



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA**

**ALINE ALMEIDA SANTANA DE OLIVEIRA**

**ESTIMATIVA DOS HÁBITOS ALIMENTARES E DO USO DE  
MEDICAMENTOS: IDOSOS RESIDENTES EM UMA INSTITUIÇÃO DE  
LONGA PERMANÊNCIA DO ESTADO DE SERGIPE – SE**

**SÃO CRISTÓVÃO  
2017**

**ALINE ALMEIDA SANTANA DE OLIVEIRA**

**ESTIMATIVA DOS HÁBITOS ALIMENTARES E DO USO DE  
MEDICAMENTOS: IDOSOS RESIDENTES EM UMA INSTITUIÇÃO DE  
LONGA PERMANÊNCIA DO ESTADO DE SERGIPE – SE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Farmácia da Universidade de Sergipe, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, como requisito para conclusão do curso de Farmácia.

Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Aurélia Santos Faraoni

**SÃO CRISTÓVÃO  
2017**

## RESUMO

O presente estudo se propõe a estimar o perfil alimentar e o uso de medicamentos dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência do estado de Sergipe - SE. Deste modo este estudo é observacional, descritivo com delineamento transversal realizado com todos os idosos da instituição. Para tanto, utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário semiestruturado, que foi aplicado aos idosos com capacidade de compreensão e comunicação verbal e com funções cognitivas preservadas. Aos demais idosos os dados foram coletados por meio de prontuários e autorização da instituição. A coleta foi realizada no segundo semestre de 2016 e no primeiro semestre de 2017 e envolveu 73 idosos, sendo 56,16% do sexo feminino e 43,8% do sexo masculino. Observou-se que os pacientes ingerem grande quantidade de leite e derivados, além de pães e cereais o que podem levar a uma baixa absorção de vitaminais. Estes hábitos alimentares por sua vez refletem no índice de massa corporal (IMC) dos idosos. Onde 34% das mulheres e 47,2% dos homens apresentam um índices de Sobrepeso e 6% homens e 17% mulheres apresentam Obeso I. Constatou-se ainda segundo a classificação feita de acordo com a *Anatomical Therapeutic Code (ATC)* que 27,92% dos idosos fazem uso de medicamentos para o Sistema nervoso Central (SNC) e 23,13% e para o aparelho cardiovascular. Neste contexto, percebeu-se que os idosos assistidos tem em sua maioria um estado nutricional adequado e fazem uso de medicamentos prescritos. Contudo é importante a presença de um farmacêutico na equipe de saúde da instituição, pois dentro de todo e qualquer tratamento de saúde de pacientes o farmacêutico é fundamental nos cuidados para com os mesmos.

**Palavras-chave:** Idoso. Saúde. Hábitos alimentares.

## SUMMARY

The present study proposes to estimate the dietary profile and the drug use of the elderly living in a long - stay institution in the state of Sergipe - SE. In this way this study is observational, descriptive with cross - sectional design performed with all the elderly of the institution. For this purpose, a semi-structured questionnaire was used as a data collection instrument, which was applied to the elderly with verbal comprehension and communication skills and with preserved cognitive functions. To the other elderly, the data were collected through medical records and authorization from the institution. The collection was carried out in the second half of 2016 and in the first half of 2017 and involved 73 elderly people, 56.16% female and 43.8% male. It was observed that patients ingest large quantities of milk and milk products, as well as breads and cereals, which can lead to a low absorption of vitamins. These eating habits in turn reflect on the body mass index (BMI) of the elderly. Where 34% of the women and 47.2% of the men present an overweight index and 6% men and 17% women present Obese I. It was also found according to the classification made according to the Anatomical Therapeutic Code (ATC) that 27, 92% of the elderly use drugs for the Central Nervous System (CNS) and 23,13% for the cardiovascular system. In this context, it was noticed that the elderly people assisted in the majority have an adequate nutritional state and make use of prescription drugs. However, the presence of a pharmacist is important in the health team of the institution, because within any and every health treatment of patients the pharmacist is fundamental in the care for them.

Keywords: Elderly. Health. Eating habits.

## SUMÁRIO

<b>1 – INTRODUÇÃO.....</b>	<b>06</b>
<b>2 – METODOLOGIA.....</b>	<b>08</b>
<b>3 – RESULTADO E DISCUSSÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>4 – CONCLUSÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>5 – BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>20</b>
<b>6 – ANEXOS.....</b>	<b>23</b>
<b>7 – APÊNDICE.....</b>	<b>29</b>

## 1 – INTRODUÇÃO

O dado mais atual no Brasil referente à população idosa consta que o ritmo de crescimento da terceira idade tem sido sistemático e consistente. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2009, o País contava com uma população de cerca de 21 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade, no ano de 2009. (IBGE, 2010).

Porém estima-se que até o ano de 2025 o Brasil terá a sexta maior população idosa do mundo com cerca de 32 milhões de idosos. Esta população encontra-se presente principalmente nos grandes centros urbanos (IBGE, 2010). Ainda que envelhecer constitua um processo natural, o envelhecimento não ocorre de forma generalizada. Cada idoso é um ser único que, ao longo do seu curso de vida, foi e continua sendo influenciado por acontecimentos de ordem biológica, psicológica, social, cultural, que interferem no seu modo de viver (KUZNIER, 2007).

No que concerne à população brasileira, nos últimos 40 anos, ocorreram intensas transformações sociais e econômicas, como o acesso e a reorientação dos serviços de saúde, bem como a melhoria do poder aquisitivo das famílias de menor renda, que repercutiram nos modos de vida, principalmente nos padrões de consumo e de saúde (ALMEIDA, 2014). Apesar da melhoria recente do estado nutricional do brasileiro decorrente dos ganhos econômicos e da grande expansão de serviços e programas de saúde, a má nutrição ainda persiste especialmente nas regiões norte e nordeste, onde a distribuição de renda apresenta significativa disparidade quando comparada as regiões sul, sudeste e centro-oeste (CABRAL, 2013).

