidade e Disciplina B- Boa alimentação componente de saúde	D-Equilíbrio e disciplina E-Alimentação natural
III-Fale sobre comida e viver mais.	C-Valorização do imponderável	

Quadro 1- Subtemas identificados de acordo com cada pergunta norteadora e suas respectivas contribuições para a formação dos temas finais do estudo. Alfenas/MG, 2021-2022. (conclusão)

Pergunta norteadora	Subtemas*	Temas finais*
	E- Boa alimentação para o prolongamento da vida B- Interação entre alimentação saudável e outros determinantes como fator para se viver mais B- Bem-estar mental D- Equilíbrio e disciplina	

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

Nota: *Letras iguais indicam identidade entre subtemas e temas.

De forma indutiva a partir das falas dos participantes foram extraídos subtemas dos agrupamentos de ideias centrais similares que contribuíram para a formação dos temas finais (APÊNDICE G). Note-se que alguns subtemas com ideias similares se repetiram em mais de uma pergunta norteadora, por exemplo, os subtemas que compuseram o tema equilíbrio e disciplina, reforçando a importância que as pessoas idosas atribuíram a esse tema nas três temáticas abordadas (i.e., saúde, alimentação e longevidade). Porém, surgiu tema que apareceu em apenas uma pergunta norteadora específica, foi o caso do subtema saúde como valor absoluto que compõe o tema valor absoluto, aparecendo apenas na pergunta norteadora I.

Como pode ser observado no mapa temático (Figura 1), um dos temas encontrados no estudo demonstra a percepção de saúde das pessoas idosas como um valor absoluto, algo muito importante. Algumas expressões retiradas das falas dos participantes (ver APÊNDICE G) ilustram esse tema: *“se você não tiver saúde, você não tem nada”*; *“a saúde é em primeiro lugar”*; *“a gente tendo saúde a gente tem tudo”*; *“pode ter tudo, não tendo saúde não tem nada”*; *“ter saúde é o mais importante”*; *“saúde é tudo na vida”*; *“eu acho que saúde é a coisa mais importante da vida”*. A saúde é um tema muito valorizado entre as pessoas idosas em estudos dentro das ciências da saúde, sendo possível verificar atitudes mais positivas e maior valorização de temáticas ligas a saúde, por exemplo, no âmbito da alimentação em pessoas idosas quando comparadas aos jovens e pessoas adultas (RENNER *et al.*, 2012; WALKER-CLARKE; WALASEK; MEYER, 2022). Talvez isso possa se dar pelo fato dessas

peessoas vivenciarem, no processo de envelhecimento, alguns declínios físicos, funcionais e maior prevalência de doenças, que podem trazer implicações para seu estado de saúde com maior grau de severidade percebida, despertando uma maior percepção de risco de eventos adversos, favorecendo dessa maneira a maior valorização da sua saúde (CHATINDIARA *et al.*, 2020).

Foi verificado também de acordo com a percepção das pessoas idosas que elas consideram uma determinação multicausal para se ter uma vida longa e saudável. Surgindo nas falas dos entrevistados alimentação, exercício físico, sono, bem-estar mental, uso de medicamento, situação socioeconômica, álcool, tabagismo e ambiente onde se vive como fatores que podem determinar saúde e longevidade. Isso pode ser observado em algumas falas dos participantes (ver APÊNDICE G): *“depende do que você ingere, depende do ambiente que você vive, da situação financeira e nível social da sua vida”*; *“para ter saúde a gente tem que controlar muito as coisas... tem que alimentar, dormir bem e não ficar assim estressado com as coisas”*; *“alimentar bem e livrar de problemas pessoais”*; *“fazer exercícios, alimentação saudável”*; *“a gente viver mais é sempre alimentar bem, sempre ter a cabeça fresca... ...procurar não estar tomando bebida alcoólica, não fuma”*; *“alimentação também vale muito, mas eu não sei, eu acho que o remédio é que socorre mais a gente.*

Na percepção das pessoas participantes, nota-se diversos aspectos para que seja possível vivenciar uma vida longa e saudável. Portanto, ao considerar o processo de envelhecimento como um fenômeno complexo, compreende-se a importância de se refletir sobre questões da trajetória de vida de pessoas idosas, bem como seu contexto cultural, econômico e social e o papel da sociedade em definir políticas públicas que possibilitem apoiar a população idosa promovendo uma vida longa e saudável (DEBIA; SILVEIRA, 2019).

Outro tema que emergiu das falas das pessoas idosas foi a importância do equilíbrio e disciplina na alimentação e também como forma para promover/preservar seu estado de saúde que conseqüentemente reflete no prolongamento da vida. Algumas falas (ver APÊNDICE G) podem ilustrar essa percepção: *“tem que balancear a sua comida”*; *“nas horas certas... prestar atenção no que faz mal no que não faz”*; *“não comer muita coisa pesada... um alimento razoável, o trivial”*; *“usar os remédios direitinho... fazer os regimes direitinho... ajuda a controlar... a saúde”*; *“selecionar as coisas, uma medida certa”*; *“sabendo levar essa vida assim com equilíbrio”*; *“a pessoa fazendo certinho ela vai durar mais”*; *“para você viver mais tempo... tem que saber equilibrar o seu corpo, a sua boca”*.

Estudo realizado no Reino Unido com amostra composta por pessoas idosas entre 63 a

90 anos usando abordagem qualitativa evidenciou resultados relacionados à concepção de equilíbrio em relação à alimentação, onde os participantes reconheceram a importância do autocontrole e moderação da dieta, resultado que confirma os achados da presente pesquisa (WHITELOCK; ENSAFF, 2018). No Brasil, essa percepção de equilíbrio foi observada também no estudo qualitativo de Kuwae *et al.* (2015), com pessoas idosas participantes da Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, onde elas também destacaram a importância do equilíbrio na alimentação no envelhecimento fisiológico, que já não as permitia comer determinados alimentos, tais como aqueles muito gordurosos, considerando o que os pesquisadores chamaram de normas internas, ou seja, limitações fisiológicas como, por exemplo, o processo de digestão mais lento. Além das normas internas, era importante para os participantes as normas externas, ou seja, seguir as recomendações nutricionais ou tratamentos específicos para o controle/manutenção de seu estado de saúde. Similar ao que o presente estudo apontou como “regras” que necessitam de atenção e cuidado em prol de uma boa alimentação, saúde e prolongamento da vida.

Outro tema que emergiu das falas dos participantes foi o fatalismo descrito por Abbagnano (2007) como efeitos que poderiam ocorrer mesmo se as causas fossem evitadas, conformismo frente a algo que é aceito como não controlável e não modificável. Um trecho da fala de uma idosa de 73 anos ilustra essa percepção:

“às vezes uma pessoa pobre... tem mais saúde do que quem tem uma alimentação saudável, atividade física, posição social melhor, que tem tudo melhor. ...se não, o filho de pobre não sobrevivia. Então... a... saúde é uma dádiva de Deus... é um dom natural que Deus nos dá,...você me passa um tratamento, a nutricionista, o médico... posso fazer tudo aquilo e não adquirir a saúde que eu quero” (PESSOA IDOSA 1).

A fala marcada por esse tema aparece frequentemente nos discursos das pessoas idosas entrevistadas, na maioria das vezes refletindo crença religiosa, na existência de fatores que não se podem controlar apresentando-se além de suas vontades ou atitudes. Essa valorização do imponderável foi identificada na literatura, em estudos com pessoas idosas investigando temáticas relacionadas com alimentação e saúde com destaque para as crenças religiosas (DEBIA; SILVEIRA, 2019; DEBIA; SILVEIRA; CONCONE, 2020). Santos *et al.* (2013) conduziram estudo com abordagem qualitativa com pessoas idosas de Minas Gerais e verificaram que os participantes usavam como estratégia de enfrentamento para suas condições de saúde desfavoráveis (incapacidade funcional) o fatalismo presente em suas crenças religiosas. Isso foi identificado a partir de expressões como “*se Deus quiser*” e

“*graças a Deus*”, sendo similares às identificadas na presente pesquisa (ver APÊNDICE G).

Por fim, encontrou-se como tema a valorização da alimentação natural como fundamento de saúde e prolongamento da vida, mesmo fora das falas associadas ao momento norteador mais específico (i.e., “*fale sobre comer e viver mais*”). Na percepção dos entrevistados, foi possível evidenciar a ligação que eles estabeleceram entre alimentação como fator fundamental para se ter ou preservar uma boa saúde e prolongar a vida. Isso pode ser verificado nos seguintes trechos retirados das falas dos participantes (ver APÊNDICE G): “*alimentação boa também faz parte da saúde*”; “*a pessoa comendo umas coisas mais saudáveis tem uma chance de viver mais e com mais saúde*”; “*a gente alimentando certinho a gente vai viver mais né, vai ter mais saúde... relação sobre comida e viver mais eu acho que é uma esperança que a gente tem*”; “*boa alimentação e uma boa saúde você vive bastante*”; “*a alimentação ajuda muito a pessoa viver bastante*”; “*para a pessoa viver mais tempo é a comida*”; “*viver bastante e doente não compensa... se souber alimentar vive mais*”; “*alimentação ajuda na vida... porque previne de doenças e dá suporte também né, dá alegria de viver*”. Confirmando os achados do presente trabalho, Payne *et al.* (2020), em pesquisa usando abordagem qualitativa para explorar vivências sobre apetite e comportamento alimentar em pessoas idosas na Inglaterra, também observaram a relação entre alimentação e saúde, tema que emergiu das falas dos participantes.

As pessoas idosas participantes da presente pesquisa percebiam como alimentação natural aquela frequentemente composta por alimentos naturais e preparações caseiras do seu dia a dia, devendo ser consumidas como forma de trazer benefícios para a saúde e conseqüentemente contribuir para que seja possível viver mais. Nas falas das pessoas idosas (ver APÊNDICE G) isso aparece como: “*comer as coisas que é mais natural*”; “*bastante vitaminas... essa alimentação tem que ser umas frutas*”; “*sou muito contra alimentos assim... industrializados, que já vem prontos né... comida saudável, acho que tem muito a ver com a saúde*”; “*se você fizer sua própria alimentação, sua própria comida é muito importante*”; “*comer mais verdura, mais fruta essas coisas*”; “*comer o arroz, feijão, verdura, um pedacinho de carne, tomate...*”; “*comer mais frutas, mais verduras, legumes... não comer as coisas enlatadas*”; “*um alimento assim razoável o trivial assim, de um arroz e feijão*”; “*coisas que a gente vê que pode comer né, a verdura, fruta, o suco natural... E essas coisas artificiais sempre fazem mal*”. Percebe-se que emergiu das falas dos entrevistados uma tendência de valorização de alimentos naturais em oposição aos alimentos artificiais ou industrializados, achados esses também encontrados em outros estudos com metodologia semelhante, onde as pessoas idosas dicotomizavam os alimentos classificando-os como bons

ou ruins para a saúde (LUNDKVIST *et al.*, 2010; MAHADEVAN *et al.*, 2014; WHITELOCK; ENSAFF, 2018).

Como este foi um estudo que utilizou método misto, faz-se necessária integração dos resultados das abordagens quantitativa e qualitativa. Verificou-se, utilizando o FCQ, que as razões mais importantes para as pessoas idosas investigadas quando da escolha de alimentos foram os motivos saúde e conteúdo natural. Esse achado se confirma na abordagem qualitativa, sendo possível verificar conforme os temas e subtemas que surgiram das falas dos participantes a valorização da temática saúde sendo relacionada a sua manutenção e cuidado a uma alimentação natural e saudável, ou seja, valorizando o conteúdo natural dos alimentos e a saúde ao escolherem seus alimentos verificados na abordagem quantitativa.

O tema familiaridade de forma geral não estava entre os motivos mais importantes para a escolha alimentar apontados pelas pessoas idosas na abordagem quantitativa utilizando o FCQ. Porém, expressões nas falas das pessoas idosas manifestavam uma tendência em valorizar os alimentos e preparações do seu dia a dia alimentar, semelhante ao conteúdo dos itens 33 (“*Para mim, é importante que o alimento que eu coma no dia a dia seja o que eu costume comer*”) e 8 (“*...seja familiar*”) que compõem a dimensão familiaridade do FCQ. Talvez esse motivo não tenha aparecido tão fortemente entre um dos principais para a escolha de alimentos dos participantes devido a baixa importância atribuída ao item 21 (“*...seja parecido com a comida que eu comia quando era criança*”). Para esse item, 29,2% dos participantes atribuíram a opção de resposta nada importante (ver Tabela 5). Isso pode relacionar-se ao fato das pessoas idosas não terem se identificado positivamente com esse aspecto de familiaridade em específico, associando-o com lembranças e experiências alimentares durante a infância pouco agradáveis, o que pode ter contribuído para que esse motivo não fosse um dos principais.

Outro ponto interessante de se destacar foi que as pessoas idosas entrevistadas na abordagem qualitativa do estudo consideraram entre os determinantes que podem ter influência na saúde e prolongamento da vida a questão do bem-estar mental. Porém, esse determinante não foi considerado na pergunta norteadora II (i.e., “*fale sobre alimentação*”), não havendo expressões nas falas dos entrevistados que indicassem que eles de alguma forma usam o alimento para controlar, por exemplo, suas emoções ou como estratégia de enfrentamento para determinadas situações. Tais achados confirmam também o que foi encontrado na abordagem quantitativa usando o FCQ, sendo o humor o motivo para a escolha alimentar, que aparece nesse estudo entre os motivos de menor importância para as pessoas idosas pesquisadas.

3 CONCLUSÃO

A maioria das pessoas idosas participantes do estudo apresentou autopercepção positiva do seu estado de saúde, porém relatou perceber piora em seu estado de saúde, ao comparar o momento atual ao período de um ano atrás. Essa variável parece sofrer influência de características particulares de cada população em estudo, tais como fatores socioculturais, econômicos, demográficos e de saúde. Dessa maneira, torna-se relevante investigar a autopercepção de saúde, sempre que possível, pois isso pode ser relevante para que gestores aprimorem suas ações em saúde pública com vistas a melhorar a qualidade de vida da população.

As pessoas idosas, de forma geral, durante a escolha de alimentos consideraram os motivos saúde, conteúdo natural e preço como mais importantes, enquanto o controle do peso emergiu como menos importante. Pode-se dizer que os motivos de escolha alimentar mais importantes parecem estar interligados e isso torna-se relevante para direcionar futuras intervenções. Já o motivo controle do peso como menos importante, sugere que pessoas idosas tendem a se preocupar menos com questões relacionadas ao peso, o que também pode subsidiar futuras estratégias.

Ao comparar os motivos para a escolha alimentar entre diferentes grupos etários foi possível verificar que as pessoas idosas com idade entre 60 e 69 anos atribuíram maior importância para a saúde e preocupação ética, quando comparadas às pessoas idosas com idade igual ou superior a 80 anos. Isso pode ter relação com diferentes percepções de risco apresentadas por pessoas idosas mais jovens e longevas, sendo esse um resultado que pode contribuir para novas abordagens em saúde e questões éticas relacionadas à alimentação.

O consumo em termos de energia foi abaixo das necessidades para o grupo etário dos participantes. Foram encontradas relações significativas do consumo energético total com sexo, estado civil e autorrelato de depressão/ansiedade, sendo observado maior consumo energético total entre pessoas idosas do sexo masculino, aqueles com parceiro afetivo e que possuem diagnóstico de transtorno mental. Esses achados evidenciam a relevância de se desenvolver estratégias para pessoas com esse perfil de características de modo a reduzir riscos relacionados ao declínio do estado de saúde física, mental e social.

De acordo com a percepção das pessoas idosas entrevistadas emergiram como temas na presente pesquisa: Valor absoluto; Multicausalidade; Equilíbrio e disciplina; Fatalismo; e Alimentação natural. Tais temas reforçam a importância que os participantes atribuíram sobre questões relacionadas a manutenção e promoção da saúde e valorização da alimentação

natural como fatores para o prolongamento da vida. Além de verificar o surgimento de outros determinantes modificáveis e não modificáveis de saúde e alimentação considerados importantes para o grupo investigado. Tais resultados podem contribuir para a melhor compreensão da visão da pessoa idosa sobre temáticas relevantes na elaboração de abordagens efetivas para o cuidado da saúde de pessoas idosas partindo da perspectiva de entendimento desse grupo etário e contribuir com informações que orientem novas pesquisas.

Em síntese e finalmente, conclui-se que os principais motivos de escolha alimentar entre os participantes foram: saúde, conteúdo natural e preço, e especificamente entre os mais longevos (80 anos ou mais) ao se observar os escores de cada um desses três motivos, a saúde aparece com menor escore.

Uma menor preocupação com a saúde na determinação do que comer, entre os mais velhos em relação aos mais jovens da amostra, pode refletir desde um pragmatismo otimista e despreocupado, uma menor expectativa de vida percebida e/ou uma menor severidade percebida da doença. No primeiro caso, a pessoa longeva pode já ter associado há mais tempo à sua rotina de vida a alimentação saudável, não valorizando significativamente mais essa preocupação no presente. No segundo caso, dada a idade mais avançada, a efetividade esperada de uma alimentação com maior preocupação com saúde poderia estar diminuída, dada uma menor expectativa de vida percebida. Seja no primeiro, quanto no segundo caso, equivaleria, em linguagem econômica, a uma percepção de menor ganho marginal com a preocupação com saúde na escolha alimentar. No terceiro caso, entre os mais longevos entrevistados, se conseguiram chegar a uma idade mais avançada e funcionais (dada a própria capacidade de optar por participar da pesquisa), talvez seja exatamente por não terem sido expostos a condições clínicas, sejam crônicas ou agudas, mais severas. Desse modo, são necessários estudos não apenas transversais como este, mas abordagens longitudinais e com populações maiores, além da expressão dos resultados por segmentos etários mais desagregados (faixas etárias mais reduzidas) entre a amostragem de pessoas com 60 anos ou mais.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- CHATINDIARA, I., *et al.* Eating less the logical thing to do? Vulnerability to malnutrition with advancing age: A qualitative study. **Appetite**, [S.I.], v. 1, n.1, p. 104146-104502, Mar. 2020.
- ABELLÁN, J. M.; JIMENEZ-GOMEZ, D. Economía del comportamiento para mejorar estilos de vida y reducir factores de riesgo. **Gaceta Sanitaria** [S.I.], v. 34, n. 2, p.197-199, marzo./abr. 2020.
- AGUILAR-PALACIO, I.; CARRERA-LASFUENTES, P.; RABANAQUE, J. M. Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 29, n. 1, p. 1-7, feb. 2015.
- ALIBERTI, M.J.R. *et al.* Validating intrinsic capacity to measure healthy aging in an upper middle-income country: Findings from the ELSI-Brazil. **The Lancet Regional Health-Americas**, [S.I.], v. 12, n. 1, p.1-13, Aug. 2022.
- ALVARENGA, M.; DAHÁS, L. MORAES, C. **Ciência do comportamento alimentar**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2021.
- ALVARENGA, M. *et al.* **Nutrição Comportamental**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2019.
- ALMEIDA, M. *et al.* Lifestyle factors and multimorbidity among older adults (ELSI-Brazil). *European journal of ageing*, [S.I.], v. 17, n. 4, p.521-529, feb. 2020.
- AMORIM, A. C. L.; PRADO, B. G.; GUIMARÃES, L. V. Desenvolvimento de um questionário de frequência alimentar para escolares de uma capital do centro-oeste brasileiro segundo a classificação de alimentos NOVA. **Demetra**, [S.I.], v. 15, n. 1, p. 1-14, abr. 2020.
- ANDRADE, F. C. D. *et al.* Gender differences in life expectancy and disability-free life expectancy among older adults in São Paulo, Brazil. **Women's health** [S.I.], v. 21, n. 1, p. 64–70, Jan.-Feb. 2011.
- APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica : um guia para a produção do conhecimento científico**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2011.
- APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da Ciência - Filosofia e Prática da Pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. Lisboa: Edições 70, 1995.
- BÉDARD, A. *et al.* Can eating pleasure be a lever for healthy eating? A systematic scoping review of eating pleasure and its links with dietary behaviors and health. **PloS one**, [S.I.], v. 15, n. 12, p. 244-292, Dec. 2020.
- BLOOM, I. *et al.* What influences diet quality in older people? A qualitative study among

community-dwelling older adults from the Hertfordshire Cohort Study, UK. **Public Health Nutrition**, [S.I.], v. 20, n. 15, p. 2685-2693, Oct. 2017

BRASIL, C. H. G. *et al.* Autopercepção positiva de saúde entre idosos não longevos e longevos e fatores associados. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 26, n. 3, p. 5157-5170, out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fascículo 2 Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da população idosa**. Universidade de São Paulo, **Brasília**, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil -2021-2030**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2. ed. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.n.], 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2021 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Resolução Nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Diário Oficial da União, 2012.

