

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO
RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

RAQUEL ÂNGELA LIMA DA SILVA

**COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE IDOSAS FRENTE AO DIABETES
MELLITUS**

NATAL/RN

2011

RAQUEL ÂNGELA LIMA DA SILVA

**COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE IDOSAS FRENTE AO DIABETES
MELLITUS**

Trabalho de conclusão de Curso
apresentado a Faculdade Natalense para
o Desenvolvimento do Rio Grande do
Norte como requisito final para obtenção
do título de nutricionista.

Orientadora: Prof^a. Célia Regina B. de
Araújo.

NATAL/RN

2011

RAQUEL ÂNGELA LIMA DA SILVA

**COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE IDOSAS FRENTE AO DIABETES
MELLITUS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Nutrição da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte. Como requisito final para obtenção do título de Nutricionista.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Célia Regina B. de Araújo

Orientadora

Prof^a. Everlane Ferreira Moura

Membro

Prof^a. Juliana Padilha

Membro

Dedico este trabalho a minha mãe, por toda sua luta e esforço que fez por mim para que eu conseguisse realizar o meu sonho.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, por mais uma conquista.

A minha mãe Laura Lima da Silva que foi a principal idealizadora dos meus sonhos. Sem ela nada seria possível.

Ao meu pai, meu querido irmão Rafael Lima, que tanto se dedicaram e dedicam até hoje a mim e a todos os meus familiares que sempre ajudaram nessa jornada.

As minhas amigas Ana Luiza, Angélica e Waleska que sempre me apoiaram durante esses 4 anos de curso, foram mais do que amigas ou prima e sim verdadeiras irmãs.

A minha orientadora Prof^a. Ms. Célia Regina por todo apoio.

A minha querida professora Bianca Arnoud por todo conhecimento passado, por toda paciência e motivação me dadas.

As minhas supervisoras de campo de estágio, que são meus exemplos, como pessoa e como profissional.

Aos meus colegas de trabalho (Secretaria Municipal de Saúde), que mesmo durante a correria diária foram pacientes e essenciais na construção da minha vida profissional.

Enfim, a todos que de certa forma contribuíram para mais uma conquista e incentivaram a formação da minha vida profissional.

RESUMO

A terceira idade é mais acometida da DM tipo 2, o que torna as mudanças nos seus hábitos mais difíceis, mas não impossível. O presente estudo teve como objetivo avaliar o comportamento alimentar de idosas acima de 60 anos da unidade de Saúde Jose Carlos Passos, Natal-RN. A amostra foi composta por 30 idosas, onde foi realizada a aplicação de um questionário previamente formatado. Quanto a caracterização da clientela identificou-se que 73% das idosas tem acima de 80 anos, tendo a principal doença relacionada a HAS com 57% e com nível de escolaridade de 73% que não completarão o ensino fundamental incompleto. Com relação a avaliação antropométrica 80% indicou eutrofia. Quanto ao comportamento, 90% das idosas são aposentadas, 70% diagnosticarão a doença através de exames de rotina, 70 % indicarão depressão, 83% tiveram apoio familiar na descoberta da doença, 97% consumiam diariamente alimentos ricos em gorduras, 100% consumiam alimentos doces diariamente e tanto para pratica de atividade física como para atividade de lazer o percentual foi de 83%. O estudo permite concluir que a população estudada por ser economicamente desfavorecida e com pouca escolaridade não consegue atentar pra hábitos de vida saudáveis, apesar de toda orientação no consultório da nutricionista. Destaca-se a importância da implantação e implementação de programas de educação nutricional voltada para o grupo de idosos.

Palavras – chave: Idosos; Diabetes Mellitus; Comportamento alimentar

ABSTRACT

The third age is the most affected type 2 diabetes, which makes changes in their habits more difficult but not impossible. This study aimed to assess the feeding behavior of elderly above 60 years of the Health Unit Jose Carlos Passos, Natal-RN. The sample consisted of 30 elderly, which was held on the application of a questionnaire previously formatted. The characterization of the customers identified that 73% of the elderly has over 80 years, with major disease associated with hypertension and 57% level of education of 73% who do not complete the elementary school. Regarding anthropometric assessment indicated normal weight and 80%. As for the behavior, 90% of the women are retired, 70% diagnose the disease through routine screening, 70% indicate depression, 83% had family support in the discovery of the disease, 97% consumed daily fat foods, foods consumed 100% candy for both daily and physical activity as a leisure activity to the percentage was 83%. The study concludes that the study population to be economically disadvantaged and poorly educated can not pay attention to healthy living, despite all the guidance office of the nutritionist. We emphasize the importance of the establishment and implementation of nutrition education programs aimed at the elderly group.

Keywords - Keywords: Elderly, Diabetes Mellitus; Feeding

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Faixa etária das idosas.....	21
Gráfico 2 - Doenças relacionadas.....	22
Gráfico 3 – Escolaridade.....	23
Gráfico 4 – IMC.....	24
Gráfico 5 - Atividade ocupacional.....	25
Gráfico 6 - Como foi descoberta à doença.....	26
Gráfico 7 - No que o diabetes interferiu no seu estilo de vida.....	27
Gráfico 8 - Teve apoio da família no tratamento da doença.....	28
Gráfico 9 - Você costumava consumir antes da descoberta da doença alimentos, como: frituras, salgadinhos de pacotes, hambúrgueres, mortadela, carne em conserva, salsicha, linguiça e outros.....	29
Gráfico 10 - Você costumava consumir antes da descoberta da doença alimentos doces como, doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados.....	29
Gráfico 11 - Tem facilidade em aderir a dieta que lhe foi prescrita?.....	30
Gráfico 12 - Quem Faz as refeições em sua casa.....	31
Gráfico 13 - Prática de atividade física.....	32
Gráfico 14 - Atividade de lazer.....	33

SUMÁRIO

1 Introdução.....	10
2 Objetivos.....	12
2.1 Objetivo geral.....	12
2.2 Objetivos específicos.....	12
3 Referencial Teórico.....	13
3.1 Diabetes Mellitus.....	13
3.2 Comportamento alimentar.....	15
3.3 Educação nutricional.....	17
4 Metodologia.....	19
4.1 Tipo de Estudo.....	19
4.2 Universo e amostra.....	19
4.3 Considerações éticas.....	19
4.4 Procedimentos para Coleta de Dados.....	20
4.5 Análise dos dados.....	20
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	21
5.1 Caracterização da Clientela.....	21
5.2 Avaliação Antropométrica.....	24
5.3 Comportamento.....	25
6 CONCLUSÕES.....	34
REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICES.....	38

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos a população teve um aumento na expectativa de vida significativo, isso decorrente de mudanças em seu estilo de vida. “Dados preliminares do censo de 2000 informam que a população total de brasileiros é de 169.500.000 habitantes. Destes, estima-se que em torno de 15,5 milhões tenham 60 anos ou mais” (GARRIDO; MENEZES, 2002). No processo de envelhecimento várias alterações acontecem, tanto morfológicas, como cognitivas, bioquímicas e funcionais que vão alterar a própria composição corporal.

Durante o envelhecimento ocorre um declínio no seu metabolismo, ficando mais vulnerável a enfermidades, dentre os fatores que indicam o envelhecimento um deles é a perda da composição corporal e ganho de tecido adiposo principalmente na região abdominal, tudo fica mais lento, como a sua digestão e absorção.

Vários fatores intrínsecos e extrínsecos podem comprometer esse idoso de forma que afeta seu bem estar, com o passar dos anos vários hábitos saudáveis foram modificados pelo estilo de vida urbano. Devido ao estresse, sedentarismo, alimentação, ganho de peso exarcebado, dentre inúmeros outros fatores que podem acarretar inúmeras doenças crônicas não-transmissíveis (SILVA e MURA, 2007).

Uma dessas doenças seria o Diabetes que acomete grande parte dos idosos. Ele é definida como “uma doença metabólica crônica caracterizada pela presença de hiperglicemia persistente, decorrente de uma insuficiente secreção de insulina pelo pâncreas e/ou insuficiente ação de insulina pelo pâncreas no músculo e tecido adiposo” (BUSNELLO, 2007, p. 117).

O Diabetes Mellitus é uma doença altamente limitante, podendo causar diversos tipos de agravos à saúde, como a cegueira, amputações, problemas cardiovasculares, entre outros fatores que acabam por dificultar a sua autonomia e a própria qualidade vida do idoso. Uma das principais causas para os agravos dessa doença seria o bloqueio que muitos dos idosos têm em relação a sua alimentação, pois já vem com seus hábitos alimentares formados há décadas e de uma hora para outra precisam fazer uma mudança em seu comportamento dietético. A frequência de mulheres nos consultores

das unidades básicas de saúde é bastante relevante ao contrario dos homens, pois muitas não só vão para se consultar e sim para as atividades diárias nas unidades, muitas consultas e grupos de idosos só são freqüentados por mulheres.

