

CENTRO UNIVERSITÁRIO FAMINAS

**FRANCIELLY APARECIDA DE PAULA VICENTE
KAROLINA ARAÚJO DE OLIVEIRA**

**CONHECIMENTO SOBRE O DIABETES E AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA,
CLÍNICA E NUTRICIONAL DE IDOSOS COM DIABETES MELLITUS
FREQUENTADORES DE UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA NO MUNICÍPIO DE
MURIAÉ - MG**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**MURIAÉ
2023**

**FRANCIELLY APARECIDA DE PAULA VICENTE
KAROLINA ARAÚJO DE OLIVEIRA**

**CONHECIMENTO SOBRE O DIABETES E AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA,
CLÍNICA E NUTRICIONAL DE IDOSOS COM DIABETES MELLITUS
FREQUENTADORES DE UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA NO MUNICÍPIO DE
MURIAÉ - MG**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso
a ser realizado e apresentado como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel em
Nutrição do Centro Universitário Faminas.
Orientador: Prof. Me. Iury Antônio de Souza

**MURIAÉ
2023**

Vicente, Francielly; Oliveira, Karolina.

Conhecimento sobre diabetes e avaliação sociodemográfica, clínica e nutricional de idosos com diabetes mellitus frequentadores de um centro de convivência no município de Muriaé-MG. / Francielly Aparecida de Paula Vicente e Karolina Araújo de Oliveira. – Muriaé, 2023.

56p.

Orientador: Prof. Me. Iury Antônio de Souza.

Trabalhos de Iniciação Científica – Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em Nutrição).

TERMO DE APROVAÇÃO

**FRANCIELLY APARECIDA DE PAULA VICENTE
KAROLINA ARAÚJO DE OLIVEIRA**

**CONHECIMENTO SOBRE O DIABETES E AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA,
CLÍNICA E NUTRICIONAL DE IDOSOS COM DIABETES MELLITUS
FREQUENTADORES DE UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA NO MUNICÍPIO
DE MURIAÉ - MG**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Me. Iury Antônio de Souza – Orientador

Prof. Avaliador 1 – FAMINAS

Prof. Avaliador 2 – FAMINAS

Nota: _____

Muriaé, _____ de _____ de _____

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho à Deus, por ser essencial em nossas vidas,
O qual nunca nos deixou desistir de nossos objetivos.
E por nos proporcionar a concretização dessa conquista.

AGRADECIMENTOS

Acadêmica Francielly Aparecida de Paula Vicente

Agradeço a Deus em primeiro lugar, por nunca deixar de me amparar, e sempre fortalecer minha fé e força de vontade durante toda minha trajetória. Agradeço aos meus pais, que sempre foram minhas maiores motivações durante todos esses anos, fazendo-se sempre meu alicerce através de orações, amor e carinho para comigo.

Agradeço ao meu noivo, Hugo por todo apoio, incentivo e companheirismo em todos os momentos de aflição.

Agradeço a minha amiga e parceira Karolina, que sempre foi minha companheira nesses anos, onde ensinamos e aprendemos uma com a outra e sem ela essa conquista não seria possível.

Agradeço ao meu querido professor e orientador, lury que desde o início da graduação esteve conosco nos ensinando com seu conhecimento, apoiando e ajudando da melhor maneira possível para que este trabalho fosse concretizado com excelência.

Acadêmica Karolina Araújo de Oliveira

Agradeço a Deus por sempre me conduzir no caminho da fé e me sustentar ao longo dessa trajetória.

Agradeço a minha Família, por sempre abraçarem e incentivarem meus sonhos.

Agradeço a minha amiga Francielly, pelo companheirismo, amizade e dedicação durante nossa graduação, sem ela não seria possível.

Agradeço ao meu amigo João Vitor, por todo apoio e dedicação quando eu mais precisei nesses anos.

Agradeço ao professor e amigo lury, que sempre nos acolheu, incentivou e tornou possível a realização de nossos sonhos.