CACHIONI, M. *et al.* Factors Associated With Positive Self-Rated Health: Comparing Older Adults in Brazil and in Portugal. **Frontiers in Public Health**, [S.I.], v. 9, n. 1, p. 1-13, Mar. 2021.

CAMARGOS, M. C. S. Estimativas de expectativa de vida com doenças crônicas de coluna no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 19, n. 6, p. 1-9, Jun. 2014.

CAMARGOS, M. C.S. *et al.* Estimativas de expectativa de vida livre de incapacidade funcional para Brasil e Grandes Regiões, 1998 e 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.I.], v.24, n. 3, p. 737-747, mar. 2019.

CAMARGOS, M. C. S.; GONZAGA, M. R. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p.1460-1472, jul. 2015.

- CAMARGOS, M. C. S.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. Life expectancy among elderly Brazilians in 2003 according to different levels of functional disability. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p.1-8, Apr. 2008,
- CAMPOS, J. A. D. B. *et al.* Nutritional status discriminatory capacity of different methods of obtaining body mass index. In: 12º CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, ISBN: 978-972-8384-47-8, 2018, Lisboa. **Anais [...]**. Lisboa, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/6113>. Acesso em: 22 jan. 2022.
- CAMPOS, M. T. F. S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELAS, A. P. R. C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Revista de Nutrição**. [S.I.], v. 13, n. 3, p. 157-165, dez. 2000.
- CANUTO, R.; FANTON, M.; LIRA, P. I. C. Iniquidades sociais no consumo alimentar no Brasil: uma revisão crítica dos inquéritos nacionais. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 24, n. 9, p. 3193- 3212, set. 2019.
- CAPRARA, G. Mediterranean-Type Dietary Pattern and Physical Activity: The Winning Combination to Counteract the Rising Burden of Non-Communicable Diseases (NCDs). **Nutrients**. [S.I.], v. 13, n. 2. p. 429-465, Jan. 2021.
- CARRILLO, E. *et al.* Main Factors Underlying Consumers' Food Choice: A First Step For the Understanding of Attitudes toward "Healthy Eating". **Journal of Sensory Studies**, [S.I.], v. 26, n. 1, p. 85-95, Jan. 2011.
- CARVALHO, A. M. *et al.* Validação e calibração de medidas de peso e altura autorreferidas por indivíduos da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.I.], v. 17, n. 3, p. 735-746, jul./set. 2014.
- CENA, H.; CALDER, P. C. Defining a Healthy Diet: Evidence for The Role of Contemporary Dietary Patterns in Health and Disease. **Nutrients**, [S.I.], v.12, n.2, p. 334-348, Jan. 2020.
- CHEN, P. J.; ANTONELLI, M. Conceptual Models of Food Choice: Influential Factors Related to Foods, Individual Differences, and Society. **Foods**, [S.I.], v. 9,n. 12, p.1898-1918, Dec. 2020.
- CHUDASAMA, Y. V. *et al.* Healthy lifestyle and life expectancy in people with multimorbidity in the UK Biobank: A longitudinal cohort study. **PloS Med**, [S.I.], v. 17, n. 9, p. 1-18, Sept. 2020.
- COSTA, M. M.; STREHLAU, S. Alegações de saúde e nutrição no consumo de alimentos funcionais. **Revista Brasileira de Marketing**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 216-236, jan./mar. 2020.
- CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- CUNHA, L. M. *et al.* Application of the Food Choice Questionnaire across cultures: Systematic review of cross-cultural and single country studies. **Food Quality and**

Preference, [S.I.], v. 64, n.1, p. 21-36, Mar. 2018.

DAVIES, A. *et al.* Validity of self-reported weight and height for BMI classification: A cross-sectional study among young adults. **Nutrition**, Los Angeles, v. 71, n. 1, p. 1-19, Mar. 2020.

DEBIA, N., SILVEIRA, N. D. R. Indicadores socioculturais e histórias de vida de idosos longevos: heterogeneidade e ressignificações de hábitos na velhice. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 291-305, mar. 2019.

DEBIA, N., SILVEIRA, N. D. R., CONCONE, M. H. V. B. Food and body culture in the aging process. *MOJ Gerontology & Geriatrics*, [S.I.], v. 5, n. 6, p.176-179, nov. 2020.

DOURADO D. A. Q. S. *et al.* Padrões alimentares de indivíduos idosos do município de São Paulo: evidências do estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento). **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 756-767, Mar. 2018.

EMANUEL, A. S. *et al.* Theory of Planned Behavior Explains Gender Difference in Fruit and Vegetable Consumption. **Appetite**, [S.I.], v. 59, n. 3, p. 693–697, Dec. 2012.

FERREIRA, L. F.; SILVA, C. M.; PAIVA, A. C. Importância da avaliação do estado nutricional de idosos. **Brazilian Journal of health Review**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 14712-14720, out. 2020.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3 ed. São Paulo: Yendis Editara, 2008.

FISBERG, R. M. *et al.* Ingestão inadequada de nutrientes na população de idosos do Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. **Revista de Saúde Pública**, [S.I.], v. 47, n. 1, p. 222-230. fev. 2013.

FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

FULGONI, V. L.; GAINE, P. C.; SCOTT, M. O. Comparison of Various Methods to Determine Added Sugars Intake to Assess the Association of Added Sugars Intake and Micronutrient Adequacy. **Nutrients**, [S.I.], v. 12, n. 9, p. 2816-2828, Sept. 2020.

GARCIA, R. W. D. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 51-68, out. 1997.

GENARO, S. C.; GOMES, F. H. M.; IENAGA, K. K. Análise do consumo de água em uma população de idosos. **Colloquium Vitae**, [S.I.], v. 7, n. 2, p. 01-12, abr. 2015.

GLABSKA, D.; SKOLMOWSKA, D.; GUZEK, D. Population-based study of the changes in the food choice determinants of secondary school students: Polish adolescents' COVID-19 Experience (PLACE-19) Study. **Nutrients**, [S.I.], v. 12, n. 9, p. 2640-2654, Aug. 2020.

GOMES, A. P. *et al.* Padrões alimentares de idosos e seus determinantes: estudo de base populacional no sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 25, n. 6, p.1999-2008, jun. 2020.

GOMES, A. P.; SOARES, A. L. G.; GONÇALVES, H. Baixa qualidade da dieta de idosos: estudo de base populacional no sul do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 21, n. 11, p. 1-12, nov. 2016.

GONÇALVES T. J. M. *et al.* Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Envelhecimento. **BRASPEN Journal**, [S.I.], v. 34, n. 3, p. 1-58, 2019.

GOODMAN, L. A. Snowball Sampling. **Annals of Mathematical Statistics**, [S.I.], v. 32, n. 1, p.148-170, Mar. 1961.

HAIR JR, J. F. *et al.* **Multivariate data analysis**. 8. ed. Hampshire, United Kingdom: Cengage Learning EMEA; 2018.

HASWORTH, S. B.; CANNON, M. L. Social theories of aging: A review. **Disease-a-Month**, [S.I.], v. 61, n. 11, p. 1-5, Nov. 2015.

HEITOR, S. F. D. *et al.* Tradução e adaptação cultural do questionário sobre motivo das escolhas alimentares (Food Choice Questionnaire – FCQ) para a língua portuguesa. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 20, n. 8, p. 2339-2346, ago. 2015.

HEITOR, S. F. D. *et al.* Validade da estrutura fatorial da escala de versão brasileira do Food Choice Questionnaire. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 24, n. 9, p. 3551-3561, set. 2019.

HEMLER, E. C; HU, F. B. Plant-Based Diets for Personal, Population, and Planetary Health. **Advances in Nutrition**, [S.I.], v. 10, n.1, p.275–283, Nov. 2019.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. IBGE, Rio de Janeiro; 2020.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Dietary Reference Intakes for Energy, Carbs, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein and Amino Acids**. Washington, DC: The National Academies Press, 2005.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate**. Washington, DC: The National Academies Press, 2005.

JEREZ-ROIG, J. *et al.* Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 21, n. 11, p. 3367-3375, nov. 2016.

JOHNSON, T. P. **Snowball Sampling: Introduction**. Wiley StatsRef: Statistics Reference Online, Chicago, Sept. 2014.

JÚNIOR, G. S. *et al.* Qualidade de vida de idosos institucionalizados com e sem sinais de depressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.I.], v. 72, n. 2, p. 135-141, ago. 2019.

KAC, G., SICHIERI, R., GIGANTE, D. P. **Epidemiologia nutricional**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/Atheneu, 2007.

KIM, C. O. Food choice patterns among frail older adults: The associations between social network, food choice values, and diet quality. **Appetite**, [S.I.], v. 96, n. 1, p. 116-121, Jan. 2016.

KLUSMANN, V. *et al.* Positive Self-perceptions of Aging Promote Healthy Eating Behavior Across the Life Span via Social-Cognitive Processes. **The Journals of Gerontology: Series B**, [S.I.], v. 74, n. 5, p. 735–744, July. 2019.

KUWAE, C. A. *et al.* Concepções de alimentação saudável entre idosos na Universidade Aberta da Terceira Idade da UERJ: normas nutricionais, normas do corpo e normas do cotidiano . **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S.I.], v. 18, n. 3, p.621-630, set. 2015.

LEBLANC, V. *et al.* Gender differences in dietary intakes: what is the contribution of motivational variables?. **Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association**, [S.I.], v. 28, n. 1, p. 37–46, Feb. 2014

LIAMPUTTONG, P. **Qualitative Research Methods**. 5. ed. Australia: Oxford University Press, 2013.

LIEFFERS, J. R. L. *et al.* The economic burden of not meeting food recommendations in Canada: The cost of doing nothing. **PloS one**, [S.I.], v. 13, n. 4, p. 1-17, Apr. 2018.

LIMA, T. A. S.; MENEZES, T. M. O. Investigando a produção do conhecimento sobre a pessoa idosa longeva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 04, p.751-758, jul./ago. 2011.

LINDEMANN, I. L. *et al.* Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 24, n. 1, p. 45-52, jan. 2019.

LIPSKY, M. S.; KING, M. Biological theories of aging. **Disease-a-Month**, [S.I.], v. 61, n. 11, p. 1-7, Nov. 2015.

LOCHER, J. L. *et al.* Food choice among homebound older adults: motivations and perceived barriers. **Journal of Nutrition Health e Aging**, [S.I.], v. 13, n. 8, p. 1-16, Out. 2009.

LOCH, M. R. *et al.* Controle remoto ou remoto controle? A economia comportamental e a promoção de comportamentos saudáveis. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S.I.], v. 43, n. 18, p. 1-5, jan. 2019.

LOUZADA, M. *et al.* The share of ultra-processed foods determines the overall nutritional quality of diets in Brazil. **Public Health Nutrition**, [S.I.], v. 21, n. 1, p. 94-102, July 2018.

LUNDKVIST, P. *et al.* Food in Later life Team. Management of healthy eating in everyday life among senior Europeans. **Appetite**, [S.I.], v. 55, n. 3, p. 616-622, Dec. 2010.

MAHADEVAN, M. *et al.* Assisted-living elderly and the mealtime experience. **Journal of human nutrition and dietetics**, [S.I.], v. 27, n. 2, p. 152-161, Apr. 2014.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública** [S.I.], v. 51, n. 1, p. 1-10, jun. 2017.

MALTA, D. C. *et al.* Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.I.], v. 22, n. 1, p. 1-13, abr. 2019.

MANNATO, L. W. *et al.* Comparison of a short version of the Food Frequency Questionnaire with its long version – a cross-sectional analysis in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Sao Paulo Medical Journal**, [S.I.], v. 133, n. 5, p. 414-20, Sept./Oct. 2015.

MANOR, O.; MATTHEWS, S.; POWER, C. Dichotomous or categorical response? Analysing self-rated health and lifetime social clas. **International Journal of Epidemiology**, [S.I.], v. 29, n. 1, p. 1-9, Feb. 2000.

MARSOLA, C. M. *et al.* Factors Underlying Food Choice Motives in a Brazilian Sample: The Association with Socioeconomic Factors and Risk Perceptions about Chronic Diseases. **Foods**, Basel, v. 9, n. 8, p. 1-16, Aug. 2020.

MARTINEZ, H. *et al.* Fluid intake of Latin American adults: results of four 2016 Liq.In national cross-sectional surveys. **European journal of nutrition**, [S.I.], v. 57, n. 3, p. 65–75, Jun. 2018.

MEDEIROS, S. M. *et al.* Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 21, n. 11, p. 1-10, nov. 2016.

MENDONÇA, N. L.; MELLO, A. V.; COELHO, H. D. S. Ingestão hídrica e de bebidas entre idosos diabéticos e não diabéticos atendidos em uma clínica de saúde em São Paulo. **Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento**, [S.I.], v. 14, n. 87, p. 578-587, nov. 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2006.

MITTERER-DALTOÉ, M. L. *et al.* Structural equation modelling and word association as tools for a better understanding of low fish consumption. **Food Research International**, [S.I.], v. 52, n. 1, p. 56-63, June. 2013.

MOLINA, M. C. B. *et al.* Reprodutibilidade e validade relativa do questionário de frequência alimentar do Elsa-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.I.], v. 29, n. 1, p. 379-389, fev. 2013.

MONTEIRO, C. A. *et al.* Food classification. Public health NOVA. The star shines

brightWorld . **Nutrition**, [S.I.], v. 7, n. 1-3, p. 28-38, Nov. 2016.

MONTEIRO, C. A. *et al.* Ultra-processed foods: What they are and how to identify them. **Public Health Nutrition**, [S.I.], v. 22, n. 5, p. 936-941, Apr. 2019.

MORENO, X. *et al.* Gender, nutritional status and disability-free life expectancy among older people in Santiago, Chile. **PLoS ONE**, [S.I.], v.13, n. 3, p.1-10, Mar. 2018.

MORENO, X.; LERA L.; ALBALA, C. Disability-free life expectancy and life expectancy in good self-rated health in Chile: Gender differences and compression of morbidity between 2009 and 2016. **PLoS One**, [S.I.], v. 15, n. 4, p. 1-12, Abr. 2020.

MOSER, A.; KORSTJENS, I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. **European Journal of General Practice**, [S.I.], v. 24, n. 1, p. 9-18, Dec. 2018.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, **Population Division**. **World Population Ageing**, 2017.

NOWELL, L. S. *et al.* Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. **International Journal of Qualitative Methods**, [S.I.], v. 16, n. 1, p. 1-13, Oct. 2017.

NUVOLI, G. Family meal frequency, weight status and healthy management in children, young adults and seniors. A study in Sardinia, Italy. **Appetite**, [S.I.], v. 89, n. 1, p. 160-166, June 2015.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde**. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wpcontent/uploads/2015/10/OMSport.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2022.

OTTO, A. F. N.; RIBEIRO, M. A escolha alimentar e a complexidade dos sistemas humanos. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, [S.I.], v. 22, n. 1, p. 83-101, abr. 2020.

PAYNE, L. *et al.* Beliefs about inevitable decline among home-living older adults at risk of malnutrition: a qualitative study. **Journal of human nutrition and dietetics**, [S.I.], v. 33, n. 6, p. 841-851, Dec. 2020.

PEREIRA, B. P. *et al.* Consumo alimentar e multimorbidade entre idosos não institucionalizados de Pelotas, 2014: estudo transversal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 29, n. 3, p. 1-15, jun. 2020.

PEREIRA, I. F. S. *et al.* Padrões alimentares de idosos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 25, n. 3, p.1091-1102, mar. 2020.

PINHEIRO, A. B. V. *et al.* **Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras**. 5 ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

POLEZES, T. P.; GAVA, J. C.; PAIXÃO, M. P. C. P. Eficácia de um programa de intervenção nutricional como estratégia para controle da obesidade e comorbidade. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 14, n. 86, p.370-381,

out. 2020.

PRADO, L. A.; SANTOS, R. A. S.; CARVALHO, L. M. F. Análise da composição nutricional de sanduíches e disponibilidade urbana de redes fast foods no município Teresina-PI. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 12, n. 69, p.38-46, jan./fev. 2018.

PRINA, A. M. *et al.* Dependence- and Disability-Free Life Expectancy Across Eight Low- and Middle-Income Countries: A 10/66 Study. **Journal Aging Health**, [S.I.], v. 32, n. 6, p. 401-409, Jan. 2020.

QUARTA, S. *et al.* Persistent Moderate-to-Weak Mediterranean Diet Adherence and Low Scoring for Plant-Based Foods across Several Southern European Countries: Are We Overlooking the Mediterranean Diet Recommendations?. **Nutrients**, [S.I.], v. 13, n. 5, p.1432- 1452, Abr. 2021.

RAPPOPORT, L.H. *et al.* Reasons for eating: an exploratory cognitive analysis. **Ecology of Food and Nutrition**, [S.I.], v.28. p.171-189, Sept. 1992.

REMPE, H. M. *et al.* Measuring eating motives in older adults with and without functional impairments with The Eating Motivation Survey (TEMS). **Appetite**, [S.I.], v. 137, n. 1, p.1-20, Jun. 2019.

RENNER, B., *et al.* Why we eat what we eat. The eating motivation survey (TEMS). **Appetite**, [S.I.], v. 59, n. 1, p. 117–128, Aug. 2012.

ROMEIRO, A. C. T. *et al.* Determinantes sociodemográficos do padrão de consumo de alimentos: Estudo Pró-Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.I.], v. 23, n. 1, p.1–13, jul. 2020.

ROMERO, D. E. *et al.* Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. **Cadernos de saúde pública**, [S.I.], v. 37, n. 3, p. e00216620, mar. 2021.

ROMERO, D. E.; LEITE, I. C.; SZWARCOWALD, C. L. Healthy life expectancy in Brazil: applying the Sullivan method. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.I.], v. 21, n. 1, p. 1-12, Jan. 2005.

SALAS-SALVADO, J. *et al.* Importancia del consumo de agua en la salud y la prevención de la enfermedad: situación actual. **Nutricion hospitalaria**, [S.I.], v. 37, n. 5, p. 1072–1086, Oct. 2020.

SANTOS, A. S. E. A. C *et al.* Traditional Brazilian Diet and Olive Oil Reduce Cardiometabolic Risk Factors in Severely Obese Individuals: A Randomized Trial. **Nutrients**, [S.I.], v. 12, n.5, p. 1413-1427, May 2020.

SANTOS, W. J. *et al.* Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 18, n. 8, p. 2319-2328, Ago. 2013.

SEIXAS, C. M. *et al.* Fábrica da nutrição neoliberal: elementos para uma discussão sobre

as novas abordagens comportamentais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 1-22, dez. 2020.

SILVA, A. G. *et al.* Monitoramento e projeções das metas de fatores de risco e proteção para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis nas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 26, n. 4, p.1193-1206, abr. 2021.

SILVA, C. G. *et al.* Estado nutricional de crianças e adolescentes residentes em comunidade carente. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 12, n. 75, p. 927-934, jan. 2018.

SILVA, G. M. Elevada prevalência de inadequação do consumo de fibras alimentares em idosos e fatores associados: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. [S.I.], v. 22, n. 1, p. 1-13, Ago. 2019.