Baseado nesse contexto, torna-se necessário compreender as mudanças que a DM acarreta na vida do idoso, no seu cotidiano familiar. Neste sentido é de fundamental importância a intervenção da educação nutricional para esses pacientes, pois visa educar de uma forma não invasiva de acordo com o que sua condição exige, para que possam compreender e aceitar sua nova condição e viver bem com ela.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Conhecer o comportamento alimentar de mulheres idosas após o diagnóstico de Diabetes Mellitus.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar as idosas quanto a idade, atividade ocupacional e estado nutricional por meio do índice de massa corporal.
- Identificar o comportamento alimentar frente ao diabetes mellitus

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Diabetes Mellitus

Desde a antiguidade já se tinha relatos sobre o Diabetes Mellitus, onde o portador de tal enfermidade eliminava grande quantidade de urina.

Essa doença foi denominada, pelo médico romano Aretaeus, diabetes que significa passar através, com base em um dos sintomas mais típicos da doença, a poliúria, comparada à drenagem de água através de um sifão (SILVA e MURA, 2007, p. 561).

Durante décadas “milhões de indivíduos de todo mundo são acometidos pelo Diabetes Mellitus - DM-, uma doença crônica que afeta a capacidade do organismo para converter glicose em energia, ocasionando uma glicemia elevada” (FRANK e SOARES, 2004, p. 59).

De acordo com Silva e Mura (2007) em 1776, descrevia-se que o sangue dos pacientes era adocicado e que a urina continha açúcar, em 1788, foi sugerido que diabetes mellitus estava relacionado com o pâncreas, já em 1850, foi detectado o aumento da glicose sanguínea em portadores de DM, o que significou a presença da patologia.

Com o passar dos anos o conceito de diabetes veio se consolidando e nos dias atuais se define por:

aumento da glicose no sangue (hiperglicemia) e pela perda de glicose na urina (glicosúria), associada ou não a outras substâncias, ocasionando modificações no metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2003).

Segundo GROSS et al. (2001) diabetes é uma situação clínica freqüente, acometendo cerca de 7,6% da população adulta entre 30 e 69 anos e 0,3% das gestantes. Alterações da tolerância à glicose são observadas em 12% dos indivíduos adultos e em 7% das grávidas. Cerca de 50% dos portadores de diabetes desconhecem o diagnóstico.

No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se que ocorria em cerca de 8% da população, de 30 a 69 anos de idade, residente em áreas metropolitanas brasileiras. Essa prevalência variava de 3% a 17% entre as faixas de 30-39 e de 60-69 anos e a prevalência da tolerância à glicose diminuída era igualmente de 8%, variando de 6 a 11% entre as mesmas faixas etárias. (BRASIL, 2006, p.9)

Cuppari (2009) ressalta que “na década de 80, passou-se a dar um maior destaque na educação nutricional do diabetes, o que ajudou no melhor controle da doença, dando aos pacientes um melhor controle”.

Atualmente o diabetes se classifica em dois tipos principais. Diabetes tipo 1 na maioria das vezes acomete crianças e jovens. “Caracteriza-se pela absoluta falta de insulina, decorrente de desnutrição das células beta, em geral de natureza auto-imune, havendo a necessidade de substituição hormonal para a sobrevivência”. (SILVA e MURA, 2007).

O Diabetes do tipo 2 é o que mais acomete a população, os níveis de casos em pessoas da mesma família é bastante elevado, apesar dessa predisposição genética ser pouco conhecida. “Na maior parte dos casos, o diabetes tipo 2 resulta de uma combinação de resistência à insulina e insuficiência das células β , mas não se sabe a contribuição relativa de cada um desses fatores para o desenvolvimento da doença” (MAHAN e ESCOTT-STUMP, 2010).

O DM tipo 2 tem maior incidência do que o diabetes tipo 1, muitos casos dessa doença ficam na sua forma assintomática e o paciente só descobre que tem essa patologia quando surgem as complicações. “Esse aumento resultou tanto da tendência ao envelhecimento da população (a frequência do DMT2 comprovadamente aumenta com o envelhecimento) quanto do número da incidência em todas as faixas etárias” (TRUSWELL, 2009).

A terceira idade é mais acometida da DM tipo 2, o que torna as mudanças nos seus hábitos mais difíceis, mas não impossível. O tratamento nutricional é fundamental para esses pacientes, pois eles conseguem aprender e aceitar melhor as terapias que serão aplicadas. “A educação em diabetes garantirá que essas modalidades terapêuticas sejam implantadas e mantidas” (Silva e Mura 2007).

Educação implica acesso a aquisição de informações, treinamento em capacitações, mas também conscientização sobre esse conjunto e os fatores envolvidos nos mecanismos desse ambiente ao qual a educação se refere – no caso, diabetes. Portanto, como parte do processo isso nos remete a uma postura de reflexão sobre o assunto e a considerar a respeito de uma postura interna, um modo diferente de se ver e se colocar no mundo diante das suas dificuldades. (DULLIUS, 2007, p. 170)

Para alcançar os objetivos dietoterápicos, o trabalho com uma equipe multidisciplinar é indispensável, pois deve ser trabalhado vários aspectos. Um deles

seria ao estilo de vida de cada indivíduo e aos objetivos em relação ao controle da patologia.

3.2 Comportamento alimentar

O comportamento alimentar não só está caracterizado no hábito de comer de um determinado grupo de indivíduos, “como a todas as práticas relativas à alimentação desse indivíduo, como seleção, aquisição, conservação, preparo e consumo efetivo de alimentos” (GIACOMO ; FABERBOOG, 1988).

O mesmo autor ressalta que, o comportamento alimentar é o conjunto de todas as práticas em torno da alimentação: escolher entre duas marcas diferentes de produtos, escolher as frutas da época, determinar quantidades de gêneros que se vai adquirir no mês, entre outros.

Na promoção de uma alimentação saudável dois aspectos devem ser ressaltados: a mudança de um comportamento alimentar a longo prazo é um objetivo com elevadas taxas de insucesso, e os hábitos alimentares da idade adulta estão relacionados com os aprendidos na infância. Esses dois aspectos apontam para que a intervenção na promoção de comportamentos alimentares saudáveis deva incidir com maior ênfase nos primeiros anos da infância, para que os mesmos permaneçam ao longo da vida (ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008).

De acordo com Skinner e cols apud Vitolo (2010), observaram que o estabelecimento dos hábitos alimentares se dá por volta de 2 a 3 anos, já que os padrões de preferência e consumo mantiveram-se dessa idade até 8 anos. Contudo, durante as etapas do ciclo de vida esses hábitos podem sofrer alterações, pela influência de amigos, situação financeira, status, padrões de beleza e diversos outros fatores psicossociais que podem contribuir para essas mudanças.

O comportamento alimentar da criança entrando no mundo é largamente submetido às condicionantes fisiológicas, à alternância de sensações de fome, aos comportamentos desencadeados por essas sensações (apelos, choros, gritos... depois leite) e às sensações de saciedade e de abundância que se seguem. Ao longo das interações com a sua mãe, a qual logo buscará "regular" a criança sob certos ritmos sociais (como as alternâncias do dia e da noite, os momentos de trabalho e de repouso), esses mecanismos biológicos vão conhecer uma primeira influência social (POULAIN ; PROENÇA, 2003).

Segundo Alves e Boog (2007) “o estudo do comportamento alimentar permite ampliar as possibilidades de fomentar a produção de saúde, haja vista as múltiplas abordagens e o largo campo de análise em que este conceito se insere”.

Existem vários fatores que podem estar interferindo no comportamento alimentar de um indivíduo como não ter condições financeiras para comprar alimentos que supram suas necessidades nutricionais ou mesmo se não foram instruídos para comprar corretamente. “Esses fatores podem também ser estudados esquematizando-se o comportamento alimentar em três níveis ou componentes: cognitivo, afetivo e situacional” (GIACOMO ; FABERBOOG, 1988).

Compreender o comportamento alimentar e a vinculação grupal por meio da comensalidade, priorizando o sujeito e as relações intersubjetivas na produção de saúde, viabiliza a construção de intervenções na perspectiva da própria conceituação teórica de promoção da saúde (ALVES e BOOG, 2007).