EPÍGRAFE

*“A felicidade não está no sabor do alimento
e sim no resultado de sua nutrição”.*

(Zandonai)

RESUMO

INTRODUÇÃO: Diabetes Mellitus é uma doença metabólica, multifatorial, caracterizada por hiperglicemias recorrentes. Dentre os fatores de influência, o contexto alimentar tem destaque. O autocuidado é parte integrante do tratamento, sendo importante que o indivíduo tenha conhecimento e desenvolva habilidades que o auxiliem. **OBJETIVO:** Avaliar o conhecimento sobre diabetes, hábitos alimentares e o estado nutricional de idosos com diabetes mellitus. **METODOLOGIA:** Estudo transversal, descritivo, realizado de maio a julho de 2023, em um centro de convivência no município de Muriaé – MG, após aprovação (parecer 6.035.225). Para tal, foi utilizado um questionário compreendendo dados sociodemográficos, história pregressa e consumo alimentar. O conhecimento sobre diabetes foi avaliado a partir do *Diabetes Knowledge Scale Questionnaire*. A classificação do estado nutricional, conforme referência, foi realizada após a avaliação antropométrica (peso e altura). Os dados foram analisados no programa *Microsoft Excel®* versão 2019. **RESULTADOS:** Participaram 50 idosos, com média de idade de $68,97 \pm 5,65$ anos, sendo 64% do sexo feminino e 72% com ensino fundamental incompleto. Dentre os avaliados, 72% apresentaram baixo conhecimento sobre diabetes. Cerca de 76% não sabiam informar o tipo de diabetes diagnosticado, 20% disseram ter diabetes tipo 2 e 4% tipo 1. Ainda, 66% não souberam indicar que, o não gerenciamento da doença poderia resultar em complicações. Referente ao consumo alimentar, verificou-se que 34,7% afirmaram consumir de uma a duas porções de fruta ao dia e 32% declararam não consumir nenhuma porção de fruta ao dia. Observou-se que 26% consumiam diariamente pelo menos um legume e 4% não consumiam legumes. Foi visto que 48% indicaram consumir um pão por dia, principalmente pão francês (89,8%), e, 18% relataram o consumo de bolos e/ou biscoitos pelo menos uma vez ao dia. Cerca de 82% afirmaram não consumir fast food, 44% não consumiam massas (macarrão e/ou pizza) e 64% alegaram não ingerir refrigerantes. Verificou-se que 58% preparavam as suas refeições e 8% realizavam acompanhamento nutricional. Quanto a ingestão hídrica, 18% disseram ingerir de 1,5 a 2 litros de água ao dia. Dentre os avaliados, 50% estavam eutróficos, 40% apresentavam excesso de peso e 10% desnutrição. **CONCLUSÃO:** Evidenciou-se baixo conhecimento da doença, hábitos alimentares que podem ser melhorados, como por exemplo o consumo diário de frutas e legumes, e também verificou-se o predomínio do preparo de refeições caseiras e considerável excesso de peso entre os idosos. **Palavras-chave:** Diabetes Mellitus, Conhecimento, Hábitos Alimentares.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Diabetes Mellitus is a multifactorial metabolic disease characterized by recurrent hyperglycemia. Among the influencing factors, the food context stands out. Self-care is an integral part of treatment, and it is important that the individuals have knowledge and develop skills that help them. **OBJECTIVE:** To evaluate the knowledge about diabetes, eating habits and nutritional status of elderly people with diabetes mellitus. **METHOD:** Cross-sectional, descriptive study, conducted from May to July 2023, in a community center in the municipality of Muriaé – in the state of Minas Gerais, Brazil, after approval (expert opinion 6.035.225). To this end, a questionnaire was used comprising sociodemographic data, past history and food consumption. Knowledge about diabetes was assessed using the *Diabetes Knowledge Scale Questionnaire*. The classification of nutritional status, according to reference was performed after anthropometric evaluation (weight and height). Data were analyzed using *Microsoft Excel®* version 2019. **RESULTS:** Participants were 50 elderly people, with an average age of 68.97 ± 5.65 years, 64% female and 72% with incomplete elementary education. Among those evaluated, 72% had low knowledge about diabetes. About 76% did not know how to report the type of diabetes diagnosed, 20% said they had type 2 diabetes and 4% type 1. In addition, 66% did not know how to indicate that non-management of the disease could result in complications. Regarding food intake, it was found that 34.7% reported consuming one to two servings of fruit per day and 32% declared not consuming any portion of fruit per day. It was observed that 26% consumed at least one vegetable daily and 4% did not consume vegetables. It was seen that 48% indicated consuming one loaf of bread per day, mainly French bread (89.8%), and 18% reported the consumption of cakes and/or cookies at least once a day. About 82% said they did not consume fast food, 44% did not consume any kind of pasta or pizza and 64% claimed not to consume soft drinks. It was found that 58% prepared their meals and 8% performed nutritional monitoring. As for water intake, 18% said to ingest 1.5 to 2 liters of water per day. Among those evaluated, 50% were eutrophic, 40% were overweight and 10% were malnourished. **CONCLUSION:** There was evidence of low knowledge of the disease, eating habits that could be improved, such as daily consumption of fruits and vegetables, and there was also a predominance of preparing home-cooked meals and considerable excess weight among the elderly. **Keywords:** Diabetes Mellitus, Knowledge, Eating Habits.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Consumo diário de frutas de idosos frequentadores de um centro de convivência do município de Muriaé - MG.....21
- Figura 2.** Frequência de consumo diário de pães por idosos frequentadores de um centro de convivência do município de Muriaé - MG.....23
- Figura 3.** Formas de realização da refeição por idosos frequentadores de um centro de convivência do município de Muriaé - MG.....24
- Figura 4.** Prática de atividade física por idosos frequentadores de um centro de convivência do município de Muriaé - MG.....25
- Figura 5.** Diagrama de atividades físicas praticadas por idosos frequentadores de um centro de convivência do município Muriaé - MG.....25