SILVA I.; PAIS-RIBEIRO, J.L.; CARDOSO, H. Porque comemos o que comemos? Determinantes psicossociais da seleção alimentar. **Psicologia, Saúde e Doenças**, [S.I.], v. 9, n. 2, p. 189-208, dez. 2008.

SILVA, R. J. S. *et al.* Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.I.], v. 15, n. 1, p. 49-62, mar. 2012.

SILVA, W. R. *et al.* What are the motives underlying Brazilians' food choices? An analysis of the Food Choice Questionnaire and its relationship with different sample characteristics. **Journal of Sensory Studies**, [S.I.], p. e12775, Jul. 2022.

SLOF-OP 'T LANDT, M. C. T. *et al.* Prevalence of dieting and fear of weight gain across ages: a community sample from adolescents to the elderly. **Journal of Public Health**, [S.I.], v. 62, n. 8, p. 911-919, Nov. 2017.

SOUZA, A. M. *et al.* Relationships between motivations for food choices and consumption of food groups: A prospective cross-sectional survey in manufacturing workers in Brazil. **Nutrients**, [S.I.], v. 12, n. 5, p. 1490-1504, May. 2020.

SOUZA, J. D. *et al.* Dietary patterns of the elderly: characteristics and association with socioeconomic aspects. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S.I.], v. 19, n. 6, p. 970-977, Nov.-Dec. 2016.

STEPTOE, A.; POLLARD, T. M.; WARDLE, J. Development of a Measure of the Motives Underlying the Selection of Food: the Food Choice Questionnaire. **Appetite**, [S.I.], v. 25, n. 3, p. 267- 284, Dec. 1995.

TACO. **Tabela brasileira de composição de alimentos**. Núcleo de Estudos e pesquisas em Alimentação-NEPA. São Paulo: NEPA-UNICAMP, 4. ed., 2011. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wpcontent/uploads/2017/03/taco_4_edicao_ampliada_e_revisada.pdf. Acesso em: 17 jun. 2022.

TBCA. **Tabela Brasileira de Composição de Alimentos**. Universidade de São Paulo (USP). Food Research Center (FoRC). Versão 7.1. São Paulo, 2020. Disponível

em: <http://www.fcf.usp.br/tbca>. Acesso em: 15 jun. 2022.

THE NUTRITION SCREENING INITIATIVE. **Incorporating nutrition screening and interventions into medical practice: a monograph for physicians**. Washington D.C. US: American Academy of Family Physicians, The American Dietetic Association, National Council on Aging Inc., 1994.

VEIGA *et al.* Food Choice Questionnaire and PLS-Path modeling as tools to understand interest in low sugar products. **Journal of Sensory Studies**, [S.I.], v. 36, n. 5, p. 1-9, June 2021.

VENTURINI, C. D. *et al.* Consumo de nutrientes em idosos residentes em Porto Alegre (RS), Brasil: um estudo de base populacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 20, n. 12, p. 3701-3711, dez. 2015.

VORAGE, L. *et al.* The Association of demographic characteristics and food choice motives with the consumption of functional foods in emerging adults. **Nutrients**, [S.I.], v. 12, n. 9, p. 2582-2594, Aug. 2020.

VESNAVER, E. *et al.* Alone at the Table: Food Behavior and the Loss of Commensality in Widowhood. **Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences**, [S.I.], v. 71, n. 6, p. 1059-1069, Nov. 2016.

WALKER-CLARKE, A., WALASEK, L., MEYER, C. Psychosocial factors influencing the eating behaviours of older adults: A systematic review. **Ageing Research Reviews**, [S.I.], v. 77, n.1, p.1-14, May. 2022.

WANG, S.Y.; GROENE, O. The effectiveness of behavioral economics-informed interventions on physician behavioral change: A systematic literature review. **PloS one**, [S.I.], v. 15, n. 6, p. 1-20, Jun. 2020.

WERNHER, I.; LIPSKY, M. S. Psychological theories of aging. **Disease-a-Month**, [S.I.], v. 61, n. 11, p. 1-9, Nov. 2015.

WHITELOCK, E.; ENSAFF, H. On Your Own: Older Adults' Food Choice and Dietary Habits. **Nutrients**, [S.I.], v. 10, n. 4, p. 1-17, Mar. 2018.

ZANESCO, C. *et al.* Factors determining the negative perception of the health of Brazilian elderly people. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S.I.], v. 21, n. 3, p. 283-292, May/June. 2018.

ZHANG, Z. D. *et al.* Genetics of extreme human longevity to guide drug discovery for healthy ageing. **Nature metabolism**, [S.I.], v. 2, n. 8, p. 663-672, Aug. 2020.

APÊNDICE A - Questionário de informações sociodemográficas, estilo de vida, saúde, alimentação e nutrição

Número do Questionário: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Data da entrevista: ___/___/___

Nome: _____

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino Data de nascimento ____/____/____

Bloco A- Informações demográficas e socioeconômicas

A1- Incluindo o (a) senhor (a), quantas pessoas moram no seu domicílio? _____

A2- Qual a renda total das pessoas que moram com o (a) senhor (a) incluindo-o (a)?

1. de até R\$1.100,00
2. de R\$1.101,00 a R\$3.300,00
3. de R\$3.301,00 a R\$5.500,00
4. de R\$5.501,00 a R\$16.500,00
5. > R\$16.501,00
6. NS
7. NR

A3- Como o (a) senhor (a), se autodeclara?

0. Branca 1. Preta 2. Amarela 3. Parda 4. Indígena 5. NS 6. NR

A4- O (a) senhor (a) foi à escola?

0. Não, e não sabe ler nem escrever

1. Não, mas sabe ler e escrever

(PULAR para A6)

2. Sim

3. NS

4. NR

A5a- Qual a última série (e de que grau) da escola em que o (a) senhor (a) obteve aprovação?

0. Primeiro grau (ou primário + ginásio)

1. Segundo grau (antigo clássico e científico)

2. Técnico de nível médio (ex.: técnico em contabilidade, laboratório)

3. Magistério – segundo grau (antigo normal)

4. Graduação (nível superior)

5. Pós-graduação

6. Supletivo/Madureza

7. NS

8. NR

A5b- Qual a última série (ano escolar) cursada pelo (a) senhor (a)? _____ { ANOTE A SÉRIE DO ÚLTIMO GRAU APROVADO }

A5c- Frequentou a escola por quantos anos?

ENTREVISTADOR DEVERÁ PREENCHER _____

A6- Qual seu estado civil:

0. Solteiro

B16- Problema/Infecção Urinária																				
B17- Deficiência Auditiva (tipo: A.deficiência B.surdez)																				
B18- Deficiência Visual (tipo: A.deficiência, B. cegueira de um olho C. cegueira do dois olhos)																				
B19- Outro: _____																				

B20- Como é o seu hábito intestinal?

0. Normal 1. Constipado (preso) 2. Diarréico 3. Variado 4. NS 5. NR

B21 - Qual a frequência de evacuação? ____ vezes ao 0. Dia 1. Semana 2.NS 3. NR

Autopercepção da saúde

B22- De um modo geral, como o (a) senhor (a) avalia a sua saúde no momento atual?

0. Muito ruim 1. Ruim 2. Regular 3. Boa 4. Muito boa 5. NS 6. NR

B23 - Como o (a) senhor (a) avalia sua saúde em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade?

0. Muito pior 1. Pior 2. Igual 3. Melhor 4. Muito melhor 5. NS 6. NR

B24- Como o (a) senhor (a) avalia a sua saúde hoje em comparação com a de 1 ano atrás?

0. Muito pior 1. Pior 2. Igual 3. Melhor 4. Muito melhor 5. NS 6. NR

Bloco C- Hábitos e estilo de vida

C1- O (a) senhor (a) fuma atualmente?

0. Não (**PULAR para C4**) 1. Sim 2. NS 3. NR

C2- Há quanto tempo é fumante (anos)? _____

0.NS 1.NR

C3 – Quantos cigarros fuma por dia? _____

0.NS 1.NR

C4 - Já fumou e largou?

0. Não (**PULAR para C6**) 1. Sim 2. NS 3. NR

C5 - Há quanto tempo parou de fumar? ____0. Meses 1. Anos

2.NS 3.NR

C6- Com que frequência o (a) senhor (a) consome bebidas alcólicas?

0. Nunca (**PULAR PARA C8**)

1. Raramente

2. Uma vez por mês ou menos

3. De 2 a 4 vezes por mês

4. De 2 a 3 vezes por semana

5. De 4 a 7 vezes por semana

6. NS

7. NR

C7 - Quantas doses de álcool o (a) senhor (a) consome em um dia normal?

0. Uma dose 3. Seis ou sete doses 6.NR

1. Duas ou três doses 4. Oito ou mais

2. Quatro ou cinco doses 5. NS

C8 – O (a) senhor (a) já bebeu e parou? (**somente para quem respondeu 0 na C6**)

0. Não 1. Sim 2. NS 3. NR

C9 - Há quanto tempo o (a) senhor (a) parou de beber? _____ 0. Meses 1. Anos

2.NS 3.NR

C10 - Por que parou de beber (deixar o idoso responder e marcar a melhor alternativa)

0. Doença/problema de saúde exigiu restrição no consumo (Médico ou outro profissional orientou);

1. Leu ou assistiu a alguma reportagem / programa que falava dos males causados;

2. Achou melhor para a saúde;

3. Parentes/amigos recomendaram;

4. Outros _____ 5.NS 6.NR

Atividade Física

Agora, vou dizer o nome de algumas atividades físicas que as pessoas realizam por prazer, para se exercitar, para se divertir, porque fazem bem para a saúde ou porque precisam. Gostaria que me dissesse se costuma realizar essas atividades, em quantos dias na semana e quanto tempo por dia.	A. Na última semana: 0. Não 1. Sim 2. NS 3. NR	B. Qtos dias/semana?	C. Tempo/dia (min)
C11- Faz caminhadas como forma de exercício?			
C12- Pratica corrida leve ou caminhada vigorosa?			
C13- Faz ginástica, yoga, tai-chi-chuan ou outra atividade desse tipo?			
C14 - Faz musculação?			
C15- Faz hidroginástica ou natação?			
C16- Pratica algum outro tipo de exercício físico ou esporte que eu não mencionei?			

Bloco D– Conhecimento e informações sobre alimentação e nutrição

DI-FOOD CHOICE QUESTIONNAIRE – FCQ- VERSÃO EM PORTUGUÊS

PARA O (A) SENHOR (A) É IMPORTANTE QUE O ALIMENTO QUE COMA NO DIA-A-DIA:					
n°	Item	Respostas			
		Nada importante	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante
22	Contenha uma grande quantidade de vitaminas e minerais				
29	Me mantenha saudável				
10	Seja nutritivo				

27	Tenha muita proteína				
30	Seja bom para a minha pele/dentes/cabelos/unhas, etc				
9	Seja rico em fibra e me dê saciedade				
16	Me ajude a lidar com o estresse				
34	Me ajude a lidar com a vida				
26	Me ajude a relaxar				
24	Me mantenha acordado(a)/alerta				
13	Me deixe alegre/animado				
31	Faça com que eu me sinta bem				
1	Seja fácil de preparar				
15	Possa ser cozinhado de forma muito simples				
28	Não leve muito tempo para ser preparado				
35	Possa ser comprado em locais perto de onde moro ou trabalho				
11	Seja fácil de achar em mercearias e supermercados				
14	Tenha um bom cheiro				
25	Tenha uma boa aparência				
18	Tenha uma textura agradável				
4	Seja gostoso				
2	Não contenha aditivos				
5	Contenha ingredientes naturais				
23	Não contenha ingredientes artificiais				
6	Não seja caro				
36	Seja barato				
12	Tenha o preço justo				
3	Tenha poucas calorias				
17	Me ajude a controlar o meu peso				
7	Tenha pouca gordura				
33	Seja o que eu costumo comer				
8	Seja familiar				
21	Seja parecido com a comida que eu comia quando era criança				
20	Venha de lugares/países que eu aprove a forma como os				

	alimentos são produzidos (p. ex., horta orgânica que não usa agrotóxicos)				
32	Mostre com clareza, a identificação do lugar/país de origem (p. ex., conter na embalagem o nome da empresa/produtor)				
19	Seja embalado de forma que não prejudique o meio ambiente				

D2- Como o (a) senhor (a) considera seus conhecimentos em alimentação e nutrição:

0. Muito ruim 1. Ruim 2. Regular 3. Bom 4. Muito bom 5. NS 6. NR

D3- Qual sua principal fonte de informações sobre alimentação e nutrição:

1. Rádio e televisão
2. Revistas e jornais
3. Redes sociais/internet
4. Profissionais da saúde
5. Membros da família e amigos
5. NS
6. NR

Saúde bucal

D4 O (a) Senhor (a) usa dentadura?	Não	Sim	NS	NR
D5 - Na arcada superior?	0	1	2	3
D6 - Na arcada inferior?	0	1	2	3
D7 - A dentadura machuca ou cai?	0	1	2	3
D8 - Costuma alimentar-se com dentadura?	0	1	2	3
D9 - Tem sentido sua boca seca nas últimas semanas?	0	1	2	3

D10 - Como o (a) senhor (a) avalia sua saúde bucal?

0. Muito ruim 1. Ruim 2. Regular 3. Boa 4. Muito boa 5. NS 6. NR

D11- O (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para mastigar ou engolir o alimento?

0. Não 1. Sim 2. NS 3. NR

D12 -Nos últimos 3 meses, o (a) senhor (a) percebeu que passou a comer menos, devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir/engolir?

0. Não
1. Sim, foi uma redução pequena
2. Sim, foi uma redução moderada
3. Sim, foi uma redução grande

D13 – O (a) senhor (a) notou perda de peso nos últimos 3 meses?

0. Não 1. Sim 2. NS 3. NR

D14 – Caso tenha notado a perda de peso, de quanto foi:

0. Menos de um quilo
1. Entre um e três quilos
2. Superior a três quilos
3. NS
4. NR

D15 - Quanto ao modo de se alimentar o (a) senhor (a):

0. Não é capaz de se alimentar sozinho
1. Alimenta-se sozinho, porém com dificuldade
2. Alimenta-se sozinho sem dificuldade
3. NS
4. NR

D16- Qual seu consumo de água por dia? _____L ou _____ copos (200ml)

Bloco E– Medidas antropométricas

E1- Qual é seu peso (Kg):_____ E2- Qual é sua altura (m)_____

56.	Presunto/Mortadela/Copa/Salame/ Patê/etc	Fatia média									
57.	Peixe cozido [moqueca capixaba]/ peixe assado/ensopado/grelhado	Posta média									
58.	Peixe frito	Filé médio									
59.	Pizza	Fatia									
60.	Macarrão (caneloni, lasanha, ravioli, [torteij])	Escumadeira cheia									
61.	Salgados assados (Esfirra/ Empada/Empanada,/Pastel de forno/etc)	Unidade média									
62.	Estrogonofe	Colher de servir									
63.	Sopa de Legumes	Concha cheia									
“Agora vou listar os DOCES. Por favor, refira sobre seu consumo habitual dos últimos 12 meses”											
	Alimento	Quantidade consumida por vez	Mais de 3x/dia	2 a 3x/dia	1x/dia	5 a 6x semana	2 a 4x semana	1x semana	1 a 3x/mês	Nunca / quase nunca	Referiu consumo sazonal
64.	Sorvete cremoso	Bola média									
65.	Chocolate em barra/Bombom, Brigadeiro [Negrinho], Doce de leite/ Docinho de festa	Bombom (20g)									
66.	Pudim/Doce à base de leite/Mousse	Colher de sopa cheia									
“Agora vou listar as BEBIDAS. Por favor, refira sobre seu consumo habitual dos últimos 12 meses”											

APÊNDICE C - Perguntas norteadoras

Entrevista: Abordagem qualitativa da percepção sobre alimentação, saúde e a relação entre alimentação e longevidade.

1. Fale sobre saúde.
2. Fale sobre alimentação.
3. Fale sobre comida e viver mais.

**APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE-
Participante da Pesquisa**

Dados de Identificação

Título da pesquisa: “PRÁTICA E PERCEPÇÃO DE CONSUMO ALIMENTAR ENTRE PESSOAS LONGEVAS”.

Pesquisador responsável: Sinézio Inácio da Silva Júnior.

Pesquisadora participante: Micaela Aparecida Teodoro.

Nome do participante:

Data de nascimento:

CPF:

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do projeto de pesquisa **PRÁTICA E PERCEPÇÃO DE CONSUMO ALIMENTAR ENTRE PESSOAS LONGEVAS**, de responsabilidade do pesquisador **Sinézio Inácio da Silva Júnior**. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo, assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra ao pesquisador responsável. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o (a) pesquisador (a) ou com a instituição. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

Ao ler os itens abaixo, você deve declarar se foi suficientemente esclarecido (a) sobre as etapas da pesquisa ao final desse documento.

1. Esta pesquisa tem por objetivo coletar informações sobre a prática alimentar entre pessoas com 60 anos ou mais e principalmente entre pessoas com 80 anos ou mais. As informações coletadas serão sobre o consumo de alimentos e o que as pessoas pensam sobre esse consumo e a saúde. Será medido também o peso das pessoas participantes. Essas informações serão usadas para estudar diferenças e semelhanças entre a saúde e a alimentação de diferentes faixas de idade a partir dos 60 anos. Também servirão para entender melhor sobre alimentação, saúde e longevidade. Isso servirá para melhorar as orientações e ações dos governos e sociedade para se promover uma vida mais longa e mais saudável.
2. A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas sobre alimentação, seus hábitos alimentares, sua saúde, condição social e econômica, bem como permitir que seja medido seu peso. As perguntas serão feitas a partir de questionários. Uma das entrevistas será gravada (apenas voz). As entrevistas poderão ser feitas em dois dias diferentes para ficar mais confortável. Todas as entrevistas serão feitas em horário mais conveniente para você e em local reservado, de modo que as perguntas e respostas sejam ouvidas apenas por você e a pesquisadora que irá fazer a entrevista. O conteúdo da entrevista gravada será

transcrito e usado para estudo. Nem a gravação, nem sua identidade será tornada pública em nenhum momento.

3. Durante a execução da pesquisa poderá ocorrer risco de algum desconforto pelo tempo dispendido para as entrevistas e eventual contrariedade com alguma pergunta. Se ocorrer qualquer desconforto você poderá interromper a entrevista, transferir para outro dia ou cancelar definitivamente. Além disso, a pesquisadora que fará a entrevista estará sempre atenta para evitar qualquer constrangimento e se antecipar fazendo uma pausa ou cancelando a entrevista se necessário. O local e horário das entrevistas será combinado com você e deverá ser feito em condição mais conveniente para que apenas você e a pesquisadora ouçam as perguntas e respostas. Qualquer mudança de local e horário das entrevistas deverá ter sua concordância. Como o contato entre os responsáveis pela pesquisa e os participantes poderá se dar ainda em tempos de pandemia, adicionalmente serão tomadas as seguintes medidas minimizadoras de risco: o local deverá ser bem ventilado, os participantes usarão máscara e manterão uma distância mínima de 1,5 m entre si. O equipamento usado para gravação será manipulado apenas pela pesquisadora e antes de cada entrevista será revestido externamente por filme plástico que será higienizado com álcool 70%. Após cada entrevista o equipamento será novamente higienizado com álcool 70% e o filme plástico usado será devidamente descartado. A pesquisadora disponibilizará álcool gel a 70% e máscara de proteção tanto para si quanto para a pessoa participante. Como alternativa, como medida de prevenção contra a pandemia de COVID-19 e na sua conveniência, a entrevista poderá ser não presencial e realizada por meio remoto, quer dizer, por telefone ou pela internet. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferecerá riscos à sua dignidade. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG.