Durante as fases da vida A alimentação do idoso permanece semelhante aos hábitos da juventude, entretanto vários fatores atuam com maior frequência com o avanço da idade, podendo levar a deficiências nutricionais (SOUZA, 2008).

Fatores psicológicos podem afetar diretamente o comportamento alimentar desses indivíduos, pois muitas vezes são sozinhos, moram em casa de repouso e que acarreta problemas emocionais. “A mudança do comportamento alimentar do idoso é um trabalho árduo, mas que pode ser eficiente pelo emprego de estratégias dietéticas eficazes” (VITOLLO, 2010).

Fazer escolhas alimentares é um processo complexo, dinâmico e multifacetado, embutido nos relacionamentos sociais e que tem conseqüências a curto e longo prazo para a saúde. As escolhas dos alimentos são formadas pelos sistemas de socialização culturais, e limitadas pela contingência do ambiente físico e social. As refeições representam um importante evento nas interações familiares, com estruturas temporais portadoras de significado. (ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008).

É nesse contexto que a educação nutricional vem para contribuir de forma saudável na mudança de comportamento alimentar, a fim de aderir à forma de vida de cada indivíduo. Ao longo do ciclo de vida é primordial incentivo à práticas de alimentação saudável, durante a infância é mais fácil a abordagem, pois é a fase

que as crianças se condicionam e copiam tudo o que o adulto faz, mas não quer dizer que o adulto ou o idoso não possa se condicionar a novos hábitos.

3.3 Educação nutricional

Segundo Pinto (2006), a educação nutricional deve transcender à mera informação sobre a composição de alimentos ou a melhor técnica de prepará-los.

Esta autora ressalta ainda que cabe à educação nutricional buscar no diálogo conjunto entre educador-educandos as alternativas de redução do custo do orçamento alimentar, discutindo a raiz da adoção dos hábitos alimentares desfavoráveis e sua relação com um estilo moderno de viver, que pode e deve ser questionado (GARCIAO apud PINTO 2006)

Durante o percurso da educação nutricional no Brasil, “poucas experiências foram registradas acerca dos programas e atividades educativas desta área do conhecimento, bem como foram raríssimas as iniciativas aos serviços de Saúde Pública” (BOOG, 1997).

A educação nutricional é vista como tática de saúde pública, pois é de caráter preventivo, evitando doenças crônicas não transmissíveis. Entre diversos conceitos já existentes um deles a define como “qualquer grupo de aprendizado e experiências designado para facilitar a adoção voluntária do ato de alimentar-se, e outros comportamentos nutricionais que conduzem à saúde e bem-estar” (BUSNELLO, 2007).

A capacitação dos profissionais nutricionistas é de fundamental importância para que os mesmos possam trabalhar com clareza as temáticas ligadas a alimentação e nutrição. Deve ainda estar atento ao contexto em que o educando está inserido, sendo esta questão indagada por Paulo Freire (2006) quando questiona “Como ensinar, como formar sem estar aberto ao contorno geográfico, social, dos educandos”

Se não há possibilidade de conhecer a pluralidade objetiva-subjetiva do comer, o discurso biomédico se transforma em um retórica moral, uma convenção coberta de verdades científicas, objetivas e lúcidas para o profissional, mas uma ficção para o paciente quando não se fala da sua realidade; não só a realidade visível, mas sociocultural e no que se acredita ser real. (FREITAS; FONTES; OLIVEIRA, 2008, p. 307).

Rodrigues (2007), ressalta que a função isolada de multiplicador “dificilmente consegue atingir o objetivo de melhorar os hábitos alimentares (missão primordial atribuída à educação alimentar) posto que o multiplicador não tem visão crítica e restringe-se ao repasse de informações”.

O objetivo fundamental da educação nutricional é de melhorar a qualidade nutricional da alimentação, dando ênfase às boas práticas e transformando hábitos que sejam prejudiciais para a saúde. Boog (1997, p. 14), diz que além da escassez de trabalhos voltados para a educação nutricional, pouquíssimas vezes a literatura referente a esse campo do saber esteve próxima de auxiliar efetivamente o educador nutricional a compreender em profundidade o fenômeno da alimentação humana.

Em relação a esse fato, Rodrigues (2007), complementa relatando que a deficiência de material literário apropriado resulta por vezes numa formação fragilizada do profissional nutricionista. Com isso, “algumas ações podem não ser concretizadas com a devida eficácia, justamente pela falta de conteúdo apropriado para a realização das atividades educativas”. Mesmo com toda a falta de literatura a educação nutricional vem aumentando suas ações no país.

A intenção nesse processo é de propagar a atividade educativa, não como uma forma de condicionamento da população para aceitarem as orientações que lhe são passadas sem questionamento e, sim, como objetivo primordial a reflexão e a discussão junto a equipe de saúde. (BUSNELLO, 2007, p. 226).

Freitas, Fontes e Oliveira (2008), colocam que para essa abertura de conhecimento da área da saúde em geral, compreende-se aspectos sociais, definições, percepção do indivíduo que necessita entender sua desnutrição, sua obesidade, sua diabetes e tantas outras doenças que precisam de uma dieta compreensiva e que seja capaz de se incorporar a sua realidade e com isso mudar costumes.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa transversal-quantitativo.

O presente estudo foi do tipo transversal, Segundo Viera e Hossne (2001), que relatam que estudos transversais são feitos para descrever os indivíduos de uma população com relação às suas características pessoais e às suas histórias de exposição a fatores causais suspeitos, em determinado momento.

O Método quantitativo, conforme o próprio termo indica, significa quantificar opiniões, dados, nas formas de coletas de informações, assim como também com o emprego de recursos e técnicas estatísticas desde as mais simples, como percentagem, média, moda, mediana e desvio padrão, até as de uso mais complexo, como coeficiente de correlação, análise de regressão etc., normalmente utilizados em defesas de teses. (Oliveira, 1998).

4.2 Universo e amostra

A população de estudo foi composta por uma amostra de 30 idosas portadoras de Diabetes Mellitus acompanhadas pela Unidade de Saúde Jose Carlos Passos. A pesquisa só pode ser realizada com idosas, devido à prevalência de diabetes em mulheres na unidade de saúde, Onde foi obtido a coleta de dados de maio a novembro do ano de 2011.

Constituíram os critérios de inclusão idosas, isto é, com idade igual ou superior a 60 anos e que freqüentassem a unidade de saúde.

4.3 Considerações éticas

O presente estudo está ciente dos aspectos éticos necessários na condução de pesquisa envolvendo seres humanos. Para isso, foram respeitados os princípios da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito á comunidade científica, ao sujeito da pesquisa e ao estado, onde há um comprometimento com o Maximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos ao sujeito (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE RESOLUÇÃO 196/96).

Antes de ser iniciada a pesquisa, as idosas preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I) sendo informadas do teor da pesquisa, competindo a elas aceitarem ou não.

4.4 Procedimentos para coleta de dados

Para obtenção dos dados foi adotada a técnica da entrevista. Esta pode ser caracterizada como

A entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objeto (MINAYO, 2006, p. 261)

A entrevista foi realizada através de questionário, a fim de conhecer o comportamento alimentar de idosas frente ao diabetes. Seguindo um roteiro semi estruturado, onde o contexto do questionário é voltado para idosas acima de 60 anos, com perguntas voltadas ao seu comportamento alimentar. (Apêndice 2).

4.5 Análise dos dados

Adotamos a entrevista compreensiva do discurso, que segundo (KAUFMANN 19?? apud SILVA, 2002, p. 4) “a objetivação se constrói pouco a pouco, graças aos instrumentos conceituais colocados em evidência e organizados entre eles. Foi realizada na pesquisa avaliação antropométrica com as entrevistadas, antes da consulta com a nutricionista da unidade, onde todas as entrevistadas tiveram orientação nutricional, antes da realização da entrevista a idosa foi pesada com uma balança portátil e verificada a altura com o estadiômetro, desta forma pode ser diagnosticado o IMC segundo Leão e Gomes.

De posse desses questionários foram analisados os dados quantitativos obtidos pelo programa Excel e posteriormente representados em figuras.