Com relação aos idosos, sujeito desta pesquisa, é grande o risco de ocorrência da desnutrição, em virtude da mudança dos hábitos alimentares por alterações nas papilas gustativas e diminuição do apete. A desnutrição é uma característica marcante, sendo um

problema relevante que influi no aumento da susceptibilidade a infecções e redução da qualidade de vida, além de contribuir para grande número de óbitos. O risco da mortalidade por desnutrição no Brasil durante a velhice vem crescendo, relacionado a problemas sociais e desigualdades no acesso a alimentação adequada (OTERO et al., 2002; REZENDE et al., 2010).

Contudo, o envelhecimento produz várias alterações fisiológicas que, por sua vez, alteram as necessidades nutricionais e afetam o estado nutricional. A coexistência de doenças crônicas e/ou a utilização de fármacos podem acentuar as possíveis disparidades entre as necessidades de nutrientes e a ingestão dietética e em consequência causar desnutrição (WIDTH; REINHARD, 2011). Os idosos em geral devem ter mais atenção e cuidado, pois a saúde e a longevidade estão relacionadas ao estado nutricional e hábitos alimentares.

Com envelhecimento, ocorre Redução progressiva de todos os compartimentos corporais: massa magra (que inclui massa muscular, água e tecido ósseo) e massa gordurosa (em relação à quantidade absoluta – Kg). A diminuição da massa muscular ocorre em velocidade maior que a da massa gordurosa, em especial, nos membros superiores e inferiores, principalmente, devido à redução da atividade física (MARUCCI; ALVES; GOMES, 2010).

Diante do exposto, a presente pesquisa tem como objetivo estimar o perfil alimentar e o uso de medicamentos pelos idosos residentes em uma instituição de longa permanência do estado de Sergipe. Desta forma, pretende-se estudar os hábitos de consumo alimentar dos mesmos, caracterizando o seu perfil.

## **2 – METODOLOGIA**

O trabalho foi realizado em uma instituição de longa permanência do estado de Sergipe onde os idosos são assistidos por médicos e enfermeiros. A instituição informou que também conta com o auxílio de um nutricionista. Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário adaptado de Chagas (2013), semiestruturado. Este questionário conteve

perguntas fechadas sobre dados sócio demográficos, e questões abertas e fechadas sobre hábitos alimentares e consumo medicamentoso. Já com relação aos alimentos este trabalho baseou-se exclusivamente na dieta oferecida pelo asilo. Os alimentos foram subdivididos em 5 grupos alimentares (Grupo de Leites e Derivados; Grupo de Pães e Cereais; Grupo dos Açúcares, Gorduras e Bebidas o qual inclui frutas e vegetais; Grupo das Leguminosas; Grupo das Carnes e Ovos).

Os medicamentos foram classificados pela *Anatomical Therapeutic Chemical Code* (ATC), instrumento responsável pela classificação de ação dos medicamentos desde os níveis anatômicos aos níveis químicos.

Com relação aos parâmetros antropométricos, foram coletados peso e altura de todos os idosos participantes do estudo, sendo calculado o índice de massa corporal (IMC), por meio da fórmula descrita abaixo (I). O estado nutricional dos idosos foi avaliado por meio do percentil de índice de massa corporal para idade (IMC/I) e classificado, conforme os pontos de corte propostos a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, em sete categorias: baixo peso (magreza), peso normal (eutrofia), sobrepeso, obeso I, obeso II e obeso III.

$$\text{IMC} = \text{Kg.m}^{-2} \quad (\text{I})$$

Onde:

IMC: índice de massa corporal

Kg: peso atual em quilograma

m: altura em metros

O questionário foi aplicado aos idosos com capacidade de compreensão e comunicação verbal e com funções cognitivas preservadas. Aos demais idosos os dados foram coletados por meio de prontuários (coleta referente a medicamentos) e dados referentes à alimentação foram coletados com a equipe de enfermagem, todo procedimento foi autorizado pelo responsável legal da instituição.



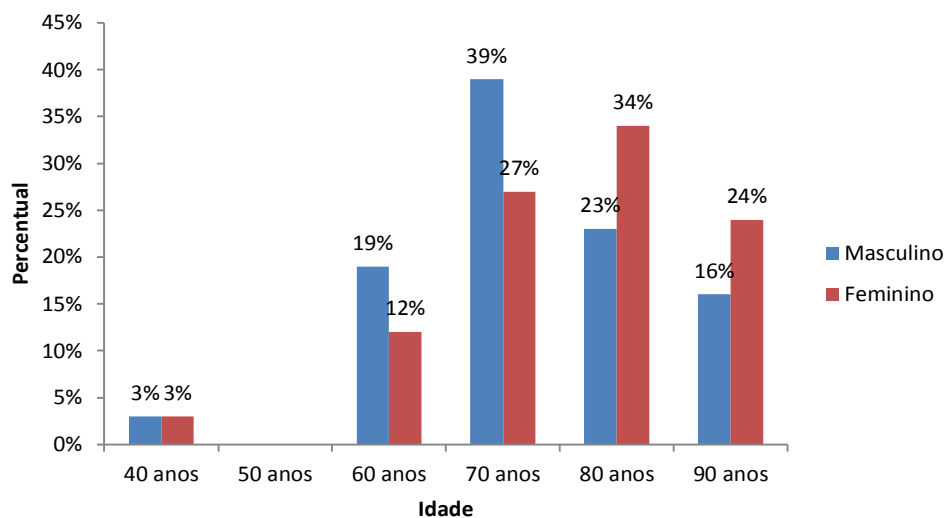
As informações que foram obtidas por meio da aplicação dos instrumentos de coletas de dados para cada indivíduo foram avaliados por meio de análise descritiva.

A seguinte pesquisa foi submetida à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe e aprovado sob o nº CAAE 63170316.8.0000.5546 em 08 de maio de 2017.

### 3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na instituição onde foi aplicada a pesquisa os idosos somam um total de 73 sendo que a maior parte era do sexo feminino (56,16%) e 43,8% do sexo masculino. No entanto a maior parte dos pacientes do sexo masculino encontram-se na faixa etária dos 70 anos, com 39% e o sexo feminino na faixa etária dos 80 anos com 34%. (Gráfico1).