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADROS

Quadro 1. Classificação do Estado Nutricional de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC) dos Idosos.....	19
---	----

TABELAS

Tabela 1. Caracterização dos idosos frequentadores de um centro de convivência do município de Muriaé - MG.....	20
--	----

Tabela 2. Classificação do estado nutricional de idosos frequentadores de um centro de convivência do município de Muriaé - MG.....	21
--	----

Tabela 3. Frequência de consumo alimentar de idosos frequentadores de um centro de convivência do município de Muriaé - MG.....	22
--	----

Tabela 4. Tempos de diagnóstico do diabetes relatados por idosos frequentadores de um centro de convivência em Muriaé - MG.....	26
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS

CCI	Centro de Convivência do Idoso
DCNT	Doenças Crônicas não transmissíveis
DKN - A	<i>Diabetes Knowledge Scale and Attitudes Questionnaires</i>
DM	Diabetes Mellitus
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
2.	OBJETIVOS	12
2.1	OBJETIVO GERAL.....	12
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	12
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	13
3.1	DIABETES MELLITUS ASPECTOS CLÍNICOS E NUTRICIONAIS.....	13
3.2	CONHECIMENTO E AUTOCUIDADO DE INDIVÍDUOS COM DIABETES...15	
4.	METODOLOGIA	18
5.	RESULTADOS	20
6.	DISCUSSÃO	28
7.	CONCLUSÃO	37
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
9.	APÊNDICES	43
	APÊNDICE 1 – CARTA DE ANUÊNCIA.....	43
	APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..44	
	APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA.....	45
10.	ANEXOS	51
	ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	51
	ANEXO 2 – DIABETES KNOWLEDGE SCALE QUESTIONNAIRE.....	54

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica, metabólica, caracterizada por uma disfunção na concentração sérica de glicose, a qual se encontra elevada, considerando a deficiência pancreática na produção e/ou secreção de insulina, e até mesmo a resistência ao hormônio (SBD, 2019; CORSINI et al., 2021). A variação dos níveis de glicose sanguínea pode ocorrer ao longo do dia, sendo mais evidente em momentos após a realização de refeições, sendo influenciada pela qualidade nutricional dos alimentos ingeridos (BORTOLOTTI, 2014).

O DM pode se apresentar nos indivíduos de forma distinta, considerandoos seus tipos, dos quais, o DM tipo 1 e o DM tipo 2 são os mais comuns na população em geral (SBD, 2019). O DM tipo 1 é considerado uma doença autoimune, visto que, compreende a autodestruição das células beta pancreáticas. Trata-se de um tipo que tem o seu diagnóstico em crianças, adolescentes e adultos jovens (SCHMIDT, 2018; IDF, 2019). O DM tipo 2 possui maior prevalência do que o DM tipo 1, e está relacionado à obesidade, envelhecimento e hábitos não saudáveis, apresentando características clínicas como *acantose nigricans*, hipertrigliceridemia e resistência à insulina (SBD, 2022).