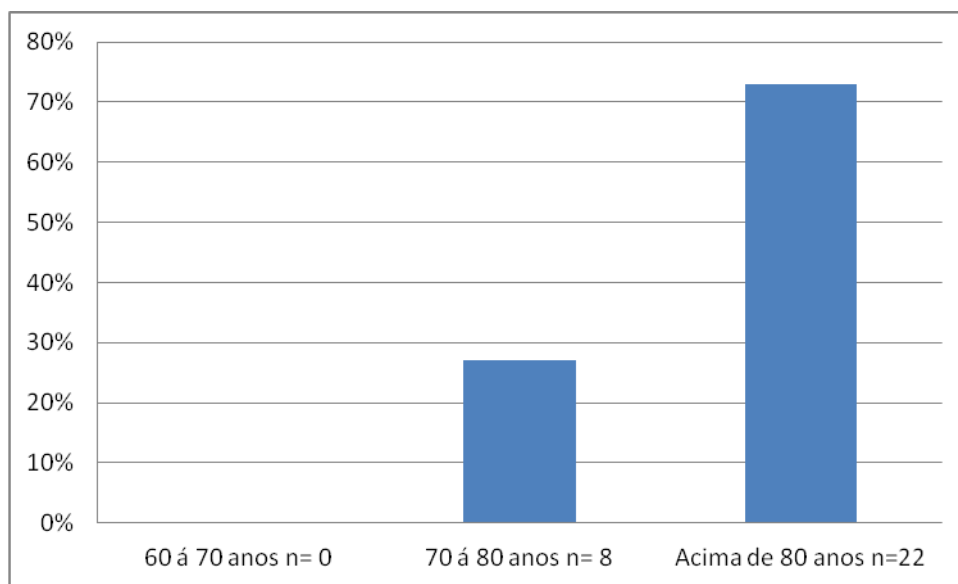
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA

De acordo com a figura 1, observou-se uma porcentagem maior de idosos acima de 80 anos (73%), superior ao estudo realizado por Garcia com idosos, onde a idade foi entre 70 e 80 anos. Verificou-se ainda idosos entre 60 a 70 anos e entre 70 e 80 anos (27%). O motivo da faixa etária > 80 anos predominante deve-se ao fato de que nesta idade os idosos estão mais dependentes, mais susceptíveis a doenças, precisando de uma atenção e até mesmo de acompanhamento diário, o que faz com que sejam encaminhados a unidades básicas de saúde.

O Brasil á semelhança dos demais países latino-americanos, está passando também por um processo de envelhecimento populacional (MAGNONI, 2005).

Figura 1- Faixa etária

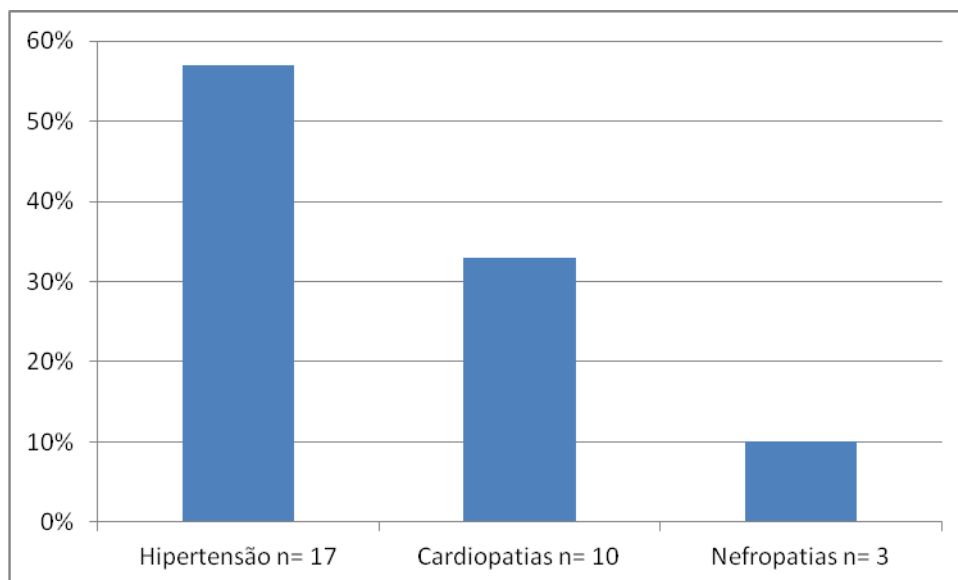


Fonte: Dados obtidos da pesquisa (2011)

A figura 2 mostra a relação das doenças encontradas nas idosas diabéticas 57% eram também portadoras de HAS (hipertensão), 33% cardiopatas e 10 % neuropatias. Com o envelhecimento populacional, há um aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacidades, ocasionando uma mudança de paradigma na saúde pública. Constatase que juntamente com o aumento do número de idosos houve o aumento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis. Os idosos constituem a população mais acometida pelas doenças crônicas (MARTINS; RIBEIRO; SILVA, 2008). Ao comparar dados deste estudo com outros realizados percebe-se que a HAS aparece como doença mais prevalente entre os idosos. Um estudo realizado por Firmo et al. (2004) observou-se que dentre uma população de idosos 61,5% eram hipertensos.

Os resultados demonstram que as doenças crônicas apresentam uma forte influência na capacidade funcional do idoso e são reflexos do estilo de vida do indivíduo.

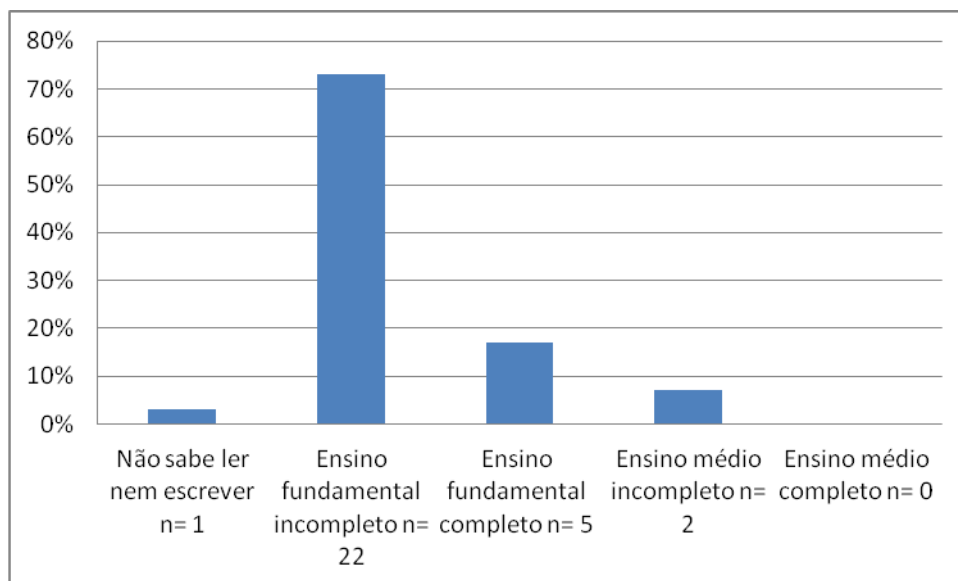
Figura 2- Incidência de doenças relacionadas ao diabetes



Fonte: Dados obtidos da pesquisa (2011)

Com relação à escolaridade dessas idosas, a figura 3 mostrou um percentual de 3% analfabetas, 73% que completaram o ensino fundamental incompleto, 17% que concluíram o ensino fundamental, 7% que fizeram o ensino médio incompleto e 0% que não concluíram o ensino médio. A taxa de analfabetismo caiu e o acesso à escola e a escolaridade da população melhoraram como foi visto aqui na pesquisa com apenas 1 idosa analfabeta. Houve avanços, mas permanecem as desigualdades regionais e àquelas ocasionadas por fatores sócio-econômicos, além das relacionadas à rede de ensino freqüentada.

Figura 3- Escolaridade das idosas



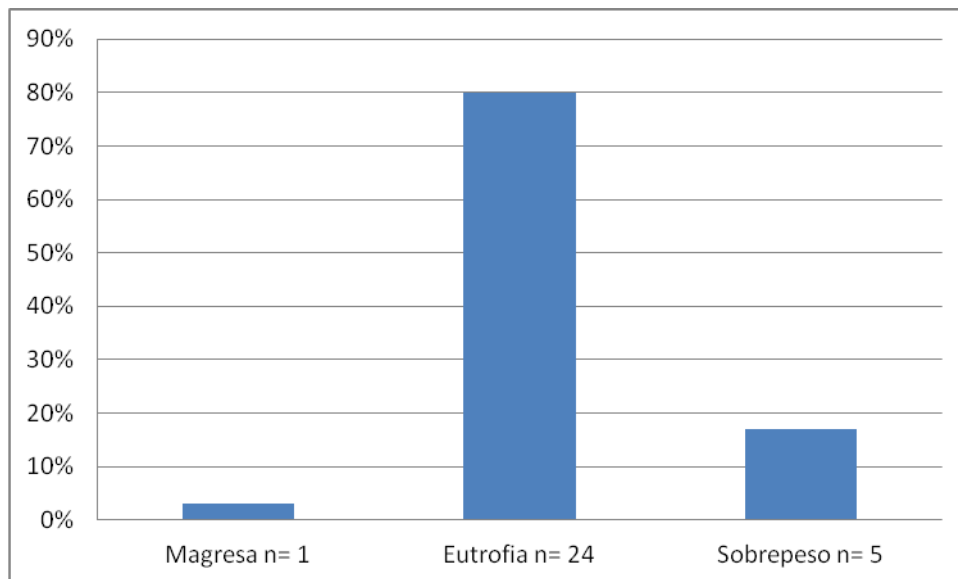
Fonte: Dados obtidos da pesquisa (2011)

5.2 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

A figura 4 mostra os resultados do IMC (Índice de Massa Corporal) das idosas diabéticas e foi observado que a maioria estava Eutrófica.