**Gráfico 1- Percentual por idade de Idosos Residentes em uma instituição de longa permanência do estado de Sergipe.**



Fonte: Almeida, Aline

Nesta pesquisa pode-se perceber a idade elevada dos idosos assistidos na instituição de longa permanência do estado de Sergipe, onde 24% das mulheres e 16% dos homens estão na faixa etária dos 90 anos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) corrobora esta pesquisa, pois a mesma prevê que até o ano de 2025, pela primeira vez na

história, existirá uma proporção maior de idosos em relação à crianças no planeta. Tendo ainda como principal motivo desse aumento da perspectiva média de vida, o avanço da medicina e a melhora na qualidade de vida. Sendo assim, o grupo de pessoas acima de sessenta anos torna-se cada vez mais numeroso na população brasileira, e estima-se que até o ano de 2025 o Brasil ocupe o sexto lugar no ranking mundial de envelhecimento populacional (IBGE, 2000).

Para Brêtas (2003, p. 298):

O envelhecimento é um processo complexo, pluridimensional, revestido por aquisições individuais e coletivas, fenômenos inseparáveis e simultâneos. Por mais que o ato de envelhecer seja individual, o ser humano vive na esfera coletiva e como tal, sofre as influências da sociedade. A vida não é só biológica, ela é social e culturalmente construída, portanto pode-se dizer que os estágios da vida apresentam diferentes significados e duração.

Assim o aumento expressivo do número de idosos traz um benefício que é o aumento da longevidade e um desafio que será a manutenção de condições de saúde e da qualidade de vida (IBGE, 2010; BRASIL, 2012).

Com relação aos fármacos 75,34% dos idosos fazem uso de três ou mais medicações diferentes. No que diz respeito à mobilidade dos idosos, constatou-se que 49,31% dos mesmos têm sua mobilidade em leito ou cadeira de rodas e que apesar do bom tratamento 10,96% deste apresentam escaras. Por meio do questionário foi observado que 52,05% dos entrevistados passaram por algum estresse psicológico e que 42,46% tem demência leve (Tabela 1).

Esta porcentagem elevada de uso de medicamentos por idosos que estão em asilos é legitimada em Aguiar, et al (2008) onde a prevalência do uso de medicamentos foi de 87,2% e em Juarez, et al (2007) que obteve o resultado de 78,2% dos idosos fazem uso de 3 ou mais medicamentos e ainda verificou-se que 67,2% realizam suas atividades com dificuldades e observou-se que 31,9% apresentavam algum grau de dependência.

**Tabela 1. Distribuição das frequências das variáveis: Mobilidade, Medicamentos diferentes, Escaras, Estresse Psicológico, Problema Neuropsicológicos.**

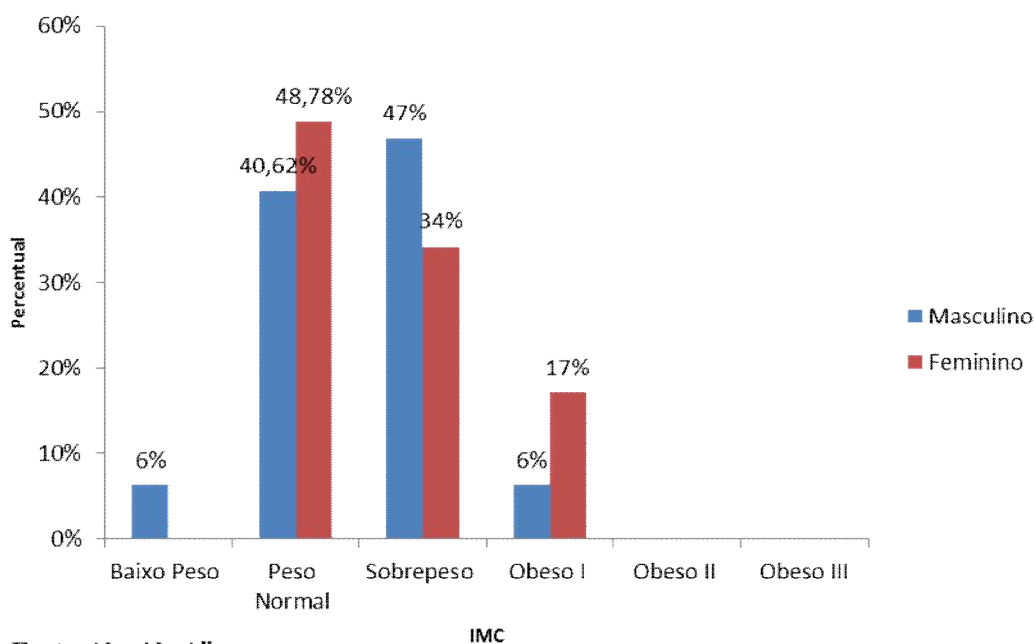
Variável	Frequência	%
<b>3 medicamentos diferentes ou mais</b>		
Sim	55	75,34
Não	18	24,66
Total	73	100
<b>Mobilidade</b>		
Normal	26	35,62
Leito ou cadeira de rodas	36	49,31
Deambula	11	15,07
Total	73	100
<b>Escaras</b>		
Sim	08	10,96
Não	65	89,04
Total	73	100
<b>Estresse psicológico</b>		
Sim	38	52,05
Não	35	47,95
Total	73	100
<b>Problema neuropsicológicos</b>		
Demência ou depressão grave	12	16,44
Demência leve	31	42,46
Sem problemas psicológicos	30	41,10
Total	73	100

Outro parâmetro avaliado foi o índice de massa corporal (IMC) que é o método comumente utilizado para diagnosticar o sobrepeso e obesidade. Nesta pesquisa, utilizou a classificação para adultos definida pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica onde: índice de 18,5 baixo peso (magreza), 18,6 - 24,9 peso normal (eutrofia), 25,0 - 29,9 sobrepeso, 30,0 - 34,9 obeso I, 35,0 - 39,9 obeso II e acima de 40,00 obeso III.

A pesquisa demonstrou que 45,20% dos idosos entrevistados apresentaram índice de massa corporal normal ( entre 18,5 – 24,9) . Dentre os idosos avaliados 6% do sexo masculino e 17% do sexo feminino, apresentam IMC na faixa de 30 a 34,9 que caracteriza obeso I (Gráfico 3). A baixa mobilidade e a elevada ingestão de carboidratos são fatores que podem ter contribuído para a obesidade destes idosos.