4. Ao participar desse trabalho você contribuirá para aumentar o conhecimento sobre saúde e alimentação, sobre a saúde da população idosa, e gerar informação que ajude a orientar melhor as pesquisas e os governos para promoverem uma vida mais longa e saudável.

5. Sua participação neste projeto terá a duração de duas entrevistas, feitas em dias diferentes a combinar e que durarão menos de uma hora.

6. Você não terá nenhuma despesa por sua participação na pesquisa, sendo os questionários e entrevistas totalmente gratuitos; e deixará de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.

7. Você foi informado (a) e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, terá direito à buscar ressarcimento.

8. Caso ocorra algum dano, previsto ou não, decorrente da sua participação no estudo, você terá direito a assistência integral e imediata, de forma gratuita (pelo

pesquisador responsável), pelo tempo que for necessário; e terá o direito a buscar indenização.

9. Será assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo (a), será mantido em sigilo. Caso você deseje, poderá ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

10. Você foi informado (a) que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados da pesquisa, poderão ser publicados/divulgados através de trabalhos acadêmicos ou artigos científicos por profissionais da área.

11. Conforme o item III.2, inciso (i) da Resolução CNS 466/2012 e o Artigo 3º, inciso IX, da Resolução CNS 510/2016, é compromisso de todas as pessoas envolvidas na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para os indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação.

12. Você poderá consultar o (a) pesquisador (a) Sinézio Inácio da Silva Júnior, no seguinte telefone: 35 988491092 ou email sinezio@unifal-mg.edu.br e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG*), com endereço na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, CEP: 37130-000, Fone: (35) 3701 9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

**O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG) é um colegiado composto por membros de várias áreas do conhecimento científico da UNIFAL-MG e membros da nossa comunidade, com o dever de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento científico dentro de padrões éticos.*

Eu, _____, CPF _____ nº _____, declaro ter sido informado (a) e concordo em participar, como voluntário (a), do projeto de pesquisa acima descrito.

_____, _____ de _____ de _____.

.....
(Assinatura do participante da pesquisa)

.....
(Assinatura do pesquisador responsável / pesquisador participante)

APÊNDICE E – Material suplementar apresentado em matriz de correlação entre variáveis do estudo quantitativo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Idade (1)	1,000	0,053	0,136	-0,231**	-0,29	0,030	0,026	-0,090	0,510**	0,330*	-0,119	0,094	-0,017	-0,276**	-0,106	0,034	-0,020	-0,004	-0,015
Morador (2)		1,000	0,468**	-0,175*	-0,114	-0,001	0,034	0,055	-0,052	0,191	-0,058	0,273	-0,053	0,024	-0,051	-0,030	0,008	-0,088	-0,012
Renda (3)			1,000	-0,073	-0,098	0,085	0,010	-0,026	-0,218	0,050	-0,030	0,097	0,099	0,012	0,055	0,089	0,091	0,038	0,093
Anos Escolares (4)				1,000	0,191*	-0,063	-0,105	0,017	0,049	-0,124	0,013	-0,096	0,132	0,034	-0,037	0,088	0,105	0,033	0,100
Evacuação (5)					1,000	-0,020	-0,109	0,039	0,076	-0,013	0,018	0,291	0,044	-0,066	0,038	0,149	0,090	0,094	0,114
Autopercepção A (6)						1,000	0,235**	0,099	0,359*	0,011	-0,016	0,159	0,040	-0,043	-0,010	-0,114	0,052	-0,082	-0,031
Autopercepção B (7)							1,000	0,040	-0,123	-0,069	-0,038	-0,076	-0,178*	0,131	0,033	-0,066	0,026	-0,056	-0,020
Autopercepção C (8)								1,000	-0,424*	0,011	-0,138	0,216	-0,080	0,081	0,074	-0,065	0,013	-0,065	-0,044
Anos fumante (9)									1,000	-1,000**	-0,109	-0,111	-0,287	-0,430*	-0,041	-0,028	0,012	-0,081	-0,019
Anos não fumante (10)										1,000	-0,111	0,217	-0,196	-0,215	-0,320*	-0,021	-0,013	0,031	0,001
Bebida alcoólica (11)											1,000		0,133	-0,039	-0,082	0,083	-0,027	0,111	0,096
Anos não bebendo (12)												1,000	-0,093	-0,021	-0,186	-0,119	-0,251	-0,239	-0,224
Saúde bucal (13)													1,000	0,035	0,048	-0,022	-0,036	-0,035	-0,045
Consumo de água (14)														1,000	0,072	-0,124	-0,026	-0,096	-0,074
IMC (15)															1,000	-0,014	-0,026	-0,049	-0,017
Proteína (16)																1,000	0,748**	0,815**	0,891**
Carboidrato (17)																	1,000	0,737**	0,927**
Lípídeo (18)																		1,000	0,901**
Energia (19)																			1,000

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

Nota: Autopercepção A= Autopercepção de saúde no momento atual; Autopercepção B= Autopercepção de saúde ao comparar a sua saúde com a de outras pessoas de mesma idade; Autopercepção C= Autopercepção de saúde ao comparar o momento atual ao período de um ano atrás. *=p<0,05; **=p<0,01.

APÊNDICE F – Transcrições das entrevistas

Pessoa idosa 1- (73 anos, sexo feminino, ex-servidora pública municipal- setor saúde, aposentada)

1- Fale sobre saúde.

Saúde é o que é de mais importante para nós, nessa vida é a saúde, né? E não depende só de nós a saúde... depende do que você ingere, depende do ambiente que você vive, da situação financeira, situação né ... o nível social da sua vida, tudo isso tem a ver, se você pode ter uma boa saúde ou não. E a saúde ela, eu acho ela muito interessante porque às vezes uma pessoa pobre, humilde que vive com a sobra da casa dos outros ...com cesta básica, ela tem mais saúde do que quem tem uma alimentação saudável, que tem atividade física, que tem uma posição social melhor, que tem tudo melhor. Isso a gente nota muito porque ... se não, o filho de pobre não sobrevivia. Não é verdade? E eles crescem mais saudáveis talvez, do que aquele que é mais cuidado. Né? Então... a...saúde é uma dádiva de Deus... para mim no meu sentido de pensar o que é uma saúde é isso uma dádiva! Porque eu estou te falando, depende... eu quero ter saúde! Então eu vou seguir... você me passa um tratamento, a nutricionista vem passa um tratamento, o médico me passa um tratamento, mas de repente eu posso fazer tudo aquilo e não adquirir a saúde que eu quero. Né? Então... a saúde é um dom natural que Deus nos dá, e a gente tem obrigação de fazer o possível para preservar essa saúde, porque se ela é uma dádiva, né ? ... você não pode sair fazendo todo tipo de estripulia, para você perder essa saúde, né. Então é muito interessante você seguir esses parâmetros que te levam a ter uma boa saúde. E muitas vezes também, você pode levar, e você não tem, porque eu conheço pessoas assim. Na saúde né, o tempo todo que eu trabalhei, a gente conviveu muito com esses problemas né, pessoas que tinham de tudo para ter uma boa saúde e não tinham né. Ou que talvez não desse valor, que tinham vícios que agravavam né, pessoas... é... que tinham mania de doença, que achava que tudo nela era mais complicado que nos outros, então vai muito do psicológico de cada um também né.

2- Fale sobre alimentação.

É quase a mesma coisa que saúde, né. As vezes... eu tenho ...a consciência, o equilíbrio do que faz bem para mim do que não faz, tem dia que você sai de toda aquela rotina, extrapola, come o que faz mal, conscientemente, né? Existem pessoas que tem uma forma rígida de levar a dieta e adocece, outros não adocece. Por exemplo meu pai, fumou 81 anos e morreu com 83, um homem super saudável. Meu pai, ele ia no caixa eletrônico, operava o caixa, lembrava a senha dele, ele ia na farmácia, na feira, no mercado, com essa idade. Com 82 anos e meio apareceram os sintomas, ele morreu com 83 anos, no dia do aniversário dele. Então ...pessoa de hábitos saudáveis, levantava cedo tomava café ...come alguma coisinha, almoçava, tomava o café da tarde, jantava 17:00 horas da tarde e tomava um cafezinho á noite com uma bolachinha para dormir ... e viveu todos esses anos com o cigarro, com esse mau tão grave que a gente sabe, né? Então isso aí depende de organismo para organismo, ... da situação que a pessoa vive, da... como eu quero dizer para você assim... talvez meu pai fosse até um pouco hiperativo, daquela pessoa que andasse muito, que agitasse muito, mas que acabou tendo um problema... então é assim nos não escapamos dos problemas que pode acontecer, isso aí é imprevisível... e eu não sei o que mais te falar sobre essa questão... porque... eu venho de uma família grande, sempre convive com pessoas na saúde, trabalhei muito tempo no centro de saúde, a “Aparecida” meu primeiro emprego foi lá, ele estava começando... e a gente convivia com aquelas pessoas e tinha os problemas graves de saúde os problema simples de saúde, mas sempre tinham pessoas doentes, né. Então é o que eu te falei... tem gente que mal tem o que comer e tem uma saúde de ferro ... e tem pessoas que tem do bom e do melhor, controlado e...

né... não tem muita saúde. Então isso... acho que é do organismo, de cada um, nosso metabolismo ajuda muito essa questão. Você acostuma com sua rotina, com o dia a dia da sua vida. Tem pessoas que tem uma imunidade ... é... muito grande né, uma limiar muito alto de imunidade, outros não. Então acho que isso é de cada ser humano, de cada organismo.

3- Fale sobre comida e viver mais.

Eu vejo uma geração mais antiga, mais velha. E ...eu via minhas tias, meus tios, todos morrerem antes dos meus pais e fomos todos criados em roça, todo mundo tinha as suas terras, todo mundo plantava, comia tudo ali, orgânico né. Porque naquele tempo não tinha nem adubos... os produtos químicos ...e similares que hoje eles jogam nas plantas né. Eu sei que, quem mais durou na família foi meu pai com minha mãe né... e os outros... todos tinham uma vida saudável. Você entendeu? E... meu pai falava que ... muito da longevidade dele, da saúde que ele e minha mãe tiveram, era a alimentação que eles tinham. Mas aí você vê que outras pessoas tem o mesmo tipo de vida e faleceram antes que eles. Agora hoje, o que eu acho que ajuda muito é a prevenção! Né? Porque hoje os PSF, as enfermeiras bem orientadas, criam os grupos da terceira idade, ali as pessoas passam a ter mais atividade física, e chega uma época da vida que a pessoa para, ela fica na frente da televisão. Hoje infelizmente, ainda falei, a poucos dias para a moça do PSF, é errado eles mandarem medicamento na casa do paciente, tinha que tirar o paciente de casa e fazer ele ir lá buscar o medicamento dele... para ele fazer um exercício físico, né. Então tem essa, a agente comunitário passa na porta, “Tá precisando?” “Tá”, ela vai lá marca a consulta, ele não tinha que sair da casa dele ir lá marcar, se ele pode andar, nada impede. Então isso é muito relativo, não sei se é o meio ambiente que ele vive, o jeito que ele foi criado, mas a pessoa no meu ponto de vista ela tem que andar ela tem que fazer atividade física ela tem que ir atrás das coisas dela, não receber muito na mão como hoje os idosos estão recebendo. Porque você vê, quantos idosos poderiam ir até a unidade de saúde pesar, “A olha, hoje eu vim aqui pesar”, não vai! Né. Eu trabalhava nos municípios, que eu já falei para você que tinha 26 municípios que faziam parte dessa regional daqui, tinha gente que levava a balança na casa das pessoas para pesar! Não era hora de essa pessoa sair? Fazer uma atividade, dar uma caminhadinha até a unidade de saúde, “Vou lá ver como esta meu peso e a minha pressão arterial” Então eu acho assim, as coisas hoje, facilita de certa forma, né mas acomoda muitas pessoas, né. O PSF hoje ele não tinha essa intenção quando ele foi criado, ele não tinha essa intenção, era justamente para tirar as pessoas do hospital. O médico generalista, a pessoa tinha qualquer mal súbito, qualquer coisa, o medico do PSF resolvia, hoje as consultas são agendadas. Você tem um mal súbito, para onde você vai, para a porta de um hospital, que não é o aconselhável né. Porta de hospital tem de tudo dentro. Meu tio entrou com o pé, com o segundo dedo aqui olha, com uma infecção no canto da unha, ele pegou uma infecção e passou mau ... foi ao PSF... “Não! Vai no hospital!”... chegou foi para o hospital. Chegou lá prenderam ele lá 24 horas para olhar a pressão dele, que ele poderia ter um agente comunitário, um técnico de enfermagem que poderia estar verificando essa pressão dele em casa. Ele pegou infecção hospitalar, amputou o pé, amputou até o joelho e morreu. Entendeu? Então assim, são coisas assim, que eu falo que tem muito muito na nossa saúde, que pelo que a gente viu, nesses 35 anos de saúde, tem muito que educar a população, que hospital não é lugar para você tá indo passear, levar criança, por qualquer coisinha você esta em porta de hospital. Então é isso!

Pessoa idosa 2- (60 anos, sexo feminino, ex-lavradora, aposentada)

1- Fale sobre saúde.

Saúde... eu acho assim, se a pessoa tem algum problema de saúde, usar os remédios direitinho, se tem pressão alta, diabetes fazer os regimes direitinho. Porque aí ajuda a controlar né, agora se a pessoa sabe que tem algum problema de saúde, mas não cuida, não

vai ao médico, nem nada, aquilo só vai piorando né. E a alimentação também ajuda nos problemas de saúde. Às vezes se tem algum problema de saúde não pode comer uma comida salgada, gordurosa, uma coisa que não pode comer para a diabetes que é o doce, se evitar comer a pessoa fica mais controlada né, dos problemas né. E é importante a saúde né, para todo mundo né. Quando a gente faz as orações da gente, a gente esta sempre pedindo a Deus pela saúde né, é sempre o que a gente mais pede. Eu mesma, por exemplo, faço minhas orações e estou pedindo que Deus dê saúde para a minha família, mas não só para nós, eu peço para todo mundo, sabe? Às vezes a pessoa que eu conheço que eu não conheço, para uma pessoa que às vezes esta para fazer uma cirurgia, passando por um problema difícil né. Então tudo nesse mundo que a gente vai agradecer, a gente tem que agradecer mais e primeiramente pela saúde. Porque sem a saúde você pode ter dinheiro, pode ter beleza do jeito que for, mas se você não tiver saúde, você não tem nada né.

2- Fale sobre alimentação.

Alimentação é uma coisa muito importante né, então é assim, às vezes uma coisa assim que eu penso na alimentação, quando eu estou alimentando ou tomando meu café da manhã ou almoçando ou jantando comendo o que for, as vezes eu penso muito naquelas pessoas que não tem, sabe? Fico pensando “oh meu Deus eu estou com isso assim para comer, e que Deus ponha também na mesa daquele que não tenha alimentação”. Onde tem criança que gosta de alimentar né, todo mundo gosta né, mas tem criança que não espera a hora né, tem que ter. Então eu peço muito a Deus por eles, que às vezes não tem naquela hora né, para alimentar, que Deus ponha na mesa deles né. O alimento é uma coisa muito abençoada também, para nós todos, porque sem ele nós não somos nada né. O alimento é uma bênção de Deus né. Então a gente agrade também pelo alimento da gente.

3- Fale sobre comida e viver mais.

É que a pessoa tendo uma alimentação mais saudável, dizem que vive melhor né, que eu sei é assim, que eu vejo falar né. E a pessoa comendo umas coisas mais saudáveis tem uma chance de viver mais e com mais saúde né, que eu sei é assim... é depende muito da alimentação sim, porque dá para gente ver né, as vezes você vê uma pessoa desnutridinha que ela não alimenta direito, não tem uma alimentação saudável ela é desnutrida né, e a pessoa que já alimenta direitinho é mais né...então a gente vê que faz diferença né ... a alimentação... influencia. Uma boa alimentação influencia na saúde sim, se souber alimentar direitinho influencia sim.

Pessoa idosa 3- (71 anos, sexo feminino, ex-lavradora, aposentada)

1- Fale sobre saúde.

A saúde a gente tem que manter a alimentação certinha né, fazer os exercícios e... para gente manter né, ficar forte... como se diz, fazer assim... academia né... e manter a saúde, tomar bastante água né, comer bastante legumes né, bastante frutas né. E manter assim, não exagerar né, porque é o exagero que estraga né. Se você for comer de tudo que pensar, você vê muita coisa gostosa né. Mas você vê que aquilo ali, que é gostoso, a gente não pode exagerar, por que faz mal para a saúde né. Igual fumar mesmo, se fumar estraga... fica com problemas nos pulmões né, e isso é um problema muito sério né! E a alimentação também tem que manter né, alimentação saudável né. É o que eu penso, não sei se estou certa. E manter o exercício certinho, e bola para frente! Não é verdade? É o que eu penso, penso para mim e penso para os outros, eu falo para as pessoas, falo para os meus filhos, meus netos tem que manter a saúde, a saúde é em primeiro lugar, não é verdade? Isso é o que eu penso. E eu fiquei muito feliz em fazer essa entrevista e em te conhecer. Nunca tinha te visto, e pela primeira vez eu já gostei. Mas é isso aí que eu penso manter a saúde e não facilitar com as coisas né, não exagerar, ver só o que é saudável para gente e para as pessoas, falar para as pessoas também né. É isso que eu penso.

2- Fale sobre alimentação.

Alimentação é o que eu disse aqui né, que é as coisas que a gente vê que pode comer né, a verdura, fruta, o suco natural e não exagerar né. Não é isso? ...É isso aí. E essas coisas artificiais sempre fazem mal, tem muito corante né, tudo né... essas coisas enlatadas, então nos temos que evitar disso aí. Isso aí eu penso! Para gente e para as outras pessoas né, que estão em volta da gente né, a gente orientar as pessoas, porque as pessoas as vezes falam: “Ah não faz mal né!” Mas no fundo, no fundo faz né. Isso que eu penso.

3- Fale sobre comida e viver mais.

É ... então... porque a gente tem que alimentar certinho, porque a gente alimentando certinho a gente vai viver mais né, vai ter mais saúde. E se a gente não alimentar não fazer os exercícios certinhos, a gente atrofia né. Por que vem a idade né, a pessoa já esta de idade, aí já complica né. {E dessa relação sobre comida e viver mais} eu acho bom né, eu acho que é uma esperança que a gente tem né, de fazer as coisas certinhas para viver mais né. E é isso que eu acho que eu penso.

Pessoa idosa 4- (65 anos, sexo feminino, ex-doméstica, aposentada)

1- Fale sobre saúde.

A saúde da gente, a gente tem que ... alimentar bem, certas coisas se a gente vê que não é bom para a gente alimentar, não alimentar, e uma alimentação normal é a saúde para gente, é muito bom. Saúde da gente é a coisa mais importante no mundo, é a saúde né. Para ter saúde a gente tem que ... é o que eu te falo, a gente tem que controlar muito as coisas... é... por exemplo, ... a gente tem que alimentar, dormir bem se a gente não dorme bem a gente não tem saúde e não ficar assim estressado com as coisas, né. Isso ajuda muito a ter saúde, não ficar assim encabulando com as coisas, pensar normal. È o que eu falo, é isso aí.

2- Fale sobre alimentação.

Alimentação é assim, a gente tem que alimentar na hora certa, não comer fora de hora, à noite, alimentar um alimento assim normal, assim... uma coisa mais leve, uma verdura... uma alimentação normal que eu falo... assim não comer assim muita coisa pesada, gordo, uma alimento assim razoável assim o trivial assim, de um arroz e feijão ... e uma... e não comer muito, alimentar assim não comer exagerado, que isso aí prejudica muito a saúde. E alimentar na hora certa ... e uma coisa assim mais leve não coisa pesada, porque a gente assim de idade não pode estar comendo coisa pesada nem muito gordo. Eu penso assim, é o que eu sempre falo, alimentar pode ser se a gente não come, não esta com vontade de comer o arroz, o feijão a gente pode comer uma salada... uma coisa assim... um pão, qualquer uma coisa, uma verdura... uma fruta, uma coisa, não quer comer uma coisa então come uma fruta que também é muito bom para a saúde.