Na avaliação antropométrica do estado nutricional baseado no índice de massa corporal (IMC) foi visto que 80% apresentava eutrofia, 17% sobrepeso e 3% com magreza. Dados semelhantes em pesquisa realizado com idosos foi encontrado por Rauhen, 2008, onde o índice de massa corporal manteve-se com eutrofia.

Figura 4- IMC das idosas com diabéticas

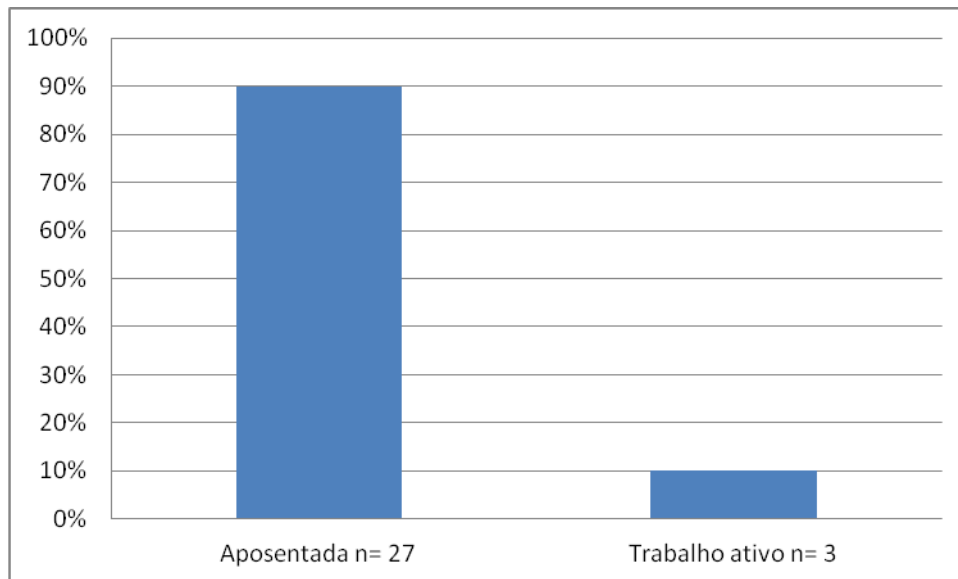


Fonte: Dados obtidos da pesquisa (2011)

5.3 COMPORTAMENTO

Na figura 5 observou-se que 90% dessas idosas avaliadas são aposentadas e 10 % continuam ativas, na maioria das vezes trabalhando como empregada doméstica.

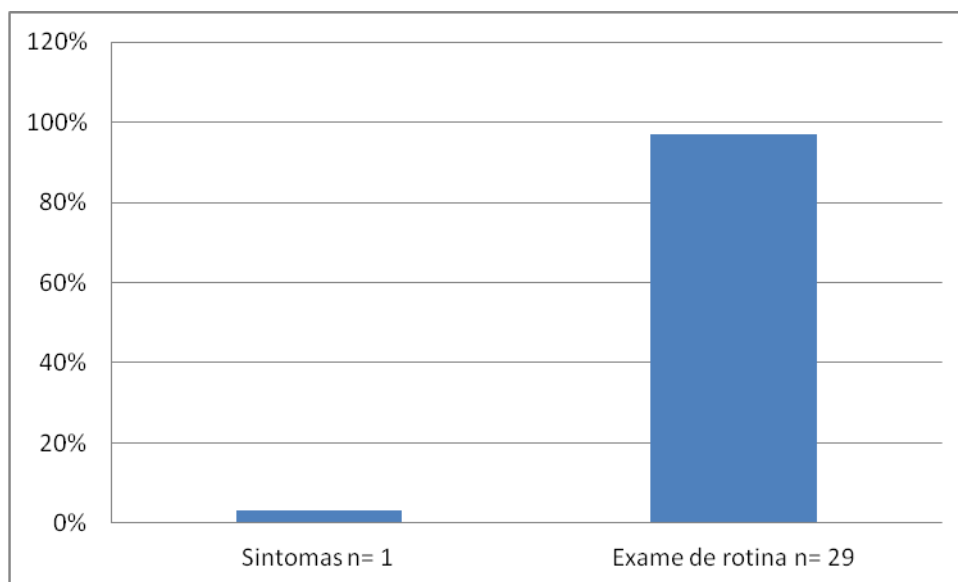
Figura 5- Atividade ocupacional das idosas



Fonte: Dados obtidos da pesquisa (2011)

A figura 6 mostrou relação de como foi descoberta à doença 3% foi por meio de sintomas como a poliúria e 97 % em exames de rotina.

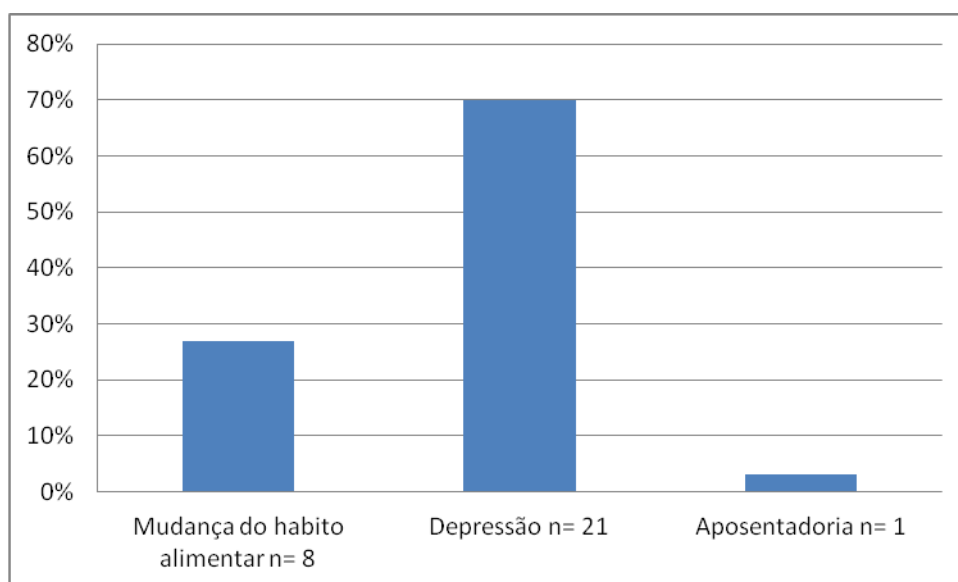
Figura 6- Diagnóstico da doença



Fonte: Dados obtidos da pesquisa (2011)

De acordo com a figura 7 27% relatam que após a doença teve mudança nos hábitos alimentares, 70% afirmaram sentir depressão “por não poderem mais comer o que gostavam, com isso se sentiam tristes e não queriam sair mais, pois suas amigas podiam comer sem restrição e elas não” e 3 % deixaram de trabalhar.