Corroborando, Martins, et al (2016) ao investigarem o consumo alimentar do idoso e sua associação com o estado nutricional, constataram que o carboidrato se apresentou diretamente proporcional ao IMC. Ainda segundo os mesmos, a ingestão aumentada de carboidrato, especialmente os de rápida absorção, favorece um desequilíbrio entre a oferta de lipídeos e os demais nutrientes, possibilitando o estabelecimento de hipercolesterolemia, hiperinsulinemia, hipertrigliceridemia, ocorrência da doença cardiovascular e cânceres (Teixeira e colaboradores, 2013; Martins, et al 2016).

**Gráfico 3 – IMC dos Idosos Residentes em uma instituição de longa permanência do estado de Sergipe.**



Com relação às medidas antropométricas (MA), que estão relacionadas a perda de massa muscular, foram encontrados os seguintes valores: 47,94% apresentaram a circunferência do braço (CB) > 22cm, em 52,05% à circunferência da panturrilha (CP)  $\geq$  31cm, esta medida de panturrilha demonstra que os idosos da instituição pesquisada encontram-se eutrofos, segundo Coelho (2008) que estabelece  $>31$  eutrofia e  $\leq 31$  perda de massa muscular (desnutrição) (TABELA 2). Existem várias mudanças que são naturais na velhice, como a diminuição do vigor físico, que pode estar relacionado dentre outros fatores à perda de massa muscular. Contudo isto não significa adoecimento ou falta de saúde, constitui-se apenas alteração fisiológica normal atribuída ao processo de envelhecer. Mesmo com um relativo declínio das capacidades funcionais no idoso, o mesmo pode desfrutar de um envelhecimento saudável e promissor (KUZNIER, 2007).

No que tange à parte que envolve a alimentação 87,67% dos idosos não apresentaram diminuição na ingestão de alimentos, 100% dos pacientes fazem as três refeições diárias, com consumo de leite e derivados, legumes e ovos, carnes, peixes, aves, frutas e vegetais. Já 90,41% não sabem dizer se tem algum problema nutricional, no geral 71,23% consomem mais de cinco copos de líquido por dia e 72,60% se alimentam sozinhos sem dificuldade nenhuma (TABELA 2).

Em estudo comparativo de idosos institucionalizados e não institucionalizados avaliados pela MAN (Mini Avaliação Nutricional), realizado por Spinelli, Zanardo e Schneider (2010), foi observado um maior risco de desnutrição em grupos de idosos institucionalizados. Resultados estes que corroboram os achados de Ribeiro (2011), que constatou maior risco de desnutrição em idosos institucionalizados e maior índice de sobrepeso e obesidade em idosos não institucionalizados.

Entretanto, a principal diferença dos idosos institucionalizados para os não institucionalizados é que em asilo há todo um cuidado com a alimentação dos idosos que tem um cardápio nutricional preparado por nutricionistas de acordo com suas

necessidades nutricionais. No entanto, devido ao estado debilitado dos idosos muitos podem vir a desenvolver a desnutrição, mesmo com todo o cuidado.

**Tabela 2. Distribuição das frequências das variáveis: Circunferência do Braço (CB), Circunferência da Panturrilha CP, Ingestão Alimentar, Perda de Peso, Alimentação, Consumo, Problema Nutricional, Consumo de Líquido e Modo de se Alimentar.**

Variável	Frequência	%
<b>Circunferência do Braço</b>		
CB < 21	15	20,55
21 ≤ CB ≤ 22	3	31,51
CB > 22	35	47,94
Total	73	100
<b>Circunferência da Panturrilha</b>		
CP < 31	35	47,95
CP ≥ 31	38	52,05
Total	73	100
<b>Ingestão alimentar</b>		
Diminuição moderada da ingesta	08	10,96
Sem diminuição da ingesta	64	87,67
Diminuição severa	01	01,37
Total	73	100
<b>Perda de peso</b>		
Entre 1 e 3 quilos	07	09,59
Sem perda de peso	62	84,93
Mais de 3 quilos	02	02,74
Não sabe informar	02	02,74
Total	73	100
<b>Alimentação</b>		
3 refeições diárias	73	100
<b>Consumo</b>		
Leite e derivados	73	100
Legumes e ovos	73	100
Carnes, peixe ou aves	73	100
Frutas ou vegetais	73	100
<b>Problema nutricional</b>		
Acredita estar desnutrido	04	05,48
Não sabe dizer	66	90,41
Acredita não ter problemas nutricional	03	04,11
Total	73	100
<b>Consumo de líquido</b>		
Mais de 5 copos	52	71,23
3 a 5 copos	20	27,40
Menos de 3 copos	01	01,37
Total	73	100
<b>Modo de se alimentar</b>		
Alimentar-se sozinho sem dificuldade	53	72,60
Não é capaz de se alimentar sozinho	09	12,33
Alimentar-se sozinho, com dificuldade	11	15,07
Total	73	100

Ao longo do o processo de envelhecimento, o corpo humano passa por diversas mudanças, como por exemplo, a redução do número de botões gustativos das papilas linguais, que em idosos acima dos 70 anos se apresentam em menos de cem (Martins, et al; 2016). Sendo assim, há uma sensível redução da sensibilidade por sabores primários como o doce, o amargo e o ácido, na terceira idade, o que leva os mesmos a apresentarem diminuição do consumo alimentar. Então visto esta mudança faz-se necessário a adaptação na alimentação dos idosos para que sua ingestão de alimentos não seja prejudicada. (CATÃO; XAVIER; PINTO, 2011; Martins, et al; 2016).

De tal modo os alimentos para essa faixa etária devem ser saborosos e com temperos naturais, pois como explicado anteriormente há redução das papilas gustativas. Muitas vezes, na tentativa de realçar o sabor, o idoso adiciona ao seu alimento um teor de sal relativamente maior, entretanto sabe-se que esta prática deve ser evitada devido aos malefícios causados pelo sódio. Com esse intuito de realçar o sabor dos alimentos deve-se fazer uso de produtos naturais, como por exemplo, ervas finas em substituição do sal (ROMAN; OLIVEIRA, 2013).