No ano de 2020, o Brasil atingiu a quinta posição entre os países com maior índice de indivíduos diabéticos com acréscimo de 31% da doença nos últimos dois anos (OLIVEIRA et al., 2021). Conforme dados do *International Diabetes Federation* (IDF), referentes a publicação do ano 2021, cerca de 537 milhões de indivíduos com idades entre 20 e 79 anos apresentam diabetes no mundo e estima-se que esse número se eleve para 643 milhões até 2030 e 783 milhões em 2045 (IDF, 2021).

O aumento da população juntamente com a expectativa de vida contribuiu para o crescimento da população idosa, e junto disso, considerando o estilo de vida deste grupo, tem-se a contribuição para o aumento dos casos de DM no mesmo. A predominância global da doença em pessoas com idade entre 60 e 79 anos chega a 18,6%, equivalente a mais de 134,6 milhões de pessoas. No Brasil, foi relatado um predomínio próximo de 20% de idosos (≥ 65 anos) com DM, conforme os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, compreendendo mais de 3,5 milhões de pessoas (BORBA et al., 2019).

Se tratando das causas do DM, ressalta-se que a depender do tipo existem causas principais mais direcionadas para cada um destes (SBD, 2019). Entretanto,

hábitos alimentares inadequados e com reduzida qualidade nutricional e sedentarismo são considerados como fatores de riscos para o desenvolvimento do DM, especialmente o DM tipo 2. Além disso, excesso de peso, obesidade e tabagismo, também colaboram com o surgimento da doença(BORGES et al., 2021).

O sobrepeso e a obesidade são graves impasses ao sistema público de saúde, relacionados com o acréscimo de 61,8% do DM na sociedade brasileira.A educação em saúde associada a um estilo de vida compreendendo hábitos saudáveis são de importância e podem ser trabalhados a partir de ações e programas, considerando a prática a longo prazo, para que haja a permanência de benefícios advindos sobre o controle glicêmico, hábitos gerais e até mesmo em relação ao conhecimento dos indivíduos (LIMA et al., 2020).

O autocuidado em relação a doença é de grande importância para o tratamento. Para o êxito do mesmo é necessário que o indivíduo com DM tenha conhecimento sobre a doença, sobre o tratamento e as mudanças no estilo de vida que irão contribuir. A partir do aprendizado sobre tais questões, considerando as práticas de educação em saúde, o indivíduo tende a ter uma melhor aceitação e compreensão das questões, assim como um melhor convívio consigo e com a sociedade (SIGNOR et al., 2016).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as características sociodemográficas, clínicas e nutricionais de idosos com diabetes mellitus e verificar o conhecimento em relação a doença e autocuidado.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever característica sociodemográficas e clínicas dos idosos com diabetes mellitus.
- Analisar hábitos alimentares e hábitos diários dos idosos com diabetes mellitus.
- Classificar o estado nutricional dos idosos com diabetes mellitus.
- Avaliar o entendimento acerca da doença e do autocuidado em relação a mesma.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 DIABETES MELLITUS: ASPECTOS CLÍNICOS E NUTRICIONAIS

O diabetes mellitus é uma doença provocada pela falta de produção de insulina ou má absorção da mesma, a qual se trata de um hormônio que tem a capacidade de regular a glicose no sangue e assegurar energia para o organismo. A doença em questão pode ocasionar o aumento de glicose e essa elevada taxa pode provocar complicações no coração, nas artérias, nos olhos, rins e nervos, podendo levar a óbito em casos mais graves, considerando as complicações associadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

A classificação do diabetes, baseada na etiopatogenia, inclui o diabetes tipo 1 (DM1), diabetes tipo 2 (DM2) e diabetes gestacional (DMG), sendo estes os tipos mais comuns na população, e, além desses, a classificação também apresenta outros tipos de DM. Ainda, outras variações têm sido propostas, abrangendo a classificação em subtipos de DM, considerando o momento do início do diabetes, história familiar, função residual das células beta, índices de resistência à insulina, riscos de complicações crônicas, grau de obesidade, presença de autoanticorpos e possíveis características sindrômicas (SBD, 2023).