3- Fale sobre comida e viver mais.

Alimentação é... eu sempre penso assim... alimentar é muito bom, a gente não pode é ficar sem alimentar e uma comida assim sempre normal e alimentar na hora certa, não comer fora de hora, é só isso que eu penso assim, e a gente não comer muito. Alimentar o que eu penso é assim... o que eu sempre digo, a alimentação pode ser o alimento assim... o alimento assim para... como se diz... comer, assim... a idade da gente não permite que a gente coma essas coisas pesadas, então viver mais é assim comer uma coisa leve, uma coisa assim mais sadia, né. E não exagerar muito na alimentação não, porque a comida muito também não é bom para a saúde.

Pessoa idosa 5- (71 anos, sexo masculino, ex-lavrador, aposentado)

1- Fale sobre saúde.

A eu penso em alimentar bem, ter saúde, evitar ir a médico é o que eu penso... quanto mais melhor né, evitando... não tendo precisão de ir em médico... mas precisando... necessitou que seja, eu vou. Eu penso que para mim esta tudo bem!

2- Fale sobre alimentação.

Alimentação, o que eu penso é alimentar bem e, “na moda”, ter saúde, e as coisas certas, mais certas. Então é o que eu estou dizendo, não sei se eu estou errado ou se eu estou certo, mais eu evitei um mês de tomar (medicamento para controle da diabetes) abaixou e a alimentação foi normal... e quando foi para eu pedir o outro mês (a glicemia) que eu não alimentei, e tomei os remédios todos, cresceu a diabetes, então tem que por na balança. É as vezes complica outra coisa né, porque os remédios são bons para uma coisa e complica outra né, não chega a complicar né, mas a diferença é a medida do diabetes. Aí eu penso assim né, a minha saúde tanto faz eu tomar como não tomar... vai ficar normal, eu estou normal do mesmo jeito.

3- Fale sobre comida e viver mais.

Eu acho que a pessoa alimentando bem, dormindo bem e mantendo tudo normal, eu acho que a pessoa até vive mais né. E eu acho que a comida contribui para viver mais sim.

Pessoa idosa 6- (73 anos, sexo feminino, ex- servidora pública municipal-merendeira, aposentada)

1- Fale sobre saúde.

Uai Micaela a gente tendo saúde a gente tem tudo né, não é verdade? Porque a saúde é uma coisa muito importante. Porque você tendo saúde, você tem disposição para fazer as coisas né, para sair, às vezes para conversar, então a saúde é uma coisa muito importante. A alimentação também entra na saúde? (devolvi a pergunta) Eu acho que sim, não é? A alimentação também eu acho que faz parte da saúde, se a pessoa tiver uma boa alimentação e tudo isso eu acho que entra na saúde.

2- Fale sobre alimentação.

Alimentação boa também faz parte da saúde, se você não tiver uma boa alimentação, eu acho que você não vai ter uma boa saúde.

3- Fale sobre comida e viver mais.

Viver mais eu acho assim, se você tiver uma boa alimentação e uma boa saúde você vive bastante. Agora se você não tiver uma boa alimentação, uma boa saúde ... acho que a pessoa não vive muito.

Pessoa idosa 7- (76 anos, sexo feminino, ex-lavradora, aposentada)

1- Fale sobre saúde.

A eu acho que a saúde é assim, é uma coisa muito importante. Então nós temos que procurar sempre viver bem, alimentar bem e livrar de problemas pessoais, porque eu acho muito importante para a saúde cuidar bem da saúde. Uai eu penso sobre saúde é isso, que a saúde é importante, que a gente precisa cuidar bem, viver bem. A saúde é uma coisa gente, que é a coisa principal nossa, pode ter tudo, não tendo saúde não tem nada.

2- Fale sobre alimentação.

Alimentação eu acho que é como nós escrevemos aí, alimentação é uma coisa muito principal pela... voltando ao assunto... pela saúde, nós temos que procurar alimentar mais, alimentar nas horas certas, comer mais frutas, mais verduras, legumes, sempre não descuidar da saúde. Então a gente tem que alimentar sempre bem, porque o alimento é muito valioso para nossa saúde, né. Não comer as coisas enlatadas, não comer as coisas assim... essas coisas assim...

porque essas coisas só prejudicam. Eu acho que nós precisamos procurar melhor a saúde assim, alimentação boa né, porque sem alimentação nós não vivemos. Tem que alimentar sempre bem e largar de comer essas bobearas, bebidas, fumar, essas coisas eu acho errado.

3- Fale sobre comida e viver mais.

Uai eu acho que para a gente viver mais é “da moda”, sempre alimentar bem, sempre ter a cabeça fresca, não preocupar muito com as coisas, eu acho que tem que ser uma vida ... e sempre a gente cuidar... da saúde, porque se a gente não cuida ela vai só caindo e caindo né, e levar uma vida mais tranquila. Eu acho, sei lá, não sei! Ah eu penso sobre alimentação e viver mais é “da moda” que eu te falei, sempre comer mais verdura, mais fruta essas coisas, procurar não estar tomando bebida alcoólica, não fumar né, eu acho. Deve ser assim, não sei!

Pessoa idosa 8- (78 anos, sexo feminino, ex-servidora pública municipal-auxiliar de serviços gerais, aposentada)

1- Fale sobre saúde.

A eu acho que a saúde está muito péssima, o povo muito doente os médicos são poucos isso aí eu acho que está muito ruim, sabe? A gente vê aí tanta gente que esta passando mal e não tem médico para socorrer, não é só aqui é até fora daqui, porque aqui até a gente tem né.

2- Fale sobre alimentação

A eu acho que alimentação é uma coisa muito importante para nós né, principalmente você alimentado um alimento que seja saudável, isso aí que é o importante para gente né. Porque tem muita gente que come uma coisa que não tem uma vitamina, nem nada, nós precisamos procurar uma vitamina para comermos porque nós precisamos botar vitaminas no nosso organismo, mas o importante é isso aí.

3- Fale sobre comida e viver mais.

Olha eu penso assim, a comida vale muito e o importante ... voltando a coisa da saúde que eu te falei, que você me perguntou e eu esqueci, então o que faz você viver mais é você tomar seus medicamentos direitinho, certinho. Porque a minha irmã morreu, porque tadinha, ela assim, todos os remédios que os médicos passavam para ela fazia mal, aí fazia mal aquele ali, “ah esse esta me fazendo mal”, então vou passava um contra aquele ali, e esse fazia mal e passava outro contra aquele que estava fazendo mal e passava mal, sentia mal... ela acabava até nem tomando os remédios, ela morreu rapidinho veio o infarto e morreu, sabe? Então é... “da moda do outro” ela morreu com 70 anos, ela é mais velha do que eu quatro anos e eu já estou com 78 anos hoje né. E eu acho assim a alimentação vai muito, mas o medicamento também é mais ainda, eu acho. Porque o medicamento é muito importante você tomar ele direitinho, certinho como o médico passa, né. Então... eu acho isso aí, tá!? Se não tomar... minha mãe e meu pai mesmo, morreram novinhos porque tinham problemas de coração, pressão alta. Minha mãe morreu com 56 anos e meu pai morreu com 62, sabe? Então... não tomavam remédio para nada uai... qual coração que aguenta né? Por que hoje o nosso aguenta, o meu esta aguentando? Porque são os medicamentos que eu tomo, se eu não tomasse também já tinha morrido (risos). Então eu acho que além do medicamento, a comida é muito importante também né... aquela... procurar as vitaminas né, que tem mais vitaminas, que tem mais proteínas essas coisas para a gente comer para ser melhor para nossa saúde né. Porque a alimentação também vale muito, mas eu não sei, eu acho que o remédio é que socorre mais a gente, são os medicamentos. A alimentação é muito importante mas os remédios também são muito importantes, não pode ficar sem nem um dos dois (risos).

Pessoa idosa 9- (71 anos, sexo feminino, dona de casa, aposentada)

1- Fale sobre saúde.

Olha saúde é uma coisa assim que, eu sempre não tive saúde, sempre tive problemas de saúde... sempre tive, mas a saúde você tem que se cuidar, com os remédios certos, na hora certa e fazer o que os médicos mandam, se não pode fazer um exercício ... um trabalho apertado não faz, se puder ter um repouso tem que ter, e alimentação sempre certa. A saúde depende muito né, tem muita coisa que provoca a gente às vezes né, o sistema nervoso, às vezes uma coisa que a gente não espera e a gente fica nervosa e prejudica a saúde, essas coisas.

2- Fale sobre alimentação

Olha alimentação eu tento... alimentar direito, mas a gente as vezes nunca que dá certo, nunca que alimenta o certo, o que precisa, mas que alimentação ajuda, ajuda. Ajuda muito na gente porque se a gente não alimentar direito não precisa remédio, não precisa nada, porque alimentação é em primeiro lugar. A alimentação também deve ser nas horas certas, assim... prestar atenção no que faz mal no que não faz, a gente nunca deve tentar enfrentar comer o que não pode, se vê que um alimento faz mal, evita.

3- Fale sobre comida e viver mais.

É eu acho que a alimentação ajuda muito a pessoa viver bastante, eu acho que a pessoa que alimenta bem, nas horas certas, na alimentação certa, vive melhor e vive mais.

Pessoa idosa 10- (68 anos, sexo masculino, ex-lavrador, aposentado)

1- Fale sobre saúde.

A saúde tem que ser para todos nós, né minha filha? A saúde esta em primeiro lugar né. A saúde é a vivência nossa né, é nossa vida, porque se a gente não tiver saúde o que nós vamos fazer? Né? Se você vai consultar você não acha médico, se você vai pagar uma consulta é um preço “danado”, e o remédio para você... né.

2- Fale sobre alimentação.

Alimentação até não esta muito ruim né, tá boa a alimentação, o que está faltando nesse Campos Gerais nosso aí é médico né, médico que esta faltando aí. Estamos passando de humilhação aqui né, às vezes tem uma pessoa morrendo e não tem o médico para socorrer ela.

3- Fale sobre comida e viver mais.

A eu penso na comida né... para a pessoa viver mais tempo é a comida. É importante alimentar, comer bastante vitaminas né. E essa alimentação tem que ser umas frutas, né.

Pessoa idosa 11- (66 anos, sexo-feminino, ex-doméstica, aposentada)

1- Fale sobre saúde.

Então eu acho que a saúde, a gente tem que fazer... hoje está muito difícil demais porque tudo que você vai comer, tudo que você vai comprar, tudo ali tem agrotóxicos né. Então eu acho que a gente tem que procurar evitar ficar comprando as coisas no mercado que vem de fora, então você faz uma hortinha para você, uma verdura, um alimento que você traz da roça, que você mesmo plantou e uma comida assim que... é claro que você não vai ficar sem comer, claro que o arroz e feijão as vezes você ... agora, normalmente o meu marido plantou feijão, plantou arroz, agora. Então nós estamos comendo mais ou menos, mas a partir de agora nós vamos comer o arroz que ele plantou, eu acho que... acho que tudo esta mais ou menos dentro da saúde, que a gente tem que se proteger, porque hoje doença esta vindo demais e a diabetes também esta acabando com as pessoas né. Então é mais do alimento que a gente compra no mercado que já vem tudo envenenado. Saúde a gente tem mesmo que procurar ter mais saúde... porque as coisas que você come e tem que fazer exercício, tem que balancear sua comida para você não ficar as vezes até para dormir, você vai dormir você não consegue

dormir se você comer muito, então você tem que balancear a sua comida do dia a dia. Comer mais verduras, comer mais assim... tomar bastante água, frutas, é assim.

2- Fale sobre alimentação.

Alimentação de hoje está muito difícil né, está complicado porque tudo que você compra no mercado ali está ... às vezes você tem vontade de comer uma linguiça, uma salsicha, uma coisa, aquilo lá prejudica a saúde né. Eu acho que você tem mais que, igual eu estou falando para você, tem que procurar uma coisa mais natural né... uma comida mais natural né, você fazer exercício, fazer uma caminhada isso é mais para a saúde.

3- Fale sobre comida e viver mais.

A não, a pessoa eu acho, para você viver mais tempo, igual eu estou te falando para você, você tem que saber equilibrar o seu corpo, a sua boca, principalmente a boca e você fazer caminhada, andar de bicicleta, e quem não puder andar de bicicleta andar mais ou comer menos, comer as coisas que é mais natural. É isso! Então eu acho que a pessoa vive mais “a custa disso” porque se você vai fazer as coisas extravagantes quem vai te prejudicar é seu corpo, você vai prejudicar o seu corpo né. Então se a gente vai, come menos, come comida mais saudável, você faz um exercício, se você não tem uma coisa para você fazer exercício você faz uma caminhadinha e saber o que você vai comer. Porque tudo que você quer comer, você for enfiando a comer você só vai para trás.

Pessoa idosa 12- (64 anos, sexo-feminino, ex-professora, aposentada)

1- Fale sobre saúde.

Na minha opinião eu acho que, ter saúde é o mais importante, porque a gente na terceira idade a gente valoriza muito, muito a saúde e acho que para isso a gente tem que ter uma vida regrada né. Eu acho muito importante ter uma alimentação saudável, na medida do possível, tomar bastante água e acho que é tudo, tudo é o mais importante, porque a gente pode ter tudo na vida se não tiver saúde não tem nada. Então eu acho que, na minha opinião é a parte principal, é ter saúde e agradeço muito á Deus por eu ter saúde, por eu ter ainda um pensamento assim jovem, porque a gente não deve deixar não só envelhecer o corpo, como a mente também. Porque uma mente jovem ela quer ter saúde e ela tenta ficar bem, tenta ficar saudável, e para isso a gente tem que fazer a nossa parte né. Fazer exercícios, alimentação saudável e enfim eu acho mais importante saúde o resto a gente corre atrás.

2- Fale sobre alimentação.

Alimentação então... eu acho que ela faz a maior parte da saúde é devido ao tipo de alimentação. Eu por exemplo, sou muito contra alimentos assim... industrializados, que já vem prontos né, eu gosto muito assim de uma comidinha simples, mas uma comida saudável, acho que tem muito a ver com a saúde depende muito do que a gente alimenta né. Então eu acho muito importante, sou muito preocupada sobre alimentação, toda vida desde meus filhos pequenos, eu aprendi com a minha mãe que era uma nutricionista nata né, porque na roça a gente tinha que comer muita coisa que era da roça, então eu sempre valorizei muito essa parte da alimentação.

3- Fale sobre comida e viver mais.

Olha eu não posso assim afirmar com certeza, porque hoje nesse mundo que a gente esta vivendo, tanto agrotóxicos né, tem acontecido tantas mortes assim prematuras, tem falecido tantos jovens, pessoas e também tem a covid né, que complicou muito a saúde das pessoas, mas na minha opinião pessoal eu acho que a alimentação ajuda a pessoa a viver mais sim. Eu tenho essa opinião própria de achar que a alimentação ela ajuda, porque graças á Deus eu na terceira idade, não tenho pressão alta, não tenho diabetes então é...eu acho que tudo tem a ver

com o tipo de alimentação que eu sempre optei né, eu acho que sim. Espero que Deus me dê mais alguns anos de vida porque parece que eu não vivi nada ainda, porque a gente que chega aos 60 a gente olha para trás e vê que não viveu foi nada ainda então a minha esperança é a partir dessa entrevista maravilhosa, que você me ensinou coisas muito importantes, então eu quero melhorar mais ainda, eu acho que eu estava na metade, de agora para frente que eu vou saber alimentar verdadeiramente, depois que eu falei com você. Agradeço de coração, me ajudou muito.

Pessoa idosa 13- (65 anos, sexo feminino, ex-lavradora, aposentada)

1- Fale sobre saúde.

Estando com saúde eu acho melhor né, bem mais fácil com saúde do que no caso, ficar doente, sentindo as coisas. Eu acho assim! A saúde é igual eu estou te falando, a gente estando com saúde, você dorme bem, come bem, a gente se sente melhor. Igual eu estava esses dias mesmo meio doente, eu estava me sentindo meio triste né, sentir dor é a coisa mais triste que existe né. Mas a gente estando bem está feliz. É como eu estou dizendo a saúde é importante. Eu acho.

2- Fale sobre alimentação.

É alimentação é igual ao que eu te falei, é comer sabendo a comida que não vai te fazer mal, comer o que pode, uma verdura, essas coisas, um pedacinho de carne ... igual ao que eu falei para a minha cunhada: “Olha, “mingua” com as coisas, come o arroz, feijão, verdura, um pedacinho de carne, tomate...” É isso que eu como, dia a dia, todo dia eu faço.

3- Fale sobre comida e viver mais.

A eu acho melhor né, a pessoa fazendo certinho ela vai durar mais né. Agora se não fizer minha filha, infelizmente... Tem que fazer o certo, eu acho se fizer o certo Deus ajuda que a pessoa até dura mais né. Agora se fizer o errado (risos). Eu acho certo é o que eu te falei, tentar fazer o certo, comer o que pode e conservar melhor com saúde... os remédios na hora certa. Aí fica tudo certinho. Doce eu como mais às vezes, como eu estou te falando de milho verde, é o bolo que eu faço, mas as coisas de doce acabou. Eu não como mais essas coisas de mingau de doce, essas coisas mais não. Mas verdura eu como direto, almoço e jantar, todos os dias eu tenho salada, eu não como só arroz, feijão e carne. Arroz, feijão, um pedacinho de carne e salada, o alface, o repolho, o tomate a couve, eu tenho couve na minha horta eu faço couve. E o que eu me alimento, isso é todos os dias no almoço e jantar. E ajuda muito, porque eu acho que se eu estivesse do jeito que eu era, minha filha do céu, esse diabetes era capaz de estar lá “pelos 500” (medida da glicemia) (risos).

Pessoa idosa 14- (79 anos, sexo feminino, ex-professora, aposentada)

1- Fale sobre saúde.

Saúde? Saúde é tudo na vida né, tudo, se eu tivesse uma pessoa que quisesse me dar a sua dela e eu ficar com a saúde da outra pessoa eu daria hoje, eu acho a saúde muito importante. Saúde é tudo, é importante, tudo, tudo na vida da gente é a saúde. Se a gente perdeu a saúde acabou né, você não tem prazer de nada, você não vai em nada mais, todo mundo acha que a gente esta ...é... já está chegando no fim, que isso é bobeira, que isso aí de ter saúde é bobeira, vamos aproveitar a outra parte da vida né, eu acho que é assim. Acho que a saúde é isso, tudo de importante na vida da gente é a saúde. Você come bem, você dorme bem, você levanta, você toma chuva você não fica doente, tudo esta bom, mas depois que você perdeu a saúde acabou tudo. Por isso que eu estou batalhando para ver se eu consigo adquirir mais um pouco de saúde para viver mais uns tempos... não é isso? Eu acho, não sei se eu estou falando certo ou errado. É eu acho que a vida é assim... quando a gente esta novo a gente não pensa na saúde né, você faz tudo que dá na cabeça, depois que você fica mais velho você pensa: “Por

que eu fiz isso, fiz aquilo, fiz aquilo?” Agora eu não, eu nunca fiz aquilo que eu não podia, que eu não pude fazer, sempre fui assim boa, boa mãe, boa esposa, agora estou doente porque tinha que ficar né. Eu estava em um aniversário meu lá na roça, todo mundo alegre, quando ver eu “phoff” caí, caí o Beto (filho) me trouxe correndo para o hospital, me levou no Luiz José (médico), me levou no médico aqui me levou em Alfenas. Aí agora graças á Deus eu estou andando, sabe? Eu não andava assim sozinha na rua de medo de cair, ainda vou cambaleando, mas eu vou e volto, de vagar vou, volto não faço tudo certo que precisa não, estou com uma mala de roupa ali para passar estou sem coragem, mas eu faço.

2- Fale sobre alimentação.