Dentre os 42 alimentos ofertados na instituição de longa permanência do estado de Sergipe – SE, pôde-se observar a quantidade de vezes que cada alimento é oferecido aos idosos durante a semana, mas não há controle da ingestão de quantidade e nem da periodicidade com que estes alimentos são ingeridos pelos idosos. Saad & Camargo (1989), admitem a necessidade de um atendimento diferenciado para a atenção à saúde do idoso. Os dados deste estudo sugerem que, o estado nutricional de idosos institucionalizados poderá ser melhorado por meio de medidas que promovam a adequada ingestão de alimentos.

Verificou-se que 15 alimentos são oferecidos 7 vezes por semana (mingau de aveia, mingau de cremogena, pão, café com leite, frutas, suco de frutas, frango, carne de boi, arroz, feijão, salada crua, água de coco, biscoito, leite e chá), o mingau de maisena é

oferecido 6 vezes na semana; as verduras cozidas são oferecidas 5 vezes na semana, ovos só 4 vezes na semana; as vitaminas de frutas e o cuscuz são oferecidos 3 vezes na semana; já a batata doce, macaxeira, inhame macarrão, carne de criação e o mingau de mucilon são oferecidos 2 vezes na semana; e tem 15 alimentos (mingau de puba, mingau de milho com aveia, iogurte natural, carne de soja, sopa com carne de boi ou frango, queijo, purê de batata, purê de abóbora, peixe, isca de fígado, bolo, arroz doce, pipoca, beiju de tapioca, torta salgada, mungunzá) que são ofertados apenas 1 vez por semana. Schuman (1998), comenta que algumas modificações dietéticas na alimentação dos idosos podem ser necessárias devido a mudanças fisiológicas que podem afetar a habilidade para digerir e absorver alimentos, contudo, o alimento deverá ser nutritivo e saboroso.

Segundo Jaime e Monteiro (2003), a ingestão deficiente de vitaminas e minerais, frequentemente observada neste grupo populacional, é decorrente da baixa ingestão de hortaliças e frutas, especialmente na forma cru. Entretanto um baixo consumo de frutas e hortaliças pode levar ao maior consumo de alimentos ricos em carboidratos. A baixa ingestão de alimentos crus por ser causado pela falta de dentes o que muitas vezes dificulta a sua mastigação (Ornelas, 2000). Nesta pesquisa foi constatado consumo de hortaliças cruas e um consumo maior de dos grupos de leite e derivados e pães e cereais.

Neste trabalho também foi realizado um levantamento dos medicamentos mais utilizados entre os idosos, que pode ser observado na tabela 4. Dentre os entrevistados, segundo ATC (primeiro nível), verificou-se que a frequência dos medicamentos para o sistema nervoso é de 105, desse modo 27,92% dos entrevistados faz uso do cloridrato de prometazina, onde são 9 mulheres e 6 homens. Seguindo da frequência dos medicamentos referente ao aparelho digestivo e metabolismo que é de 82, onde 21,80% dos mesmos utilizam omeprazol, onde são 12 mulheres e 2 homens. E posteriormente tem-se que a frequência de ingestão de medicamentos para o aparelho cardiovascular de 87, onde



23,13% faz uso de sivasantina, onde são 17 mulheres e 10 homens. Segundo a pesquisa realizada esses são os três medicamentos mais utilizados pelos idosos residentes em uma instituição de longa permanência do estado de Sergipe (Tabela 4).

Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa de Bueno (2012), onde os medicamentos utilizados em maior número pelos idosos encontram-se no grupo dos que atuam no sistema nervoso 29,1%, aparelho cardiovascular 27,3% e aparelho digestivo e metabolismo 21,4% evidenciando mais uma vez o alto uso de medicamentos para o sistema nervoso .

**Tabela 4. Distribuição dos medicamentos utilizados pelos idosos em residentes em uma instituição de longa permanência do estado de Sergipe – SE segundo ATC (primeiro nível).**

Classes	Frequência	%
1-Aparelho digestivo e metabolismo	82	21,80%
2-Sangue e órgãos hematopoiéticos	27	7,18%
3-Aparelho cardiovascular	87	23,13%
4-Medicamentos dermatológicos	02	0,53%
5-Preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormonas sexuais e insulinas	01	0,26%
6-Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	04	1,06%
7-Sistema musculoesquelético	05	1,32%
8-Sistema nervoso	105	27,92%
9-Aparelho respiratório	07	1,86%
10-Órgãos dos sentidos	45	11,96%
11-Vários	11	2,92%
Total	376	100%

Pode-se observar neste estudo, que as mulheres são as que mais consomem medicamentos, dentre eles os mais consumidos são Sinvastatina 20mg, com 36,99% dos idosos consomem; O Omeprazol 20mg e AAS 100mg, com 19,18% dos idosos consomem; Prometazina 25mg, 17,81% dos idosos consomem entre outras medicações.

Portanto, foi observado que os idosos desta pesquisa fazem o uso racional de medicamentos, pois os mesmos são atendidos por médicos e acompanhados por enfermeiros o que constitui uma importante estratégia terapêutica a fim de compensar as alterações decorrentes do processo de envelhecimento ou controlar as doenças crônicas frequentes na terceira idade. Assim segundo Goulart et al (2014), o acompanhamento farmacoterapêutico do idoso é fundamental para a promoção do uso racional de medicamentos, visando contribuir no processo educativo dos usuários acerca do conhecimento da sua terapia medicamentosa. Portanto, para tal acompanhamento, o farmacêutico é o profissional capacitado para orientar e conscientizar o paciente. Uma vez que, a atenção farmacêutica é uma modalidade de exercício profissional em que o farmacêutico assume um papel ativo em benefício do paciente, ajudando o prescritor na seleção apropriada e na dispensação dos medicamentos, ele assume, dessa forma, responsabilidade direta na colaboração com outros profissionais de saúde e com os pacientes, para alcançar o resultado terapêutico desejado (LULA et al, 2012. ; COSTA et al, 2014)

Campos, Monteiro e Ornelas (2000) trazem que o uso frequente de medicamentos pode prejudicar os processos de digestão, absorção e utilização dos nutrientes. Além disso, alguns efeitos adversos dos medicamentos também contribuem negativamente para o consumo alimentar. Nesta pesquisa foi constatado que 87,67% dos idosos não tiveram diminuição no apetite, 10, 96 sofreram um diminuição moderada na ingestão alimentar e somente 1,37% dos idosos teve uma diminuição severa no apetite, visto estes dados não pode ser relacionado à com o uso de medicamentos.