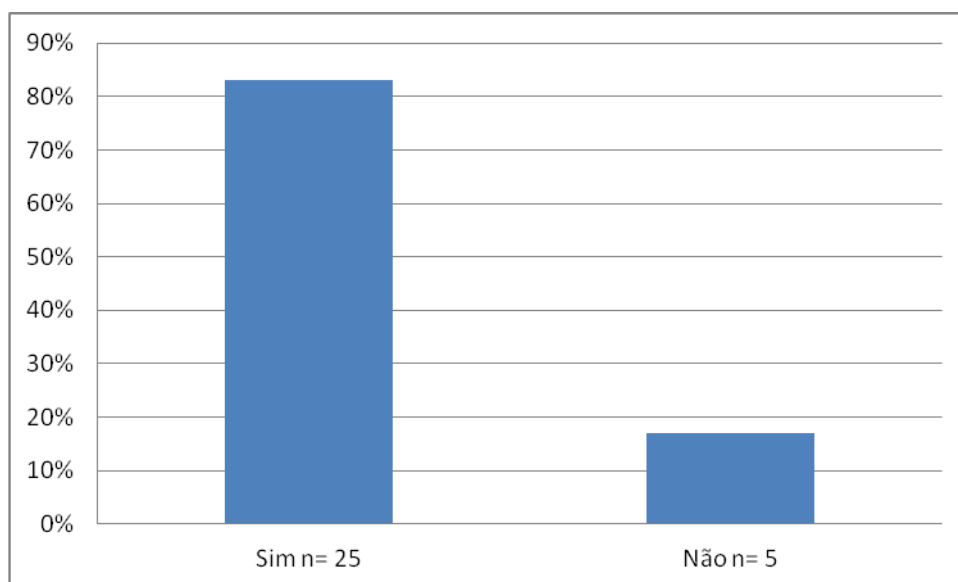
Figura 7- Interferência do diabetes no estilo de vida



Fonte: Dados obtidos da pesquisa (2011)

De acordo com os dados a seguir na figura 8 83% das idosas tiveram apoio da família no tratamento da doença, em se tratar de ajudar a ir ao médico, na compra de alimentação, entre outras coisas, enquanto só 17% não receberam esse mesmo apoio.

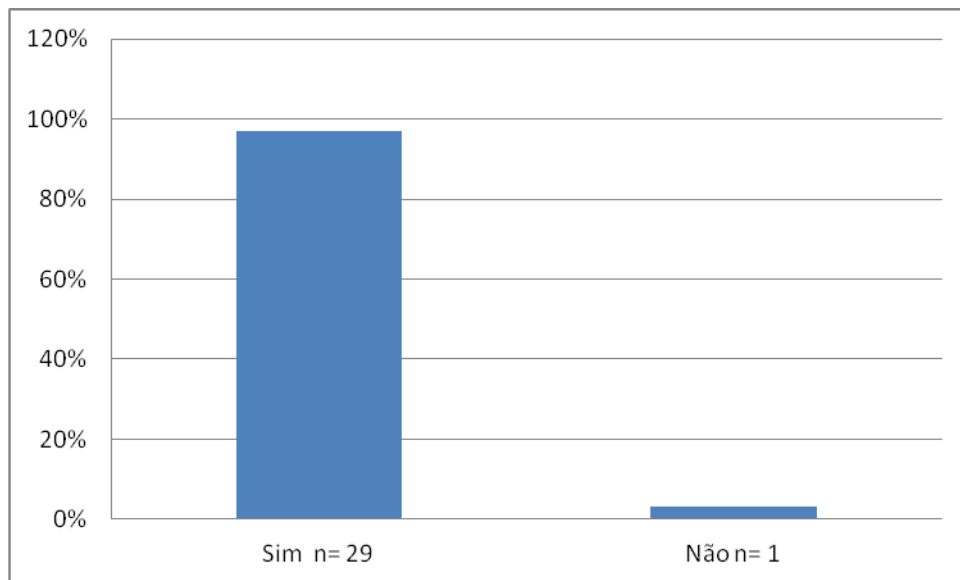
Figura 8- Apoio familiar no tratamento da doença



Fonte: Dados obtidos da pesquisa (2011)

Na figura 9 observou-se que 97% do grupo avaliado consumia diariamente alimentos que podem causar complicações à saúde como frituras e embutidos e 3% não consumiam esses alimentos.

Figura 9- Consumo de guloseimas e gorduras alimentares



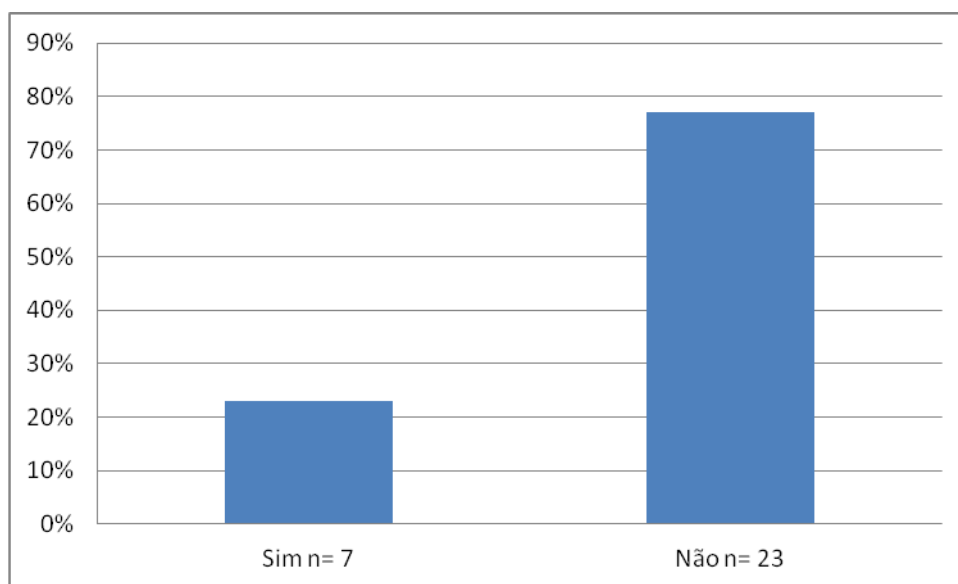
Fonte: Dados obtidos da pesquisa (2011)

Observa-se que 100% das idosas avaliadas consumiam diariamente alimentos que elevam a glicemia de um indivíduo. Podendo ser um dos fatores que levaram ao aparecimento da doença.

Na figura 11 à seguir, 23 % do grupo analisado tinham facilidade em aderir à dieta que lhe foi prescrita, enquanto 77% delas sentiram grande dificuldade em seguir essas orientações e com isso acabaram voltando para seus antigos hábitos.

Nas redes básicas de saúde, as iniciativas de educação nutricional vinculam-se, na maioria dos casos, aos grupos de idosos, hipertensos e diabéticos (BUSNELLO, 2007). O grupo de idosos são os que mais participam das atividades educativas nas unidades, mas por mais que seja ativo essa visita aos eventos nas unidades, muitas vezes eles não conseguem ter acesso a uma alimentação equilibrada e saudável, um dos principais fatores para manter uma boa qualidade de vida seria o custo dessa dieta, muitos idosos sobrevivem com apenas um salário mínimo, que na maioria quase todo o dinheiro vai para remédios, sem falar que ainda tem que ajudar nas despesas domésticas (SOUZA, 2008).

Figura11- Percentual das idosas investigadas que seguem a dieta prescrita

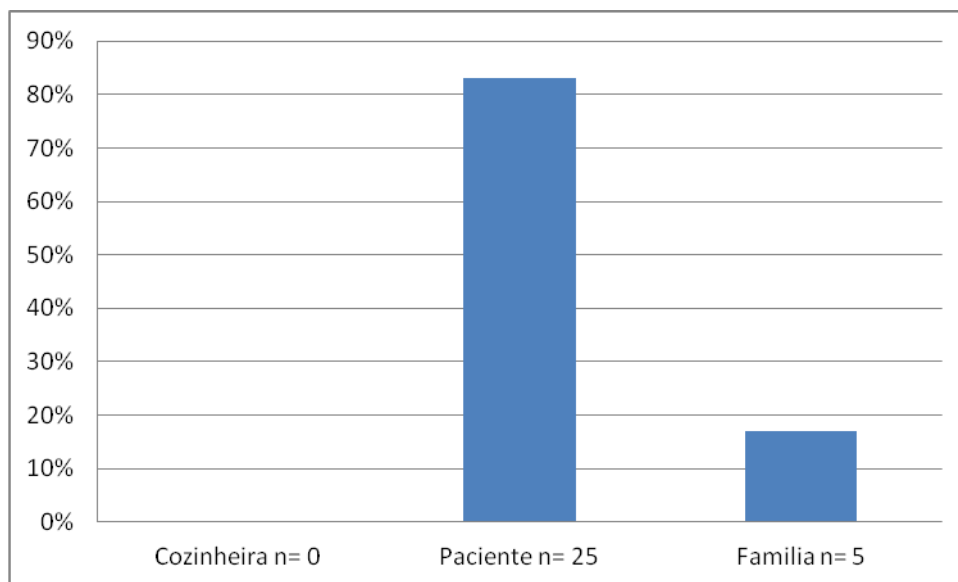


Fonte: Dados obtidos da pesquisa (2011)

Quanto à quem faz as preparações em casa, a figura 12 mostrou que 83% são elas mesmas que fazem a própria comida, 17% a família e 0% a cozinheira.