Alimentação eu acho que faço tudo errado (risos). Se eu fizesse certinho eu já tinha melhorado muito mais. Então eu penso que se eu tivesse, fizesse tudo que eu fazia “de primeiro” e hoje eu fizesse de novo eu melhorava, mas eu não sei por que eu não tenho coragem de fazer nada para mim. Eu vou fazer arroz, feijão, quiabo, isso! Só isso que eu faço. De tarde eu fico pensando o que eu vou fazer para o jantar, faço as coisas mais fáceis, entendeu? Não faço nada difícil, nada demorado, fico lá em volta da panela esperando, tem dia que eu ligo a panela, venho aqui sento quando eu chego lá já queimou. Esses dias eu queimei uma panela de feijão, liguei o fogo, sentei aqui e fiquei conversando com o Beto (filho), quando eu cheguei lá estava pretinho o feijão.

3- Fale sobre comida e viver mais.

Então a alimentação é muito importante né, se ela não fosse uma alimentação boa, tudo bem direitinho a pessoa não viveria mais do que ... né. Então tem tanta gente que tem os dentes bons, alimenta bem, dorme bem, aí ela vive mais. Quem tem os dentes ruins, alimenta mal, então não vive muito não, porque como é que vai viver né. A alimentação é importante para essa questão, aí a gente vive mais.

Pessoa idosa 15- (71 anos, sexo feminino, ex-cuidadora de idosos, aposentada)

1- Fale sobre saúde.

Uai eu acho assim que saúde é você ter uma boa alimentação é alimentar com as coisas que... as coisas que você gosta mas as coisas que fazem bem né, e fazer uns exercícios físicos, que agora eu não estou podendo porque (recuperação- covid-19)... né, mas a hora que eu melhorar eu vou fazer, porque eu já fazia antes e a gente se sente muito bem. Porque quando você faz um exercício físico, você chega em casa disposta para trabalhar, para fazer as coisas com o corpo bom. E a alimentação também ajuda muito, porque se você alimentar um alimento que te faz bem, você se sente bem o dia inteiro e se você comer uma coisa que não te faz bem, você fica com aquilo no estômago...é por exemplo, te dá uma estômago ruim, te dá uma diarreia. Então eu acho isso, que a alimentação é importante, que o exercício físico é importante e dormir também, o sono também é importante. É o que eu acho. Eu penso assim que a saúde, a pessoa não pode ficar muito assim... é preocupada... preocupada com o que você vai... por exemplo, hoje você vai... fica preocupada com o que você vai sentir amanhã, isso aí você não pode preocupar, tem que preocupar com o hoje, com o que você está sentindo hoje, o amanhã é outra coisa. Porque tem gente que é assim, às vezes sente uma dor de cabeça hoje, fica nossa será que amanhã minha cabeça vai doer de novo, fica aquilo já... então aí eu acho que é a preocupação, aí já parece que a cabeça está doendo mesmo. Se você pensar assim, às vezes você não está sentindo nada, aí uma pessoa chega perto de você e fala: “Aí eu estou com uma dor de cabeça, estou com isso, estou com aquilo.”, aí a pessoa sai você já fica nossa será que a minha também vai doer? Aí você já fica preocupada, aí quando ver a sua cabeça já começa a doer também, então você não pode preocupar, você não pode preocupar você tem que viver, viver o dia... viver o que você está sentindo naquele dia, se você não está sentindo nada tudo bem, se você estiver sentindo também, se puder tomar um remedinho para

sarar, para melhorar também tudo bem. Eu penso assim.

2- Fale sobre alimentação.

Uai alimentação é como eu te falei, a minha alimentação é o pãozinho da manhã que eu não deixo de comer porque... é... é o pão de sal que eu como né.. então eu acho que não faz mal, porque até hoje não me fez mal e porque não faz né. Então eu como o pãozinho da manhã, e eu acho que a pessoa tem que tomar um café, porque tem gente que levanta de manhã e fala: “Ah eu não como nada de manhã, não consigo comer nada de manhã”. Os médicos mesmo falam, o café da manhã é muito importante, até mais importante que o almoço, que um café de manhã bem reforçado é melhor do que um almoço. Porque se você toma um café da manhã bem reforçado aí você já fica... reforçado quase que o dia inteiro, se não almoçar não vai fazer tanta falta e a janta também não, eu acho que não faz falta, porque se você tomou um café da manhã um café reforçado de manhã, se você almoçou um almoço assim... uma alimentação saudável, aí você não vai precisar...a janta você não precisa preocupar de comer um arroz, um feijão, as outras coisas pesadas, mas você pode fazer uma alimentação mais leve. Eu acho que isso aí é o melhor. E comer fruta! Alimentação eu acho que já falei o que eu acho né. Porque eu assisto muito os médicos falarem na televisão, então eu ponho muito sentido no que eles falam, sabe? Então eu já vi eles falarem que o café da manhã é necessário para o corpo, para pessoa ficar... se a pessoa levanta de manhã não toma um café, não come nada aí a pessoa só vai comer na hora do almoço, aí a pessoa chega na hora do almoço e está com aquela fome, aí a pessoa come muito exagerado, porque não comeu nada, está com fome, aí exagera no almoço e pode até fazer mal.

3- Fale sobre comida e viver mais.

Eu acho que a pessoa que alimenta melhor, por exemplo, a pessoa que alimenta regularmente ali vai ser o café da manhã, o almoço, às vezes não precisa nem jantar, mas se chegar tarde faz um lanchinho. Porque tem gente que não pode jantar, igual eu mesma, eu não posso jantar porque eu tenho refluxo e isso me faz mal né, aí então faz um lanchinho. A pessoa que tem uma alimentação regrada, que tem um exercício físico que faz um exercício físico, uma pessoa que não tem ... que não preocupa muito... assim a que eu vou ficar doente, que não sei o que, eu vou sentir isso, porque eu vou sentir aquilo e põe aquilo na cabeça. Eu acho que a pessoa assim que vive melhor, porque aí a pessoa está bem alimentada, não está muito preocupada, a cabeça está boa e a pessoa dorme melhor, eu acho que a saúde é melhor né.

Pessoa idosa 16- (68 anos, sexo feminino, ex-professora, aposentada)

1- Fale sobre saúde.

Para mim é a coisa mais importante né, na minha vida é a saúde, se você tem saúde você tem tudo, você tem destreza para fazer o que você quiser, para fazer uma caminhada, um exercício, para trabalhar né, então para mim é tudo a saúde. Eu penso assim, a saúde muito gente é... despreza né a saúde, não vai fazer um check-up, não vai fazer é ... vai passando assim a vida assim, sente alguma coisa vai deixando, então eu acredito que todos nós devemos sim procurar, cuidar... o mais importante mesmo nessa vida é a saúde mesmo, tá. Tanto na alimentação vai ajudar muito, a alimentação vai ajudar, o exercício físico também ajuda bastante, então para mim é tudo.

2- Fale sobre alimentação.

Alimentação eu ... eu falo assim tudo assim é... saber alimentar, não é comendo tudo que você está bem alimentado, tem que saber alimentar porque eu costumo dizer assim, eu brinco até que o nosso estômago é um elástico se você costuma comer muito o seu estômago vai é aquilo... se você acostuma comer pouco então... é aquilo lá, a gente é... é muito importante para a gente saber alimentar. Comer aquilo que é bom, aquilo que você acha que vai ser bom

para você né, e procurar evitar sempre coisas gordurosas, esses enlatados, então eu acho que prejudica. Se você fizer sua própria alimentação, sua própria comida é muito importante.

3- Fale sobre comida e viver mais.

É com tudo isso, com você é... procurando alimentar bem, procurando ter uma boa saúde, procurando não exagerar por exemplo, a bebida né, então a bebida alcoólica, então é muito prejudicial a saúde, o cigarro, como é prejudicial o cigarro né, para as pessoas que fumam, então eu acho que assim se você sabendo levar essa vida assim com equilíbrio tanto na alimentação, até na sua... você vai sair com os amigos, coisa assim, muita gente gosta que você bebi, que você faz uso daquilo lá, um cigarro de tudo mais assim e eu procuro sempre distanciar de pessoas assim, tá. Então a gente tem que cuidar muito mesmo da nossa saúde, porque para nossa vida longa, para ter uma vida longa é preciso cuidar da saúde.

Pessoa idosa 17- (78 anos, sexo feminino, ex- costureira, aposentada)

1- Fale sobre saúde.

A saúde é muito importante, a gente tendo saúde, a gente tem tudo né. E para gente ter saúde a gente tem que controlar, a alimentação da gente tudo né ... eu ... então eu, é muito importante a saúde da gente que a gente tendo saúde a gente tem tudo. Eu falo por mim, graças á Deus eu me sinto muito bem... eu... a gente sabendo alimentar aí a gente tem saúde. Eu já passei por muita coisa, muitas cirurgias né, como eu já te falei né, operei cinco vezes, mas ainda agradeço á Deus que eu estou viva.

2- Fale sobre alimentação.

Alimentação é igual ao que eu já te falei, tem que saber o que a gente come e o que a gente não come, o que a gente toma e o que a gente não toma.

3- Fale sobre comida e viver mais.

Eu estou com 78 anos, graças á Deus eu tenho a cabeça muito boa e ainda quero viver muito ainda, então Deus é que sabe, mas eu quero viver bem, a gente viver bastante e doente não compensa. A gente saber alimentar né, eu acho que se souber alimentar vive mais.

Pessoa idosa 18- (83 anos, sexo feminino, ex-servidora pública municipal-auxiliar de serviços gerais, aposentada)

1- Fale sobre saúde.

A eu acho que saúde é a coisa mais importante da vida, é melhor do que dinheiro, do que tudo, a saúde é o mais importante da vida. A eu acho que quem tem saúde tem que valorizar viu, porque é muito importante na vida das pessoas.

2- Fale sobre alimentação.

Alimentação eu acho assim, que se você souber alimentar e até não é tão caro assim, é tem é que selecionar as coisas né, uma medida certa, eu acho que a alimentação é muito importante na vida das pessoas. Eu trabalhei em escola e eu ... então eu achava que era muito importante a verdura, sabe? Sempre coloquei nos alimentos ... a... muita verdura porque achava que era muito importante para as crianças.

3- Fale sobre comida e viver mais.

A eu acho que alimentação ajuda na vida das pessoas, porque previne de doenças e dá suporte também né, dá alegria de viver, eu acho que alimentação é muito importante na vida das pessoas. E eu acho que não é só alimentação porque tem o temperamento né, tem pessoas que são muito nervosas né, eu acho que eu falei o que é ...

APÊNDICE G – Estruturação do processo de análise dos dados qualitativos

Pergunta norteadora I: Fale sobre saúde		
Participante	Expressões-Chave	Ideias centrais/códigos
Pessoa idosa 1- (73 anos, sexo feminino, ex-servidora pública municipal- setor saúde, aposentada)	<p>...o que é de mais importante para nós.</p> <p>E não depende só de nós a saúde... depende do que você ingere, depende do ambiente que você vive, da situação financeira, situação né ... o nível social da sua vida,</p> <p>às vezes uma pessoa pobre...tem mais saúde do que quem tem uma alimentação saudável, atividade física, posição social melhor, que tem tudo melhor.</p> <p>... se não, o filho de pobre não sobrevivia.</p> <p>Então... a...saúde é uma dádiva de Deus... é um dom natural que Deus nos dá,</p> <p>...você me passa um tratamento, a nutricionista...o médico... posso fazer tudo aquilo e não adquirir a saúde que eu quero.</p> <p>...vai muito do psicológico de cada um também né.</p>	<p>(1ª ideia) Saúde é o mais importante. A</p> <p>(2ª ideia) Alimentação, ambiente, situação financeira e social como determinantes de saúde. B</p> <p>(3ª ideia) Determinação aleatória de saúde. C</p> <p>(3ª ideia) Saúde é dádiva divina, dom natural. D</p> <p>(4ª ideia) Dependente do “psicológico” individual. E</p>
Pessoa idosa 2- (60 anos, sexo feminino, ex-lavadora, aposentada)	<p>Saúde... ... se a pessoa tem algum problema de saúde, usar os remédios direitinho, ... fazer os regimes direitinho... ajuda a controlar</p> <p>Quando a gente faz as orações da gente, a gente está sempre pedindo a Deus pela saúde né, ... o que a gente mais pede. ... tudo nesse mundo que a gente vai agradecer, a gente tem que agradecer mais e primeiramente pela saúde. ... se você não tiver saúde, você não</p>	<p>(1ª ideia) Disciplina para o controle da saúde, alimentação e medicação. F</p> <p>(2ª ideia) Dádiva a ser mantida e pedida divinamente. D</p> <p>(3ª ideia) Se você não tiver saúde, você não tem nada. A</p>

	tem nada né.	
Pessoa idosa 3- (71 anos, sexo feminino, ex-lavradora, aposentada)	A saúde a gente tem que manter a alimentação certinha né, fazer os exercícios ... tomar bastante água ... comer bastante legumes né, bastante frutas ... é o exagero que estraga né. ... você vê que aquilo ali, que é gostoso, a gente não pode exagerar, por que faz mal para a saúde ... Igual fumar mesmo, ... E manter o exercício certinho, e bola para frente! ... a saúde é em primeiro lugar, ...	(1ª ideia) Manter o equilíbrio, sem exageros. F (2ª ideia) Promoção da saúde: alimentação e exercício. B (3ª ideia) Saúde é em primeiro lugar. A
Pessoa idosa 4- (65 anos, sexo feminino, ex-doméstica, aposentada)	A saúde da gente, a gente tem que ... alimentar bem, ... e uma alimentação normal é a saúde para gente, é muito bom. ... Para ter saúde a gente tem que ... controlar muito as coisas... tem que alimentar, dormir bem ...e não ficar assim estressado com as coisas, ... não ficar assim encabulando com as coisas, pensar normal.	(1ª ideia) Aspecto multifatorial: alimentar-se bem, dormir bem. B (1ª ideia) Não estimular preocupações. E
Pessoa idosa 5- (71 anos, sexo-masculino, ex-lavrador, aposentado)	A eu penso em alimentar bem, ter saúde, evitar ir a médico é o que eu penso...	(1ª ideia) Valorização da boa alimentação. B
Pessoa idosa 6- (73 anos, sexo feminino, ex-servidora pública municipal-merendeira, aposentada)	... a gente tendo saúde a gente tem tudo né, não é verdade? ...você tem disposição para fazer as coisas né, ...	(1ª ideia) Tendo saúde a gente tem tudo. A
Pessoa idosa 7- (76 anos, sexo feminino, ex-lavradora, aposentada)	A eu acho que a saúde é assim, é uma coisa muito importante. Então nós temos que procurar sempre viver bem, alimentar bem e livrar de problemas pessoais, ... pode ter tudo, não tendo saúde não tem nada.	(1ª ideia) Saúde é importante, pode ter tudo não tendo saúde não tem nada. A (2ª ideia) Valorização da boa alimentação. B (3ª ideia) Evitar aborrecimentos. E
Pessoa idosa 8- (78 anos, sexo feminino, ex-servidora pública municipal-auxiliar de serviços gerais, aposentada)	...eu acho que a saúde está muito péssima, o povo muito doente os médicos são poucos ...	(1ª ideia) Visão pessoal do sistema de saúde: saúde ruim, poucos médicos

Pessoa idosa 9- (71 anos, sexo-feminino, dona de casa, aposentada)	... eu sempre não tive saúde, sempre tive problemas de saúde... sempre tive, mas a saúde você tem que se cuidar, com os remédios certos, na hora certa e fazer o que os médicos mandam, ... e alimentação sempre certa. ... saúde depende muito né, tem muita coisa que provoca a gente às vezes né, o sistema nervoso, ...	(1ª ideia) Comer e seguir o tratamento certos para manter a saúde. B (2ª ideia) Importância do equilíbrio e disciplina para ter saúde. F (2ª ideia) Evitar aborrecimentos. E
Pessoa idosa 10- (68 anos, sexo masculino, ex-lavrador, aposentado)	... porque se a gente não tiver saúde o que nós vamos fazer? ...	(1ª ideia) Saúde como valor absoluto. A
Pessoa idosa 11- (66 anos, sexo feminino, ex-doméstica, aposentada)	Então eu acho que a saúde, a gente tem que fazer... hoje está muito difícil demais porque tudo que você vai comer, ... tudo ali tem agrotóxicos né. ...que tudo está mais ou menos dentro da saúde, que a gente tem que se proteger, porque hoje doença está vindo demais e a diabetes também está acabando com as pessoas né. ...é mais do alimento que a gente compra no mercado que já vem tudo envenenado. Saúde a gente tem mesmo que procurar ter mais saúde... porque as coisas que você come e tem que fazer exercício, tem que balancear sua comida ... Comer mais verduras, comer mais assim... tomar bastante água, frutas, ...	(1ª ideia) Alimentação natural sem agrotóxicos e fazer exercício. B (2ª ideia) Comida balanceada. F
Pessoa idosa 12- (64 anos, sexo feminino, ex-professora, aposentada)	... ter saúde é o mais importante, porque a gente na terceira idade a gente valoriza muito, muito a saúde e acho que para isso a gente tem que ter uma vida regrada né. ... a gente pode ter tudo na vida se não tiver saúde não tem nada. ... a gente não deve deixar não só envelhecer o corpo, como a mente também.	(1ª ideia) Saúde é o mais importante, pode ter tudo na vida, se não tiver saúde não tem nada. A (2ª ideia) Mentalidade saudável, mente jovem. E

	...uma mente jovem ela quer ter saúde e ela tenta ficar bem, tenta ficar saudável... Fazer exercícios, alimentação saudável e enfim eu acho mais importante saúde o resto a gente corre atrás.	(3ª ideia) Fazer exercícios e alimentação saudável. B
Pessoa idosa 13- (65 anos, sexo feminino, ex-lavradora, aposentada)	... a gente estando com saúde, você dorme bem, come bem, a gente se sente melhor. Igual eu estava esses dias mesmo meio doente, eu estava me sentindo meio triste né, sentir dor é a coisa mais triste que existe né. ...a gente estando bem está feliz...	(1ª ideia) Saúde como valor absoluto, determinante para “dormir bem” e “comer bem” e não o contrário. A
Pessoa idosa 14- (79 anos, sexo feminino, ex-professora, aposentada)	Saúde? Saúde é tudo na vida né, tudo, se eu tivesse uma pessoa que quisesse me dar a sua, dela e eu ficar com a saúde da outra pessoa eu daria hoje, ...tudo na vida da gente é a saúde. Se a gente perdeu a saúde acabou né, você não tem prazer de nada, ... tudo de importante na vida da gente é a saúde. Você come bem, você dorme bem, você levanta, você toma chuva você não fica doente, tudo está bom... agora estou doente porque tinha que ficar né...	(1ª ideia) Saúde é tudo na vida, determinante de fatores que também determinam saúde. A
Pessoa idosa 15- (71 anos, sexo feminino, ex-cuidadora de idosos, aposentada)	Uai eu acho assim que saúde é você ter uma boa alimentação é alimentar com as coisas que... as coisas que você gosta mas as coisas que fazem bem né, e fazer uns exercícios físicos, ...E a alimentação também ajuda muito, porque se você alimentar um alimento que te faz bem, você se sente bem o dia inteiro e se você comer uma coisa que não te faz bem, você fica com aquilo no estômago...é por exemplo, te dá uma estômago ruim, te dá uma diarreia...acho isso, que a alimentação é	(1ª ideia) Saúde é multifatorial: alimentação boa, exercício, dormir bem. B (2ª ideia) Importância da despreocupação para a saúde. E

	importante, que o exercício físico é importante e dormir também, o sono também é importante...a pessoa não pode ficar muito assim... é... preocupada...viver o dia... viver o que você está sentindo naquele dia, se você não está sentindo nada tudo bem, se você estiver sentindo também, se puder tomar um remedinho para sarar, para melhorar também tudo bem...	
Pessoa idosa 16- (68 anos, sexo feminino, ex-professora, aposentada)	Para mim é a coisa mais importante né, na minha vida é a saúde, se você tem saúde você tem tudo, você tem destreza para fazer o que você quiser, para fazer uma caminhada, um exercício, para trabalhar né, então para mim é tudo a saúde. ... o mais importante mesmo nessa vida é a saúde mesmo... a alimentação vai ajudar, o exercício físico também ajuda bastante...	(1ª ideia) Saúde é o mais importante, condicionante de ações que determinam saúde e não o contrário. A (2ª ideia) Alimentação e exercício físico como determinantes de saúde. B
Pessoa idosa 17- (78 anos, sexo feminino, ex-costureira, aposentada)	A saúde é muito importante, a gente tendo saúde, a gente tem tudo né. E para gente ter saúde a gente tem que controlar, a alimentação da gente tudo né...	(1ª ideia) Saúde é muito importante, se tem saúde tem tudo. A (2ª ideia) Controlar alimentação. B
Pessoa idosa 18- (83 anos, sexo feminino, ex-servidora pública municipal-auxiliar de serviços gerais, aposentada)	Ah, eu acho que saúde é a coisa mais importante da vida, é melhor do que dinheiro, do que tudo...	(1ª ideia) Saúde é a coisa mais importante da vida. A

Fonte: Elaborada pelos autores (2022). Nota: Letras iguais representam ideias similares para a pergunta norteadora I.