Portanto, para que o idoso tenha suas necessidades atendidas adequadamente faz-se primordial o trabalho em conjunto de uma equipe multidisciplinar de saúde composta por médicos, farmacêuticos, dentista, enfermeiros, psicólogos, psiquiatras,

fisioterapeutas, técnicos em enfermagem e educador físico todos trabalhando em prol da melhoria da qualidade de vida do idoso.

#### **4 – CONCLUSÃO**

Neste estudo conclui-se que:

- o grupo alimentar mais consumido é o de leite e derivado e de pães e massas e o menos é o grupo das leguminosas
- a maioria dos idosos são eutróficos (peso normal) possui índice de massa corporal (IMC) com 40,62% homens e 48,78% mulheres; com magreza 6% dos homens; estão com sobrepeso 34% das mulheres e 47,2% dos homens e ainda com obesidade grau 1, 17% das mulheres e 6% dos homens
- com relação a classificação ATC os 2 medicamentos mais utilizados foram para o sistema nervoso 27,92 % e aparelho cardiovascular 23,13%

Neste contexto, percebe-se que os idosos assistidos tem em sua maioria um estado nutricional adequado, uma vez que o cardápio foi elaborado por um nutricionista. Fazem uso de medicamentos prescritos, pois os mesmos são acompanhados por médicos e enfermeiros. Contudo é importante a presença de um farmacêutico na equipe de saúde da instituição, pois dentro de todo e qualquer tratamento de saúde de pacientes o farmacêutico é fundamental nos cuidados para com os mesmos.

#### **5- BIBLIOGRAFIA**

ABESO. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica**. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/imc>>. Acesso em: 02 dez. 2016.

ALMEIDA IALV. **Elementos para a Organização das ações de Alimentação e Nutrição na estratégia Saúde da Família**. Tese de doutorado (Nutrição Social). Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – UNB, Brasília, 2014.

BARROS VO, SILVA ML, GONÇALVES CC, TAVARES JS, SILVA ME, GUEDES ATL, et al. **Perfil alimentar de crianças com excesso de peso atendidas em unidades**

**básicas de saúde da família em Campina Grande-PB.** Alim.Nutr., Araraquara, v. 22, n. 2, p. 239-245, abr./jun. 2011.

BERLEZI, E. M. et al. **Programa de atenção ao idoso:** relato de um modelo assistencial. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 368-370, jun. 2011.

BERTIN RL, MALKOWSKI J, ZUTTER LCI, ULBRICH AZ. **Estado nutricional, hábitos alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares.** Rev Paul Pediatr 2010.

BERTIN, R. L. et al. Métodos de avaliação do consumo alimentar de gestantes: uma revisão. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 4, p. 383-390, dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de informação de agravos de notificação – Sinan:** normas e rotinas. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRÊTAS, A.C.P. **Cuidadores de idosos e o sistema único de saúde.** Rev. Bras. Enferm. Brasília, v. 56, n. 3, p. 298-301, mai./jun., 2003.

BUENO, Cristiane Schmalz, et. al. **Perfil de uso de medicamentos por idosos assistidos pelo Programa de Atenção ao Idoso (P.A.I.) da UNIJUÍ.** REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., RIO DE JANEIRO, 2012; 15(1):51-61

CABRAL MJ, VIEIRA KA, SAWAYA AL, FLORÊNCIO TMMT. **Perfil socioeconômico, nutricional e de ingestão alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família.** Estud. av. vol.27 no. 78; São Paulo, 2013.

CAMPOS MTFs, MONTEIRO JBR, ORNELAS APRC. **Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso.** R. Nutr. 2000.

CARVALHO, J.A.; CARVALHO, A.P.; ALVES, F.A. **Perfil Nutricional Associado ao Índice de Obesidade de Idosos do Centro de Saúde Sebastião Pinheiro Bastos, AAP-VR.** Volta Redonda – RJ. Revista Práxis, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 43-50, jan. 2009.

CHAGAS, Layana Rodrigues. **Estado Nutricional e consumo alimentar de idosos assistidos na estratégia saúde da família.** Orientador(a): Prof. Dr. Cristina Maria Miranda de Sousa - Teresina, 2013.

CATÃO, Maria Helena Chaves de Vasconcelos; XAVIER, Alidianne Fábila Cabral; PINTO, Tássia Cristina de Almeida. **O impacto das alterações do sistema estomatognático na nutrição do idoso.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, ano 9, nº 29, jul/set 2011.

COELHO, Adriana Keller. **Nutrição para Idosos.** Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Geriatria - CIAPE , 2008

COSTA, Evandro Medeiros; RABELO, Aneide Rocha de Marcos Rabelo; LIMA, José Gildo de Lima. **Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e**

**prevenção de agravos na atenção primária.** Rev Ciênc Farm Básica Apl., 2014;35(1):81-88

ENES CC, SLATER B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Rev Bras Epidemiol** 2010; 13(1): 163-71.

FRANGELLA, V. S.; MARUCCI, M. F. N; TCHAKMAKIAN, L. A., Idosos. In: ROSSI, L.; CARUSO, L.; GALANTE, A. P. **Avaliação Nutricional, Novas Perspectivas.** São Paulo: ROCA. Editora Roca, 2010.

FISBERG, R.M.; MARCHIONI, D.M.L.; COLUCCI, A.CA. **Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica.** ArqBrasEndocrinolMetab. São Paulo, v. 53, n. 5, p. 617-624, jun. 2009.

GOULART, Letícia Silveira; CARVALHO, Adriana Cristina; LIMA, Jaqueline Costa; PEDROSA, Juliana Mendes; LEMOS, Patrícia de Lima; OLIVEIRA, Rayanne Bezerra de. **Consumo de medicamentos por idosos de uma unidade básica de saúde de rondonópolis/mt.** Estud. interdiscipl. envelhec. Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 79-94, 2014.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Alimentares POF 2007-2010.** Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/>> Acesso em: 03 de maio de 2016.