Muitos idosos moram sozinhos, o que gera solidão, fazendo com que o idoso não tenha um cuidado maior pela sua alimentação, tendo uma ingestão inadequada de alimentos e sem falar na qualidade do que é ingerido, muitos tem problemas motores o que dificulta a sua alimentação. O papel dos instrutores em educação nutricional deve ser o de suporte para indivíduos expandirem suas habilidades para mudanças comportamentais (BUSNELLO, 2007). Em estudos realizados por Péres; Franco; Santos, (2006) a dificuldade em seguir a dieta recomendada esteve muito presente nas entrevistas realizadas com idosos. Vários depoimentos mostraram incapacidade de realizar a dieta devido ao inconformismo com seu caráter restritivo.

Figura 12- Quem prepara as refeições na sua casa

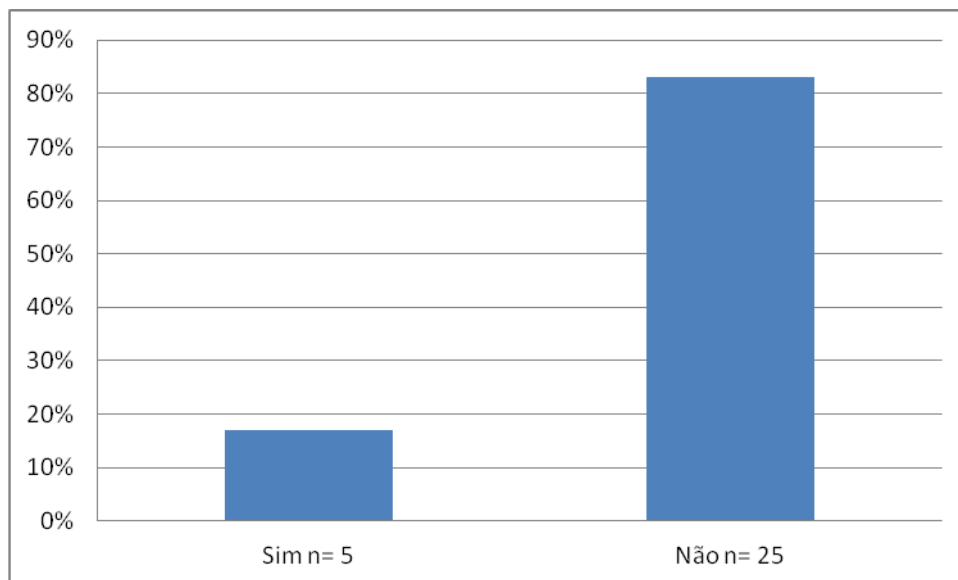


Fonte: Dados obtidos da pesquisa (2011)

De acordo com a figura 13, observou-se que só 17% das idosas praticam algum tipo de atividade diariamente e que 83% do percentual desse grupo não pratica nenhum tipo de atividade física.

A prática de atividade física está diminuída nos idosos, em razão de alterações orgânicas e fisiológicas, além da presença de doenças (artrites, neurológicas, como Parkinson e acidente vascular cerebral, osteoporose) que podem conduzir à incapacidade física, dificultando o ato de locomover-se ou movimentar-se (SILVA; MURA, 2007). A atividade física é parte fundamental na vida saudável de qualquer indivíduo. No caso da DM, há certo consenso de que a atividade física regular e orientada é parte importante (PEIRCE, 1999; CHASE, 2000; ZINKER, 1999). Isso por que são inúmeros os benefícios que decorrem para os diabéticos em consequência da adequada prática orientada. Tais benefícios são tanto de ordem física-fisiológica quanto sócio-psicológica (CHASE, 2000 et al).

Figura 13- Incidência de pratica de atividade física em idosas

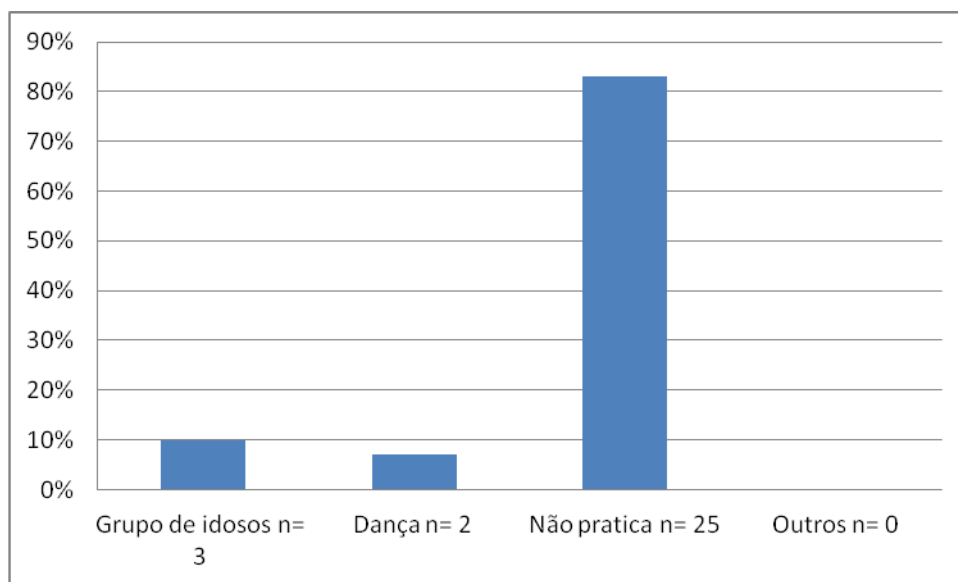


Fonte: Dados obtidos da pesquisa (2011)

Quanto á pratica de algum tipo atividade de lazer descrita na figura 14, observou-se que 83% das idosas estudadas não fazem nenhum tipo de atividade, 10% freqüentam o grupo de idosos da unidade de saúde, 7% fazem dança .

Blini (2005) afirma que envelhecer não quer dizer ficar parado. Os benefícios de se praticar alguma forma de atividade são de importante valia para o idoso, desde a boa circulação sanguínea, sensação de bem-estar até a transformação de vida social.

Figura 14- incidência de atividades de lazer em idosas



Fonte: Dados obtidos da pesquisa (2011)

6 CONCLUSÕES

- ✓ Quanto a caracterização da clientela identificou-se que 73% das idosas tem acima de 80 anos, tendo a principal doença relacionada, além do DM a HAS com 57% e com nível de escolaridade de 73% que não completarão o ensino fundamental incompleto.
- ✓ Com relação a avaliação antropométrica por meio do IMC 80% indicou eutrofia .
- ✓ Quanto à Atividade ocupacional, 90% das idosas são aposentadas,
- ✓ No tocante ao diagnóstico da doença 97% obtiveram por meio de exames de rotina e 3% através de sintomas característicos da doença.
- ✓ O comportamento alimentar obteve o seguinte resultado: 100% consumiam alimentos doces diariamente e 97 % consumiam guloseimas e alimentos gordurosos.

O estudo permite concluir, que apesar de toda orientação no consultório da nutricionista sobre como se controlar o diabetes através da alimentação, grande parte das idosas não seguem corretamente hábitos saudáveis na sua alimentação. Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam contribuir para ações de incentivo à adoção de estilos de vida e hábitos alimentares saudáveis. Destaca-se a importância da implantação e implementação de programas de educação nutricional voltada para o grupo de idosos, visto que esses hábitos alimentares vêm desde a infância e é de fundamental importância essa prática educativa devido ao DM, por se tratar de uma doença silenciosa.

REFERÊNCIAS

ALVES, Hayda Josiane; BOOG, Maria Cristina Faber. Comportamento alimentar em moradia estudantil: um espaço para promoção de saúde. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v, 41, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 de Novembro de 2010.

BAUER, Martin Waskell GEORGE; Gaskell,. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som**: um manual prática. Vozes – Petrópolis. 2002.

BLINI, W. (org). **Salvando vidas com a medicina natural**. São Paulo: Unier/DCL, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. **Manual de Atenção Básica**. Brasília, p. 9, 2006. Disponível em <<http://www.scribd.com/doc/3381326/Caderno-de-Atencao-Basica-Diabetes-Mellitus>> . Acesso em : 16 de Nov. de 2010.

BUSNELO, Fernanda Michielin. **Aspectos Nutricionais do Processo de Envelhecimento**. Atheneu: 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. **Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996**. Disponível em < <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm/>>. Acesso em 29 de novembro de 2010.

CUPPARI, Lílian. **Nutrição nas doenças crônicas não transmissíveis**. Manoli: 2009.

DULLIUS, Jane. **Diabetes Mellitus (Saúde, Educação, Atividades Físicas)**. UNB: 2007.

FIRMO, J.O.A.; UCHÔA, E.; LIMA-COSTA, M.F. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertensão entre idosos. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p.512-521, mar/abr, 2004.