Pergunta norteadora I: Fale sobre saúde		
Participante	Subtemas gerados para cada grupo de ideias centrais/códigos iniciais similares	Ideias centrais/códigos iniciais semelhantes
Pessoa idosa 1	A- Saúde como valor absoluto	Saúde é o mais importante.
Pessoa idosa 2		Se você não tiver saúde, você não tem nada.
Pessoa idosa 3		Saúde é em primeiro lugar.
Pessoa idosa 6		Tendo saúde a gente tem tudo.
Pessoa idosa 7		Saúde é importante, pode ter tudo não tendo saúde não tem nada.
Pessoa idosa 10		Saúde como valor absoluto.
Pessoa idosa 12		Saúde é o mais importante, pode ter tudo na vida se não tiver saúde não tem nada.
Pessoa idosa 13		Saúde como valor absoluto, determinante para “dormir bem” e “comer bem” e não o contrário.
Pessoa idosa 14		Saúde é tudo na vida, determinante de fatores que também determinam saúde.
Pessoa idosa 16		Saúde é o mais importante, condicionante de ações que determinam saúde e não o contrário.
Pessoa idosa 17		Saúde é muito importante, se tem saúde tem tudo.
Pessoa idosa 18		Saúde é a coisa mais importante da vida.
Pessoa idosa 1		B- Boa alimentação, exercício, sono, ambiente e situação socioeconômica
Pessoa idosa 3	Promoção da saúde: alimentação e exercício.	
Pessoa idosa 4	Aspecto multifatorial: alimentar-se bem, dormir bem.	
Pessoa idosa 5	Valorização da boa alimentação.	
Pessoa idosa 7	Valorização da boa alimentação.	
Pessoa idosa 9	Comer e seguir o tratamento certo para manter a saúde.	

Pessoa idosa 11		Alimentação natural sem agrotóxicos e fazer exercício.
Pessoa idosa 12		Fazer exercícios e alimentação saudável.
Pessoa idosa 15		Saúde é multifatorial: alimentação boa, exercício, dormir bem.
Pessoa idosa 17		Controlar alimentação.
Pessoa idosa 1	C- Determinação aleatória de saúde	Determinação aleatória de saúde.
Pessoa idosa 1	D- Dádiva divina	Saúde é dádiva divina, dom natural.
Pessoa idosa 2		Dádiva a ser mantida e pedida divinamente.
Pessoa idosa 1	E- Bem-estar mental	Dependente do “psicológico” individual.
Pessoa idosa 4		Não estimular preocupações.
Pessoa idosa 7		Evitar aborrecimentos.
Pessoa idosa 9		Evitar aborrecimentos.
Pessoa idosa 12		Mentalidade saudável, mente jovem.
Pessoa idosa 15		Importância da despreocupação para a saúde.
Pessoa idosa 2	F- Equilíbrio e disciplina	Disciplina para o controle da saúde.
Pessoa idosa 3		Manter o equilíbrio, sem exageros.
Pessoa idosa 9		Importância do equilíbrio e disciplina para ter saúde.
Pessoa idosa 11		Comida balanceada.

Pergunta norteadora II: Fale sobre alimentação		
Participante	Expressões-Chave	Ideias centrais/códigos
Pessoa idosa 1- (73 anos, sexo feminino, ex-servidora pública municipal- setor saúde, aposentada)	<p>É quase a mesma coisa que saúde, né. eu tenho ...a consciência, o equilíbrio do que faz bem para mim do que não faz, tem dia que você sai de toda aquela rotina, extrapola, come o que faz mal, conscientemente, né? ... Existem pessoas que tem uma forma rígida de levar a dieta e adocece, outros não adocece. ... ele ia no caixa eletrônico, operava o caixa, lembrava a senha dele, ele ia na farmácia, na feira, no mercado, com essa idade... e viveu todos esses anos com o cigarro, com esse mau tão grave que a gente sabe, né? Então isso aí depende de organismo para organismo, ... da situação que a pessoa vive, ... nos não escapamos dos problemas que pode acontecer, isso aí é imprevisível...tem gente que mal tem o que comer e tem uma saúde de ferro ... e tem pessoas que tem do bom e do melhor, controlado e... né... não tem muita saúde... acho que é do organismo, de cada um, nosso metabolismo ajuda muito essa questão. ...é de cada ser humano, de cada organismo.</p>	<p>(1ª ideia) Valorização do imponderável na relação alimentação e organismo. A</p>
Pessoa idosa 2- (60 anos, sexo feminino, ex-lavradora, aposentada)	<p>Alimentação é uma coisa muito importante né, ... quando eu estou alimentando ... as vezes eu penso muito naquelas pessoas que não tem, sabe? ...que Deus ponha também na mesa daquele que não tenha ... Onde tem criança que gosta de alimentar né, todo mundo gosta né, mas tem criança que não espera a hora né, tem que ter. ... O alimento é uma coisa muito</p>	<p>(1ª ideia) Comer como direito de todos. B</p> <p>(2ª ideia) Alimento como uma dádiva divina. A</p>

	abençoada ... porque sem ele nós não somos nada né. ... é uma bênção de Deus ...	
Pessoa idosa 3- (71 anos, sexo feminino, ex-lavradora, aposentada)	Alimentação é o que eu disse aqui né, que é as coisas que a gente vê que pode comer né, a verdura, fruta, o suco natural e não exagerar né. E essas coisas artificiais sempre fazem mal... as vezes falam: “Ah não faz mal né!” Mas no fundo, no fundo faz né.	(1ª ideia) Frugalidade na alimentação, sem exageros. D (2ª ideia) Valorização da alimentação natural em oposição da “artificial”. C
Pessoa idosa 4- (65 anos, sexo feminino, ex-doméstica, aposentada)	..., a gente tem que alimentar na hora certa, não comer fora de hora, à noite, alimentar um alimento assim normal, ...uma coisa mais leve, uma verdura... uma alimentação normal que eu falo... assim não comer assim muita coisa pesada, ...uma alimento assim razoável assim o trivial assim, de um arroz e feijão ... alimentar na hora certa ... a gente assim de idade não pode estar comendo coisa pesada nem muito gordo. ... se a gente não come, não está com vontade de comer o arroz, o feijão a gente pode comer uma salada... uma coisa assim... um pão, qualquer uma coisa, uma verdura... uma fruta...	(1ª ideia) Importância da frugalidade e disciplina na alimentação, sem exageros, sem comida pesada, na hora certa, regrada. D (2ª ideia) Alimentação natural, comer o trivial. C
Pessoa idosa 5- (71 anos, sexo-masculino, ex-lavrador, aposentado)	Alimentação, o que eu penso é alimentar bem e, “na moda”, ter saúde, e as coisas certas, mais certas... mas eu evitei um mês de tomar (medicamento para controle da diabetes) abaixou e a alimentação foi normal... e quando foi para eu medir o outro mês (a glicemia) que eu não alimentei, e tomei os remédios todos, cresceu a diabetes...porque os remédios são bons para uma coisa e complica outra né, não chega a complicar né, mas a diferença é a	(1ª ideia) Experiência pessoal com a diabetes

	medida do diabetes. ...	
Pessoa idosa 6- (73 anos, sexo feminino, ex-servidora pública municipal-merendeira, aposentada)	Alimentação boa também faz parte da saúde ...	(1ª ideia) Boa alimentação componente de saúde. E
Pessoa idosa 7- (76 anos, sexo feminino, ex-lavradora, aposentada)	...temos que procurar alimentar mais, alimentar nas horas certas, comer mais frutas, mais verduras, legumes, ... Não comer as coisas enlatadas, não comer as coisas assim... ...alimentar sempre bem e largar de comer essas bobearas, bebidas, fumar, essas coisas eu acho errado.	(1ª ideia) Alimentação natural é importante, evitar enlatados. C (2ª ideia) Comer na hora certa. D
Pessoa idosa 8- (78 anos, sexo feminino, ex-servidora pública municipal-auxiliar de serviços gerais, aposentada)	A eu acho que alimentação é uma coisa muito importante para nós né, principalmente você alimentado um alimento que seja saudável, isso aí que é o importante para gente né. Porque tem muita gente que come uma coisa que não tem uma vitamina, nem nada, nós precisamos procurar uma vitamina para comermos porque nós precisamos botar vitaminas no nosso organismo, mas o importante é isso aí.	(1ª ideia) Reconhece a importância de uma alimentação saudável e nutritiva. C
Pessoa idosa 9- (71 anos, sexo-feminino, dona de casa, aposentada)	... mas a gente as vezes nunca que dá certo, nunca que alimenta o certo, o que precisa, mas que alimentação ajuda, ajuda. ... se a gente não alimentar direito não precisa remédio, não precisa nada, porque alimentação é em primeiro lugar. ... nas horas certas... prestar atenção no que faz mal no que não faz, ...	(1ª ideia) Alimentação como valor absoluto. C (2ª ideia) Comer na hora certa e controlar o que faz bem e mal. D
Pessoa idosa 10- (68 anos, sexo masculino, ex-lavrador, aposentado)	Alimentação até não está muito ruim né, tá boa a alimentação, o que está faltando nesse Campos Gerais nosso aí é médico né...	---

Pessoa idosa 11- (66 anos, sexo feminino, ex-doméstica, aposentada)	... tem que procurar uma coisa mais natural né... uma comida mais naturalfazer exercício, fazer uma caminhada isso é mais para a saúde	(1ª ideia) Alimentação natural. C
Pessoa idosa 12- (64 anos, sexo feminino, ex-professora, aposentada)	... sou muito contra alimentos assim... industrializados, que já vem prontos né, ... comida saudável, acho que tem muito a ver com a saúde ...	(1ª ideia) Comida saudável. C (2ª ideia) Alimentação como componente de saúde. E
Pessoa idosa 13- (65 anos, sexo feminino, ex-lavradora, aposentada)	... comer sabendo a comida que não vai te fazer mal, ... “mingua” com as coisas, come o arroz, feijão, verdura, um pedacinho de carne, tomate...” ...	(1ª ideia) Comer sabendo a comida que não vai te fazer mal. D (1ª ideia) Comida natural. C
Pessoa idosa 14- (79 anos, sexo feminino, ex-professora, aposentada)	Alimentação eu acho que faço tudo errado (risos). Se eu fizesse certinho eu já tinha melhorado muito mais. ... Eu vou fazer arroz, feijão, quiabo, isso! Só isso que eu faço. De tarde eu fico pensando o que eu vou fazer para o jantar, faço as coisas mais fáceis, entendeu?	(1ª ideia) Boa alimentação como fundamento de saúde. E
Pessoa idosa 15- (71 anos, sexo feminino, ex-cuidadora de idosos, aposentada)	Uai alimentação é como eu te falei, a minha alimentação é o pãozinho da manhã que eu não deixo de comer ... Então eu como o pãozinho da manhã, e eu acho que a pessoa tem que tomar um café...se você toma um café da manhã bem reforçado aí você já fica... reforçado quase que o dia inteiro, se não almoçar não vai fazer tanta falta e a janta também não... se você almoçou um almoço assim... uma alimentação saudável, aí você não vai precisar...a janta você não precisa preocupar de comer um arroz, um feijão, as outras coisas pesadas, mas você pode fazer	(1ª ideia) Hábito pessoal e valorização de comer bem no início do dia, para não exagerar depois. D

	uma alimentação mais leve. ... E comer fruta! se a pessoa levanta de manhã não toma um café... aí a pessoa chega na hora do almoço e está com aquela fome, aí a pessoa come muito exagerado...	
Pessoa idosa 16- (68 anos, sexo feminino, ex-professora, aposentada)	... não é comendo tudo que você está bem alimentado, tem que saber alimentar ... Comer aquilo que é bom, aquilo que você acha que vai ser bom para você né, e procurar evitar sempre coisas gordurosas, esses enlatados...Se você fizer sua própria alimentação, sua própria comida é muito importante.	(1ª ideia) Tem que saber alimentar. D (2ª ideia) Comida saudável e caseira. C
Pessoa idosa 17- (78 anos, sexo feminino, ex-costureira, aposentada)	... tem que saber o que a gente come e o que a gente não come, ...	(1ª ideia) Consciência e equilíbrio no comer. D
Pessoa idosa 18- (83 anos, sexo feminino, ex-servidora pública municipal-auxiliar de serviços gerais, aposentada)	... se você souber alimentar e até não é tão caro assim, é tem é que selecionar as coisas né, uma medida certa, eu acho que a alimentação é muito importante ... Eu trabalhei em escola e eu ... então eu achava que era muito importante a verdura, sabe? ...	(1ª ideia) Boa alimentação é importante. C (2ª ideia) Disciplina, seleção e medida certa. D

Fonte: Elaborada pelos autores (2022). Nota: Letras iguais representam ideias similares para a pergunta norteadora II.

Pergunta norteadora II: Fale sobre alimentação

Participante	Subtemas gerados para cada grupo de ideias centrais/códigos iniciais similares	Ideias centrais/códigos iniciais semelhantes
Pessoa idosa 1	A- Valorização do imponderável	Valorização do imponderável na relação alimentação e organismo.
Pessoa idosa 2		Alimento como uma dádiva divina.
Pessoa idosa 2	B- Comer como direito de todos.	Comer como direito de todos.
Pessoa idosa 3	C- Alimentação natural e saudável	Valorização da alimentação natural em oposição da “artificial”.
Pessoa idosa 4		Alimentação natural, comer o trivial.
Pessoa idosa 7		Alimentação natural é importante, evitar enlatados.
Pessoa idosa 8		Reconhece a importância de uma alimentação saudável e nutritiva.
Pessoa idosa 9		Alimentação como valor absoluto.
Pessoa idosa 11		Alimentação natural.
Pessoa idosa 12		Comida saudável.
Pessoa idosa 13		Comida natural.
Pessoa idosa 16		Comida saudável e caseira.
Pessoa idosa 18		Boa alimentação é importante.
Pessoa idosa 3		D- Frugalidade e Disciplina.
Pessoa idosa 4	Importância da frugalidade e disciplina na alimentação, sem exageros, sem comida pesada, na hora certa, regrada.	
Pessoa idosa 7	Comer na hora certa.	
Pessoa idosa 9	Comer na hora certa e controlar o que faz bem e mal.	
Pessoa idosa 13	Comer sabendo a comida que não vai te fazer mal.	
Pessoa idosa 15	Hábito pessoal e valorização de comer bem no início do dia, para não exagerar depois.	
Pessoa idosa 16	Tem que saber alimentar.	
Pessoa idosa 17	Consciência e equilíbrio no comer.	
Pessoa idosa 18	Disciplina, seleção e medida certa.	

Pessoa idosa 6	E- Boa alimentação componente de saúde.	Boa alimentação componente de saúde.
Pessoa idosa 12		Alimentação como componente de saúde.
Pessoa idosa 14		Boa alimentação como fundamento de saúde.

Pergunta norteadora III: Fale sobre comida e viver mais		
Participante	Expressões-Chave	Ideias centrais/códigos
Pessoa idosa 1- (73 anos, sexo feminino, ex-servidora pública municipal- setor saúde, aposentada)	...eu via minhas tias, meus tios, todos morrerem antes dos meus pais ... Eu sei que, quem mais durou na família foi meu pai com minha mãe né... e os outros... todos tinham uma vida saudável... muito da longevidade dele... era a alimentação que eles tinham... outras pessoas têm o mesmo tipo de vida e faleceram antes que eles. ... o que eu acho que ajuda muito é a prevenção! Né? Porque hoje os PSF, ... isso é muito relativo, ... tem que fazer atividade física ela tem que ir atrás das coisas dela, não receber muito na mão como hoje os idosos estão recebendo. ... facilita de certa forma, né mas acomoda muitas pessoas,...	(1ª ideia) Valorização do imponderável. A
Pessoa idosa 2- (60 anos, sexo feminino, ex-lavradora, aposentada)	... alimentação mais saudável, dizem que vive melhor né, que eu sei é assim, que eu vejo falar né. ... pessoa comendo umas coisas mais saudáveis tem uma chance de viver mais e com mais saúde ... não tem uma alimentação saudável ela é desnutrida né, e a pessoa que já alimenta direitinho é mais né....Uma boa alimentação influencia na saúde sim, se	(1ª ideia) Boa alimentação influencia na saúde e no viver mais. B

	souber alimentar direitinho influencia sim...	
Pessoa idosa 3- (71 anos, sexo feminino, ex-lavradora, aposentada)	... a gente alimentando certinho a gente vai viver mais né, vai ter mais saúde. ... não fazer os exercícios certinhos, a gente atrofia né. ... dessa relação sobre comida e viver mais} eu acho bom né, eu acho que é uma esperança que a gente tem né, de fazer as coisas certinhas para viver mais né...	(1ª ideia) Boa alimentação é “esperança” para o prolongamento da vida. B
Pessoa idosa 4- (65 anos, sexo feminino, ex-doméstica, aposentada)	... alimentar é muito bom... não pode é ficar sem alimentar e uma comida assim sempre normal e alimentar na hora certa, não comer fora de hora, ...não comer muito... a idade da gente não permite que a gente coma essas coisas pesadas, então viver mais é assim comer uma coisa leve, uma coisa assim mais sadia, né. ... não exagerar muito na alimentação...	(1ª ideia) Alimentação frugal e saudável é importante sem exageros, comida regrada. B
Pessoa idosa 5- (71 anos, sexo-masculino, ex-lavrador, aposentado)	... alimentando bem, dormindo bem e mantendo tudo normal... pessoa até vive mais...	(1ª ideia) Boa alimentação, dormir bem e manter-se no “normal” faz viver mais. C
Pessoa idosa 6- (73 anos, sexo feminino, ex-servidora pública municipal-merendeira, aposentada)	... boa alimentação e uma boa saúde você vive bastante...	(1ª ideia) Boa alimentação e boa saúde para se viver mais. B
Pessoa idosa 7- (76 anos, sexo feminino, ex-lavradora, aposentada)	... a gente viver mais é “da moda”, sempre alimentar bem, sempre ter a cabeça fresca, não preocupar muito com as coisas... e sempre a gente cuidar... da saúde, ... alimentação e viver mais é “da moda” que eu te falei, sempre comer mais verdura, mais fruta essas coisas, procurar não estar tomando bebida alcoólica, não fuma né...	(1ª ideia) Boa alimentação e ter bons hábitos para viver mais. C (2ª ideia) Importância da despreocupação. D