IBGE. Censo demográfico de 2000. Pesquisa nacional por amostragem de domicílios. Rio de Janeiro, 2000.

JAIME PC; MONTEIRO CA. **Fruit and vegetable intake by Brazilian adults,** 2003.

LULA, J.F.; Pereira, M.M.A.; Presotto, M.C.; Vieira, R.A. **Atenção farmacêutica a pacientes hipertensos do asilo 'lar das velhinhas' no município de Montes Claros-MG Motricidade.** Vol. 8, núm. Supl. 2, 2012, pp. 197-203 Desafio Singular - Unipessoal, Lda Vila Real, Portugal.

KUZNIER, Tatiane Prette. **O significado do envelhecimento e do cuidado para o idoso hospitalizado e as possibilidades do cuidado de si.** Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Departamento de Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

MARTINS, Marcos Vidal; SOUZA, Jacqueline Danesio; FRANCO, Fernanda Silva; MARTINHO, Karina Oliveira; TINÓCO, Adelson Luiz Araújo. **Consumo alimentar de idosos e sua associação com o estado nutricional.** Revista, Juiz de Fora, v. 42, n. 2, p. 125-131, jul./ago. 2016.

MARUCCI, M. F. N. RENATA, P. A. GOMES, M. M. B. C. Nutrição em Gerontologia. In: SILVA, S. M. C. S. MURA, J. A. P. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia.** Ed. 2. São Paulo. Editora Roca; 2010

MORLEY JE. **Why do physicians fail to recognize and treat malnutrition in older persons?** J Am Geriatr Soc 1993.

OLIVEIRA, J.C.A.; TAVARES, D.M.S. **Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 44, n. 3, p.774-781, set. 2010.

OTERO, U. B.; ROZENFELD, S.; GADELHA, A. M.; CARVALHO, M. S. **Malnutrition mortality in the elderly, southeast Brazil, 1980-1997.** Rev. Saúde Publica, 36(2):141-8, 2002.

Ornelas APRC, Monteiro JBR, Campos MTF. **Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso.** Rev Nutr. 2000; 13(3): 157-165.

RIBEIRO, S. M. L. et al. **Análise vetorial de bioimpedância e estado nutricional de idosos de acordo com o índice de massa corporal.** Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 415 - 421. 2011.

REZENDE, E. M.; SAMPAIO, B. M.; ISHITANI, L. H.; MARTINS, E. F. & Vilella, L. C. **Mortality of malnourished elderly in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: a multidimensional analysis focusing on multiple causes of death.** Cad. Saude Publica, 26(6):1109-21, 2010.

ROMAM, Janesca A.; OLIVEIRA, Ana Flávia. **Nutrição para tecnologia e Engenharia de Alimentos.** Curitiba: CRV, 2013.

SANTOS, Fernando P.Vivian, Rosália Hernandez F. **Atenção ao idoso: ação multiprofissional em saúde.** Londrina: Ed Unifil, 2011.

SAAD PM, Camargo ABM. **O envelhecimento populacional e suas consequências.** São Paulo Perspect 1989.

SECOLI, Silvia Regina. **Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 63, n. 1, p. 136-140, jan./fev. 2010.

SILVESTRE, J.A.; COSTA, M.M. **Abordagem do idoso em Programas de Saúde da Família.** Cad. Saúde Pública, v.19, n.3, p.839-847. 2009.

SPINELLI, R.B.; ZANARDO, V.P.S.; SCHNEIDER, R.H. **Avaliação nutricional pela mini avaliação nutricional de idosos independentes institucionalizados e não institucionalizados em uma cidade da região Norte do Rio Grande do Sul.** Revista RBCEH, v.7, p.47-57. 2010.

SHUMAN JM. **Nutrição no envelhecimento**. In: Mahan LK, Escott-Stump S, organizadores. Krause – alimentos, nutrição e dietoterapia. São Paulo: Editora Roca; 1998. p. 293-315.

TEIXEIRA, C.F.; COELHO, M.T.A.D.; ROCHA, M.N... **Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**: Uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2013.

WIDTH, M.; REINHARD, T.; MDS: **Manual de Sobrevivência para Nutrição Clínica**. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 2011.

XAVIER HT, Izar MC; FARIA NJR, Assad MH, ROCHA VZ; SPOSITO A et al.; **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arq Bras Cardiol. 2013.

## 6-ANEXOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do Projeto:

**HÁBITOS ALIMENTARES DOS IDOSOS RESIDENTES EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA ESTADO DE SERGIPE-SE**

Pesquisadores participantes/ Contato: email e telefone

AURÉLIA SANTOS FARAONI/ [faraoniaurelia@gmail.com](mailto:faraoniaurelia@gmail.com); Aline Almeida Santana de Oliveira/ [alinealsan@yahoo.com.br](mailto:alinealsan@yahoo.com.br) (79)999882393

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa  
“**HÁBITOS ALIMENTARES DOS IDOSOS RESIDENTES EM UMA INSTITUIÇÃO DE**

**LONGA PERMANÊNCIADO ESTADO DE SERGIPE-SE** ” de responsabilidade da pesquisadora Aurélia Santos Faraoni, que tem como objetivo principal “ Avaliar o perfil alimentar dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência do estado de Sergipe- SE”. O benefício principal esperado é diminuir o risco das interações medicamento-medicamento e medicamento-alimento dos idosos e aplicar reeducação alimentar.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento sr<sup>(a)</sup> pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Seus dados serão tratados de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Sr<sup>(a)</sup> não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Os riscos que podem ocorrer são mínimos, tais como, desconforto, constrangimento, cansaço ou aborrecimento ao responder questionários e a qualquer momento sr<sup>(a)</sup> pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento.

Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada a sua participação.

Sr<sup>(a)</sup> receberá uma cópia deste termo onde consta o e-mail dos pesquisadores podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos.