FRANK, Andréa Abdala. SOARES, Eliane de Abreu. **Nutrição no envelhecer**. Atheneu: 2004.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 34. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

FREITAS, Maria do Carmo Soares de. FONTES, Gardênia Abreu Vieira. OLIVEIRA, Nilce de. (org). **Escritas e Narrativas Sobre Alimentação e Cultura**. EDUFBA – Bahia: 2008.

GARCIA, Analia Nusya de Medeiros; ROMANI, Sylvia de Azevedo Mello; Lira Pedro Israel Cabral de. **Indicadores antropométricos na avaliação nutricional de idosos: um estudo comparativo**. Rev. Nutr. , Campinas, v.20, n. 4, 2007.

GARRIDO, Regiane; MENEZES, Paulo R. **O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica**. Revista Brasileira de psiquiatria, 2002. Disponível em:< www.scielo.br/pdf/rbp/v24s1/8849.pdf> Acesso em: 14 nov. 2002.

GIACOMO da Mota, Denise; FABERBOOG, Maria Cristina. **Educação Nutricional**. São Paulo: IBRASA, 1988.

GROSS,J. et al. Diabetes melito: **Diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico**. Serviço de endocrinologia do Hospital de clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 2001. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/abem/v46n1/a04v46n1.pdf>> Acesso em: 14 nov. 2002.

MAGNONI, Daniel; CASTILHO, Anna Chistina. Nutrição e o Processo de Envelhecimento. I M e N(Instituto de Metabolismo e Nutrição) Disponível em: <http://www.nutricaoclinica.com.br/content/view/96/16/> Acesso em : 8 de out de 2011.

MAHAN, L. Kathlun. ESCOTT-ESTUMP, Sylvia. KRAUSE: Alimentos, nutrição e dietoterapia. Saunders Elsevier: 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. São Paulo/SP: Hucitec, 2006. p. 390.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo/SP: Hucitec, 2010, p. 407

MARTINS, Bruna Santos; Ribeiro, Heloisa M. Da Silveira; SILVA, Jeane de Oliveira Rocha. **Fatores determinantes do estado nutricional em idosos institucionalizados**, Monografia de conclusão do curso (Graduação nutrição) – Faculdade de Ciências da saúde da Universidade vale do Rio Doce – UNIVALE, Governador Valadares, MG, 2008.

OLIVEIRA, Silvio Luis de. **Tratado de Metodologia Científica**: Projetos de pesquisa, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses. São Paulo/SP, 1998, p. 115.

PÉRES, D.; FRANCO, L.; SANTOS, M.; **Comportamento alimentar de mulheres portadoras de diabetes tipo 2**. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v, 40, n. 2, abril de 2006. Disponível em: www.scielo.org/scielo.php?scrip=arttext&pid=s0034-89102006000200018&ing=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em 16 de Nov. de 2011

PINTO, Vera Lúcia. **Pedagogia de projeto em nutrição**. In: GUEDES, Ana Emilia Leite et al. **As Ações de Nutrição na Atenção à Saúde. Reflexões, Desafios e Perspectivas**. Natal: EDUFRN, 2006. 105p.

POULAIN, Jean-Pierre. PROENÇA, Rossana Pacheco da Costa. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. **Rev. de Nutrição**. Campinas, v, 16, n. 16, Jul/Set de 2003. Disponível em : < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732003000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 de Nov. de 2011.

RAUEN, Michelle Soares; MOREIRA, Emília Addison Machado; CALVO, Maria Cristina Marino et al. **Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados**. Ver.Nutr., v.21, n. 3, p. 303-310. Maio-jun. 2008.

RODRIGUES, Bianca Arnoud. **Mirem no exemplo daquelas mulheres de Atenas**: (Auto) biografias maternas como elemento reflexivo para o cuidado de crianças. 2007. 146 f. Especialização/Residência em Saúde da Família – Universidade Estadual Vale do Acaraú, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia, Sobral/CE,[2007].

ROSSI, Alessandra; MOREIRA, Emília Addison Machado; RAUEN, Michelle Soares. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Rev. de Nutrição**. Campinas, v, 21, n. 6, nov./dez. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000600012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 de Nov. de 2010.

SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho & SABRY, Maria Olganê Dantas. **Nutrição em doenças crônicas: prevenção e saúde**. São Paulo: Athene, 2007.

SARTORELLI, Daniela Saes; FRANCO, Laércio Joel. **Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, 2003. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 de Nov. de 2010.

SILVA, Sandra M. Chemin S. da. MURA, Joana D'arc Pereira. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia**. Roca: 2007.

SILVA. Rosália de Fátima e. **A entrevista compreensiva**. Texto utilizado para discussão no curso de Procedimentos Metodológicos: objeto, contexto e técnicas de análises I. UFRN. DEPEd . Programa de Pós-graduação em Educação; 2002; com base em tradução livre do livro KAUFMANN; Jean Claud L' entretien Comprensif. Paris: Nathan, 1996.

SOUZA, Débora Tarcinalli Souza. **Impacto da educação nutricional no perfil dietético de mulheres com mais de 60 anos de dois grupos de terceira idade de Bauru/SP**. Revista Nutrição Brasil. nº06, ano 07. Atlântica Editora: 2008. p.324-331.

TORRES, H.; HORTALE, V.; SCHALL, V. **A Experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n.4. Disponível em: <
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000400026&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 15 Nov. de 2011.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. Noções Básicas. **Metodologia Científica Para a Área de Saúde**. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

VITOLO, Márcia Regina. **Nutrição da gestação ao envelhecimento**. Rúbio: 2010.

TRUSWELL, Jim Mann e A. Stwwart. **Nutrição Humana**. Vol.02. Guanabara Koogan: 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO NORTE

Título do Projeto: Comportamento Alimentar de Idosas Frente ao diabetes mellitus.

Pesquisador (es): Acd. Raquel Ângela Lima da Silva (Curso de nutrição – FARN), Esp. Bianca Arnoud Rodrigues (docente do curso de Nutrição-FARN).

Objetivo: Verificar o comportamento alimentar de mulheres idosas acima de 60 anos, após o diagnóstico do Diabetes mellitus.

Riscos: Este estudo oferece riscos mínimos ao sujeito da pesquisa, tendo em vista que o paciente não será submetido a procedimentos invasivos.

Benefícios: Contribuir para a formação de conhecimento acadêmico relacionado à Ciência da Nutrição.

Confidencialidade: Os registros serão guardados e somente os pesquisadores da equipe terão acesso a estas informações.

Participação Voluntária: Não há penalidade para alguém que decida não participar dos estudos provenientes deste projeto, como também poderá desistir em qualquer época.

Consentimento para a participação: Estou de acordo em participar dos estudos provenientes desse projeto. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos do trabalho e os procedimentos aos quais serei submetido. Foi garantido o direito a desistir em qualquer época, sem que este ato implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou a minha família. A minha participação não implicará em custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes a identificação da minha pessoa.

Assim, caso você concorde em participar deste estudo torna-se necessário que assine a seguir, permitindo, desta forma a realização da entrevista.

Nome: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Data: ____/____/____

APÊNDICE II: QUESTIONÁRIO

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FARN – FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE

QUESTIONÁRIO

Instituição:

1-Faixa etária das idosas

60 65 anos () 66 à 70 () Acima de 71 anos ()

2- Doença relacionadas

Hipertensão() Doenças crônicas não transmissíveis() Cardiopatias()

3- Escolaridade:

Não sabe ler nem escrever () Ensino fundamental incompleto ()

Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto ()

Ensino médio completo ()

4- IMC:

5- Atividade ocupacional

Aposentada () Trabalha ativo ()

6- Como foi descoberta a doença

Através de sintomas () Exame de rotina ()

7- No que o diabetes interferiu no seu estilo de vida

Mudança de habito alimentar () Depressão () Aposentadoria ()

8- Teve apoio da família no tratamento da doença

Sim () Não ()

9- Você costumava consumir diariamnete antes da descoberta da doença alimentos, como: frituras, salgadinhos de pacotes, hambúrgueres, mortadela, carne em conserva, salsicha, lingüiça e outros).

Sim() Não()

10- Você costumava consumir diariamente antes da descoberta da doença alimentos doces como, doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados.

Sim() Não ()

11- Tem facilidade em aderir a dieta que lhe foi prescrita?

Sim () Não ()

12- Quem Faz as refeições em sua casa

Cozinheira() O paciente () Familiar ()

13- Pratica de atividade física

Sim () Não ()

14- Atividade de lazer

Grupos de idosos() Dança () Não pratica () Outros ()