<p>Pessoa idosa 8- (78 anos, sexo feminino, ex-servidora pública municipal-auxiliar de serviços gerais, aposentada)</p>	<p>Olha eu penso assim, a comida vale muito e o importante ... voltando a coisa da saúde que eu te falei, ... o que faz você viver mais é você tomar seus medicamentos direitinho, ... minha irmã morreu, porque ... os remédios que os médicos passavam para ela fazia mal... e esse fazia mal e passava outro contra aquele que estava fazendo mal e passava mal, ... acabava até nem tomando ...morreu rapidinho ... Então é... “da moda do outro” E eu acho assim a alimentação vai muito, mas o medicamento também é mais ainda, ... o medicamento é muito importante você tomar ele direitinho, ... minha mãe e meu pai mesmo, morreram novinhos ...tinham problemas de coração, pressão alta. ...não tomavam remédio para nada uai... qual coração que aguenta né? Por que hoje o nosso aguenta, ... Porque são os medicamentos que eu tomo, ... além do medicamento, a comida é muito importante também né... aquela... procurar as vitaminas ..., que tem mais proteínas essas coisas para a gente comer para ser melhor para nossa saúde ... alimentação também vale muito, mas eu não sei, eu acho que o remédio é que socorre mais a gente,...</p>	<p>(1ª ideia) Boa alimentação e uso correto de medicamentos faz viver mais. C</p>
<p>Pessoa idosa 9- (71 anos, sexo-feminino, dona de casa, aposentada)</p>	<p>... a alimentação ajuda muito a pessoa viver bastante, ... que alimenta bem, nas horas certas, na alimentação certa ..</p>	<p>(1ª ideia) Alimentação tende a ter valor absoluto. B</p> <p>(2ª ideia) Equilíbrio e disciplina. E</p>
<p>Pessoa idosa 10- (68 anos, sexo masculino,</p>	<p>... para a pessoa viver mais tempo é a</p>	<p>(1ª ideia) Boa alimentação como fundamento</p>

ex-lavrador, aposentado)	comida... bastante vitaminas ... essa alimentação tem que ser umas frutas, ...	de viver mais. B
Pessoa idosa 11- (66 anos, sexo feminino, ex-doméstica, aposentada)	... para você viver mais tempo... tem que saber equilibrar o seu corpo, a sua boca, principalmente a boca e você fazer caminhada, andar de bicicleta, e quem não puder andar de bicicleta andar mais ou comer menos, comer as coisas que é mais natural. É isso! ...vai fazer as coisas extravagantes quem vai te prejudicar é seu corpo, você vai prejudicar o seu corpo né. ... come comida mais saudável, você faz um exercício...	(1ª ideia) Alimentação natural e exercício. C (2ª ideia) Equilíbrio. E
Pessoa idosa 12- (64 anos, sexo feminino, ex-professora, aposentada)	...eu não posso assim afirmar com certeza, porque hoje nesse mundo que a gente está vivendo, tanto agrotóxicos né, tem acontecido tantas mortes assim prematuras, ... mas na minha opinião pessoal eu acho que a alimentação ajuda a pessoa a viver mais sim. ... achar que a alimentação ela ajuda, porque graças a Deus eu na terceira idade, não tenho pressão alta, não tenho diabetes ... tem a ver com o tipo de alimentação que eu sempre optei ...a gente que chega aos 60 a gente olha para trás e vê que não viveu foi nada ainda...	(1ª ideia) Contribuição da alimentação natural, sem agrotóxicos para o prolongamento da vida. B
Pessoa idosa 13- (65 anos, sexo feminino, ex-lavradora, aposentada)	... acho melhor né, a pessoa fazendo certinho ela vai durar mais né. ...Tem que fazer o certo, eu acho se fizer o certo Deus ajuda ... comer o que pode e conservar melhor com saúde... os remédios na hora certa. ... Eu não como mais essas coisas de mingau de doce... Mas verdura eu como direto... E o que eu me alimento, isso é todos os dias no almoço e jantar. E ajuda	(1ª ideia) Boa alimentação e medicamentos. C (1ª ideia) Importância do “fazer o certo” para viver mais. E

	<p>muito, porque eu acho que se eu estivesse do jeito que eu era, ... esse diabetes era capaz de estar lá “pelos 500” (medida da glicemia) (risos).</p>	
<p>Pessoa idosa 14- (79 anos, sexo feminino, ex-professora, aposentada)</p>	<p>...a alimentação é muito importante né, se ela não fosse uma alimentação boa, tudo bem direitinho a pessoa não viveria mais do que ... né. ... gente que tem os dentes bons, alimenta bem, dorme bem, aí ela vive mais. Quem tem os dentes ruins, alimenta mal ...</p>	<p>(1ª ideia) Boa alimentação como fator para a pessoa viver mais. B</p>
<p>Pessoa idosa 15- (71 anos, sexo feminino, ex-cuidadora de idosos, aposentada)</p>	<p>...acho que a pessoa que alimenta melhor, por exemplo, a pessoa que alimenta regularmente ali vai ser o café da manhã, o almoço, às vezes não precisa nem jantar, mas se chegar tarde faz um lanchinho... tem gente que não pode jantar, igual eu mesma, eu não posso jantar porque eu tenho refluxo ...pessoa que tem uma alimentação regrada, que tem um exercício físico ...uma pessoa ... que não preocupa muito... acho que a pessoa assim que vive melhor, ...bem alimentada, não está muito preocupada, a cabeça está boa e a pessoa dorme melhor...</p>	<p>(1ª ideia) Integração de alimentação regrada, exercitar-se, dormir melhor para viver mais. C</p> <p>(1ª ideia) Não se preocupar, cabeça boa. D</p>
<p>Pessoa idosa 16- (68 anos, sexo feminino, ex-professora, aposentada)</p>	<p>... sabendo levar essa vida assim com equilíbrio tanto na alimentação, até na sua... vida, você vai sair com os amigos, coisa assim, muita gente gosta que você bebi, que você faz uso daquilo lá, um cigarro de tudo mais assim e eu procuro sempre distanciar de pessoas assim... para ter uma vida longa é preciso cuidar da saúde.</p>	<p>(1ª ideia) Equilíbrio na alimentação e na vida. E</p> <p>(2ª ideia) Para ter uma vida longa, é preciso cuidar da saúde. C</p>

Pessoa idosa 17- (78 anos, sexo feminino, ex-costureira, aposentada)	...então Deus é que sabe, mas eu quero viver bem... viver bastante e doente não compensa. ... se souber alimentar vive mais.	(1ª ideia) Divindade. A (2ª ideia) Boa alimentação reconhecida como fator de longevidade. B
Pessoa idosa 18- (83 anos, sexo feminino, ex-servidora pública municipal-auxiliar de serviços gerais, aposentada)	... alimentação ajuda na vida ... porque previne de doenças e dá suporte também né, dá alegria de viver, ...acho que não é só alimentação porque tem o temperamento né,...	(1ª ideia) Boa alimentação é importante para dar suporte e alegria de viver. B (2ª ideia) Valorização do temperamento para se viver mais. D

Fonte: Elaborada pelos autores (2022). Nota: Letras iguais representam ideias similares para a pergunta norteadora III.

Pergunta norteadora III: Fale sobre comida e viver mais		
Participante	Subtemas gerados para cada grupo de ideias centrais/códigos iniciais similares	Ideias centrais/códigos iniciais semelhantes
Pessoa idosa 1	A- Valorização do imponderável.	Valorização do imponderável.
Pessoa idosa 17		Divindade.
Pessoa idosa 2	B- Boa alimentação para o prolongamento da vida.	Boa alimentação influencia na saúde e no viver mais.
Pessoa idosa 3		Boa alimentação é “esperança” para o prolongamento da vida.
Pessoa idosa 4		Alimentação frugal e saudável é importante sem exageros, comida regrada.
Pessoa idosa 6		Boa alimentação e boa saúde para se vive mais.
Pessoa idosa 9		Alimentação tende a ter valor absoluto.
Pessoa idosa 10		Boa alimentação como fundamento de viver mais.
Pessoa idosa 12		Contribuição da alimentação natural, sem agrotóxicos para o prolongamento da vida.
Pessoa idosa 14		Boa alimentação como fator para a pessoa

		viver mais.	
Pessoa idosa 17		Boa alimentação reconhecida como fator de longevidade.	
Pessoa idosa 18		Boa alimentação é importante para dar suporte e alegria de viver.	
Pessoa idosa 5	C- Interação entre alimentação saudável e outros determinantes como fator para se viver mais.	Boa alimentação, dormir bem e manter-se no “normal” faz viver mais.	
Pessoa idosa 7		Boa alimentação e ter bons hábitos para viver mais.	
Pessoa idosa 8		Boa alimentação e uso correto de medicamentos faz viver mais.	
Pessoa idosa 11		Alimentação natural e exercício.	
Pessoa idosa 13		Boa alimentação e medicamentos.	
Pessoa idosa 15		Integração de alimentação regrada, exercitar-se, dormir melhor para viver mais.	
Pessoa idosa 16		Equilíbrio na alimentação e na vida para ter uma vida longa, é preciso cuidar da saúde.	
Pessoa idosa 7		D- Bem-estar mental	Importância da despreocupação.
Pessoa idosa 15			Não se preocupar, cabeça boa.
Pessoa idosa 18	Valorização do temperamento para se viver mais.		
Pessoa idosa 9	E- Equilíbrio e disciplina	Equilíbrio e disciplina.	
Pessoa idosa 11		Equilíbrio.	
Pessoa idosa 13		Importância do “fazer o certo” para viver mais.	
Pessoa idosa 16		Equilíbrio na alimentação e na vida.	

APÊNDICE H – Critérios para relatar pesquisa qualitativa

Nº do item	Tópico	Informações da presente pesquisa
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade		
	Características pessoais	
1	Entrevistador/facilitador	Micaela Aparecida Teodoro
2	Credenciais	Graduada em nutricionista.
3	Ocupação	Mestranda no programa de pós-graduação em Nutrição e Longevidade.
4	Gênero	Sexo feminino.
5	Experiência e treinamento	A entrevistadora foi devidamente treinada antes da aplicação do protocolo de pesquisa.
	Relacionamento com os participantes	Buscou se manter o mais neutra possível na abordagem com os participantes, para minimizar possíveis vieses durante a coleta de dados.
6	Relacionamento estabelecido	Não foi estabelecido relacionamento com os participantes antes do início do estudo, apenas contato prévio para realizar o convite de participação no estudo.
7	Conhecimento do participante sobre o entrevistador	Os participantes sabiam apenas que se tratava de uma pesquisa de mestrado na área de alimentação.
8	Características do entrevistador	Alguns participantes questionaram qual a formação acadêmica da entrevistadora, sendo necessário informar que era nutricionista.
Domínio 2: Conceito do estudo		
	Estrutura teórica	
9	Orientação metodológica e teoria	Análise temática.
	Seleção de participantes	
10	Amostragem	Amostragem por bola de neve determinada por conveniência.
11	Método de abordagem	Os participantes foram abordados por contato telefônico

		e por indicação de outros participantes.
12	Tamanho da amostra	Foram incluídos no estudo 18 participantes.
13	Não participação	Se recusaram a participar da pesquisa cerca de 2 participantes, declarando indisponibilidade de tempo para a segunda etapa do estudo (abordagem qualitativa).
	Cenário	
14	Cenário da coleta de dados	Os dados foram coletados no domicílio dos participantes.
15	Presença de não participantes	No momento da coleta de dados estavam presentes apenas entrevistadora e participante.
16	Descrição da amostra	Foram incluídos na pesquisa pessoas com 60 anos ou mais que apresentaram autonomia para responder as questões norteadoras durante a realização da entrevista.
	Coleta de dados	
17	Guia da entrevista	As entrevistas foram realizadas com o apoio das seguintes questões norteadoras, definidas após realização de teste-piloto: “Fale sobre saúde”; “Fale sobre alimentação” e ‘Fale sobre comida e viver mais”.
18	Repetição de entrevistas	Não foram realizadas entrevistas repetidas.
19	Gravação audiovisual	Foi utilizado gravador de áudio para coleta de dados, com intuito de auxiliar nas posteriores análises permitindo a transcrição literal das falas dos participantes.
20	Notas de campo	Foram realizadas anotações de campo após a realização de cada entrevista.
21	Duração	Cada entrevista teve duração média de 30 minutos, considerando a apresentação da pesquisa e instruções iniciais.
22	Saturação de dados	A saturação dos dados foi determinada ao se perceber falas reincidindo nos discursos dos participantes.
23	Devolução de transcrições	As transcrições não foram devolvidas aos participantes para posteriores comentários, foram analisadas apenas pelos autores.
Domínio 3: Análise e resultados		

	Análise de dados	
24	Número de codificadores de dados	2 pesquisadores
25	Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação.
26	Derivação de temas	Os temas foram derivados dos dados.
27	Software	Não foi usado software.
28	Verificação do participante	Até o momento não foi possível que os participantes fornecessem feedback sobre os resultados.
	Relatório	
29	Citações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados. Quando se usou trechos das falas essas foram devidamente identificadas.
30	Dados e resultados consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados.
31	Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados.
32	Clareza de temas secundários	Há descrição dos temas secundários.

Nota: Adaptado pelos autores de Souza *et al.*, 2021, p.5. (2022).

ANEXO A – Comprovante de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Consumo alimentar entre longevos

Pesquisador: SINÉZIO INÁCIO DA SILVA JÚNIOR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50137621.9.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.032.028

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação Stricto sensu –Mestrado em Nutrição e Longevidade da Universidade Federal de Alfenas, onde os participantes do estudo serão pessoas idosas, com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados no banco de dados de outro projeto intitulado "Associação entre baixo nível de apoio social e o comprimento dos telômeros em idosos" também da UNIFAL-MG.

Declara financiamento próprio e não haver conflitos de interesses.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL:

Verificar se a percepção sobre consumo alimentar e a prática desse consumo se diferencia entre pessoas longevas e não longevas e se apresenta associação com o estado de saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio demograficamente os entrevistados;
- Verificar a autopercepção dos entrevistados sobre o estado de saúde;
- Verificar possíveis diferenças na avaliação dos alimentos/preparações em relação à relevância dos critérios "prazer", "saúde", "conveniência", "preço" e "tradição" como determinantes de escolha alimentar entre o grupo de pessoas "longevas" e "não

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 5.032.028

longevas" entrevistadas;

- Verificar se existe relação entre a prevalência de doenças crônicas e menor relevância atribuída ao critério "saúde" na escolha dos alimentos/preparações em geral e para aqueles considerados "protetores para a saúde" segundo recomendações atuais;
- Verificar possíveis diferenças na valoração da relevância dos critérios de escolha alimentar "prazer", "saúde", "conveniência", "preço" e "tradição" entre os diferentes alimentos/preparações;
- Estudar a percepção que os entrevistados têm sobre a relação entre saúde e consumo alimentar.

Os objetivos se apresentam:

- a. claros e bem definidos;
- b. coerentes com a propositura geral do projeto;
- c. exequíveis (considerando tempo, recursos e métodos)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Somente participarão deste estudo idosos (as) que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). A etapa de coleta de dados será realizada após a apreciação e a aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG, pela Plataforma Brasil. Esta pesquisa seguirá as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres Humanos, Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 (BRASIL, 2012).

Riscos. Este estudo não apresenta maior risco ao participante, podendo representar risco mínimo por poder causar algum desconforto pelo tempo dispendido para as entrevistas e eventual recordação de alguma experiência desagradável vivida pelo sujeito, relativa à temática do estudo ao responder questões referentes ao seu consumo e percepção alimentar. Para a minimização do risco mínimo citado, o sujeito poderá interromper e abandonar incondicionalmente as entrevistas ou, com a devida sensibilidade da pesquisadora, se fazer uma pausa ou remarcar a entrevista para outro dia, horário e local. O participante terá total liberdade para caso não queira responder quaisquer questões contida nos questionários ou pergunta utilizada para nortear as entrevistas.

As entrevistas serão feitas em horário mais conveniente para o entrevistado e em local reservado, de modo que as respostas sejam ouvidas apenas pelo(a)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 5.032.028

entrevistado(a) e pesquisadora. Dado o contexto da pandemia atual, o local deverá ser bem ventilado, os participantes e a pesquisadora usarão máscara e manterão uma distância de 1,5 m entre si. Antes de adentrar no local da coleta se fará a higienização das mãos com álcool gel, este ficará sempre disponível durante as entrevistas caso seja necessário nova higienização das mãos tanto da pesquisadora quanto dos participantes. Os instrumentos usados para a coleta dos dados (gravador, caneta, papel) serão manipulados apenas pela pesquisadora. O gravador utilizado para a entrevista gravada será previamente revestido externamente por filme plástico que será higienizado com álcool 70% anteriormente a cada entrevista. Após cada entrevista o equipamento será novamente higienizado com álcool 70% e o filme plástico usado será devidamente descartado. A balança utilizada será higienizada previamente com álcool 70% anteriormente a cada entrevista. Após cada entrevista o equipamento será novamente higienizado com álcool 70%. No momento da aferição a balança será posicionada, sendo preservado o distanciamento de 1,5 m entre os idosos e a pesquisadora.

Benefícios. Como benefícios, pode-se destacar: a oportunidade para o entrevistado de externar e refletir sobre seu consumo e percepção alimentar, colaborando, desta forma, para uma maior conscientização e organização de seu pensar, sentir e agir sobre sua alimentação; a produção de informação poderá ajudar no aprimoramento de estratégias e ações para a promoção da saúde.

Análise CEP:

Os riscos foram devidamente considerados com medidas de respeito aos participantes conforme as resolução 466/2012; foram considerados para a coleta de dados os Protocolos de pesquisa no período da pandemia do Coronavírus (COVID-19). Para cada risco descrito, o pesquisador apresentou uma correta ação minimizadora/corretiva desse risco.

Os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- a. O Método da pesquisa está adequado aos objetivos do projeto e está atualizado;
- b. Referencial teórico da pesquisa está atualizado e é suficiente para aquilo que se propõe;
- c. Cronograma de execução da pesquisa está coerente com os objetivos propostos e está adequado ao tempo de tramitação do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presente e adequado;

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS**



Continuação do Parecer: 5.032.028

- b. Termo de Assentimento (TA) – não se aplica;
- c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – não se aplica;
- d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – presente e adequado;
- e. Termo de Anuência Institucional (TAI) – presente e adequado;
- f. Folha de rosto - presente e adequada;
- g. Projeto de pesquisa completo e detalhado – presente e adequado;
- h. Termo de compromisso para execução de projeto em tempos de pandemia - presente e adequado;

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendação de aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após análise a coordenação do CEP emite parecer ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1794668.pdf	25/09/2021 17:08:11		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DO_PROJETO_adequado.pdf	25/09/2021 17:07:00	SINEZIO INÁCIO DA SILVA JÚNIOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_CEP_adequado.pdf	25/09/2021 17:06:45	SINEZIO INÁCIO DA SILVA JÚNIOR	Aceito
Outros	CARTA_AO_CEP.pdf	25/09/2021 16:58:55	SINEZIO INÁCIO DA SILVA JÚNIOR	Aceito
Declaração de concordância	TCUD_assinado.pdf	24/09/2021 17:37:14	SINEZIO INÁCIO DA SILVA JÚNIOR	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_COMPROMISSO.pdf	26/07/2021 10:47:29	SINEZIO INÁCIO DA SILVA JÚNIOR	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Compromisso_PANDEMIA.pdf	26/07/2021 10:46:07	SINEZIO INÁCIO DA SILVA JÚNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/07/2021 10:38:53	SINEZIO INÁCIO DA SILVA JÚNIOR	Aceito
Declaração de	TAI.pdf	26/07/2021	SINEZIO INÁCIO DA SILVA JÚNIOR	Aceito

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 5.032.028

Instituição e Infraestrutura	TAI.pdf	10:38:37	SILVA JÚNIOR	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	26/07/2021 10:35:53	SINEZIO INACIO DA SILVA JÚNIOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 11 de Outubro de 2021

Assinado por:
DANIEL AUGUSTO DE FARIA ALMEIDA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br