Eu, \_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Eu, \_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, responsável legal por \_\_\_\_\_,  
 \_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_ declaro ter sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Aracaju, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_





1 = $19 \leq \text{IMC} < 21$ 2 = $21 \leq \text{IMC} < 23$ 3 = $\text{IMC} \geq 23$	( )
<b>Escore de triagem</b> (subtotal, máximo de 14 pontos) 12 pontos ou mais normal; desnecessário continuar a avaliação 11 pontos ou menos possibilidade de desnutrição;	( ) ( )
<b>Avaliação global</b>	
G. O paciente vive em sua própria casa (não geriátrica ou hospital) 0 = não                      1 = sim	( )
H. Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia 0 = sim                      1 = não	( )
I. Lesões de pele ou escaras 0 = sim 1 = não	( )
J. Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	( )
K. O paciente consome: • Pelo menos porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte)? sim( ) não( ) • Duas ou mais porções semanais de legumes ou ovos?                      sim( ) não( ) • Carne, peixe ou aves todos os dias                      sim( ) não( ) 0,0 = nenhuma ou mais respostas <<sim>> 0,5 = duas respostas <<sim>> 1,0 = três respostas <<sim>>	( )
L. O paciente consome duas ou mais porções diárias de frutas ou vegetais 0 = não                      1 = sim	( )
M. Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) 0,0 = menos de três copos 0,5 = três a cinco copos 1,0 = mais de cinco copos	( ) ( )
N. Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimentar-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimentar-se sozinho sem dificuldade	( )
O. O paciente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter problemas nutricional	( )
P. Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde? 0,0 = não muito boa 0,5 = não sabe informar 1,0 = boa 2,0 = melhor	( ) ( )
Q. Circunferência do braço (CB) em cm 0,0 = $\text{CB} < 21$ 0,5 = $21 \leq \text{CB} \leq 22$ 1,0 = $\text{CB} > 22$	( ) ( )
R. Circunferência da panturrilha (CP) em cm 0 = $\text{CP} < 31$ 1 = $\text{CP} \geq 31$	( )
<b>Avaliação global</b> (máximo 16 pontos)	( ) ( ) ( )

<b>Escore da triagem</b>	( ) ( ) ( )
<b>Estore total (máximo de 30 pontos)</b>	( ) ( ) ( )
<b>Avaliação do Estado Nutricional</b>	
de 24 a 30 pontos	estado nutricional normal ( )
de 17 a 23,5 pontos	risco de desnutrição ( )
menos de 17	pontos desnutrido ( )
References	
1. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging. 2006; 10:456-465.	
2. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront. 2001;56A: M366-377	
3. Guigoz Y. The Mini -Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature – What does it tell us? J Nutr Health Aging. 2006; 10:466-487.	
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners	
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M	
Para maiores informações: <a href="http://www.mna-elderly.com">www.mna-elderly.com</a>	

OBS: Questionário retirado NESTLÉ Nutrition Institute

### Anexo B – Questionário de Frequência Alimentar e Consumo Medicamentoso

Data: ___/___/___ Nome: _____ Registro: _____								
Refeições realizadas: Dejejum Colação Almoço Merenda Janta Ceia								
Grupo de Alimentos	Nº de vezes	Frequência de consumo			Razões	Obs.		
		D	S	Q	M	SS	A	N
1. Leite e derivados								
Leite	_____	Queijo			_____			
Manteiga	_____	Mingau			_____			
2. Carnes e ovos								
Carne bovina	_____	Carne suína			_____			
Frango	_____	Fígado			_____			
Linguiça	_____	Peixe			_____			
Ovo	_____							
3. Legume								
Feijão	_____							
Fava	_____							
Vagem	_____							
4. Cereais, Arroz								
Batata inglesa	_____	Batata doce			_____			
Cuscuz	_____	Farinha			_____			
Macarrão	_____	Pão			_____			
Biscoito	_____							
5. Açúcar, gordura, bebidas								
Bala, doce, chocolate	_____	Refrigerantes (Tipo)			_____			
Frituras	_____	Margarina			_____			
Frutas	_____	Vegetais			_____			
6. Consumo Medicamentoso								

Medicamento (Qual?) _____ Inserção do medicamento acompanhados de que? _____
Significado das siglas para consumo: D(diário), S(semanal), Q(quinzenal), SS(semestral) A(anual), N(nunca)
Razões para o não consumo ou pouco consumo (frequências: mensal semestral, anual ou nunca) 1. Não gosta 2. Preço 3. Dificil preparo 4. Não tem hábito 5. Outras (especificar)

OBS: Questionário adaptado de CHAGAS, LAYANA RODRIGUES (2013) - ESTADO NUTRICIONAL E CONSUMO ALIMENTAR DE IDOSOS ASSISTIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

## 7- APÊNDICE

**Distribuição das frequências de fornecimento dos alimentos: Grupo de Leites e Derivados; Grupo de Pães e Cereais; Grupo das Açúcares, Gorduras e Bebidas no qual inclui frutas e vegetais; Grupo das Leguminosas; Grupo das Carnes e Ovos.**

Variável	Frequência Diária semanal	Frequência
<b>Grupo de Leite e derivados</b>		
Leite	01	07
Café com leite	02	07
logurte Natural	01	01
Queijo	01	01
Mingau de aveia	02	07
Mingau de cremogena	02	07
Mingau de maisena	02	06
Mingau de mucilon	01	02
Mingau de Puba	01	01
Mingau de Milho com Aveia	01	01
<b>Grupo de Pães e Cereais</b>		
Pão	02	07
Cuscuz	01	03
Batata doce	01	02
Macaxeira	01	02
Inhame	01	02
Macarrão	01	02

**Grupo das Açúcares, Gorduras e Bebidas**

Frutas	04	07
Suco de frutas	03	07
Vitamina de Frutas	01	03
Pipoca	01	01
Arroz doce	01	01
Beiju de Tapioca	01	01
Torta Salgada	01	01
Mungunzá	01	01
Água de coco	01	07
Bolo	01	01
Biscoito	01	07
Verdura cozida	01	05
Salada crua	01	07
Purê de batata	01	01
Chá	01	07

**Grupo das Leguminosas**

Arroz	01	07
Feijão	01	07
Purê de Abóbora	01	01

**Grupo das Carnes e Ovos**

Ovos	01	04
Frango	01	07
Peixe	01	01
Isca de fígado	01	01
Carne de soja	01	01
Sopa com carne de boi ou frango	01	01
Carne de Boi	01	07
Carne de criação (Porco, carneiro etc)	01	02

---