O DM1 possui duas categorias, sendo 1A e 1B. O tipo 1A (autoimune) se trata da eliminação decorrente das células beta pancreáticas, ocasionando por consequência a insuficiência do organismo na produção de insulina. O DM1 é comumente diagnosticado na infância ou adolescência, representando cerca de 5 a 10% dos casos existentes. Já o tipo 1B (idiopático) ainda não há uma explicação concreta, e condiz com a falta de marcadores imunes (MOREIRA; CARVALHO, 2016). A apresentação clínica é repentina, predispõe à cetose e cetoacidose e requer tratamento completo com insulina após ou logo após a diagnóstico (SBD, 2023).

O DM2 se trata de uma síndrome de etiologia múltipla, devido a associação da insuficiência de insulina ou da baixa capacidade da insulina realizar sua função de forma adequada, contribuindo para o aumento dos níveis glicêmicos e possibilitando complicações para o indivíduo acometido. Se trata de um problema de saúde, que por sua vez, sendo tratado ainda na atenção básica, pode evitar admissão hospitalar e até mesmo à morte em decorrência de agravos cardiovasculares e cerebrovasculares (GREGHI; PASCON, 2016). O DM2 é considerado o tipo mais prevalente na

população, sendo que, a obesidade e o envelhecimento são fatores que estão diretamente relacionados a doença (SBD, 2023).

O aumento da população idosa é um fenômeno global que afeta tanto os países desenvolvidos como os países em desenvolvimento. O DM nos idosos acarreta um elevado risco de morte, estando diretamente associado a outras comorbidades e particularmente relacionada a síndromes geriátricas graves (PRADO et al., 2016). Segundo dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (Vigitel, 2023) o DM fez-se mais frequente, com o aumento intenso de acordo com a progressão da idade em homens e mulheres, e para os idosos com 65 anos ou mais a prevalência obtida foi de 27,6% (BRASIL, 2023).

Ressalta-se que o DM pode ser evitado e/ou retardado, a depender do caso, por meio de mudanças dos hábitos de vida mais saudáveis, incluindo a alimentação juntamente com a prática de exercícios físicos (SBD, 2019). Alcançar um bom controle glicêmico e metabólico para reduzir complicações a longo e curto prazo, representa um obstáculo para os pacientes com DM, familiares e profissionais de saúde. Mesmo a partir de mudanças de comportamentos e aceitação ao tratamento medicamentoso, se torna um desafio manter o controle metabólico diariamente, pois este irá depender de uma série de fatores relacionados ao tratamento do diabetes (FARIA et al., 2013).

É compreendido que mudanças alimentares contribuem para a prevenção e controle do DM, haja vista a influência dos componentes alimentares no perfil glicêmico do indivíduo. Entretanto, as mudanças no estilo de vida visando hábitos mais saudáveis, não necessariamente ocorrem de forma repentina, mas sim, ao longo do tempo, sendo de grande importância esse esclarecimento para o indivíduo sob tratamento (PEREIRA; FRIZON, 2017).

A terapia nutricional tem um impacto relevante no bom controle glicêmico, uma vez que, pode reduzir de 0,3% a 2% do valor sérico da hemoglobina glicada. Contudo, a alimentação, para a maioria dos pacientes, se torna o maior desafio do DM. O papel do tratamento nutricional é de extrema importância, visto que, cada plano alimentar deve ser feito de forma individualizada, não estando relacionado ao um único padrão ideal de alimentação para o paciente com diagnóstico de DM (CAMPOS et al., 2020).

Além do plano alimentar, a conduta nutricional também deve analisar e considerar a parte comportamental do indivíduo, colocando-o em evidência no cuidado, para que sempre possa considerar a disposição, limitações e recursos

acessíveis, tornando as decisões e recomendações em conjunto com as preferências individuais de cada indivíduo (SBD, 2023).

Dessa maneira, a base da alimentação na conduta nutricional para o DM, deve ser de forma variada e equilibrada, tendo como propósito atender as carências nutricionais, manter as metas glicêmicas, adquirir e manter o peso saudável, bem como, colaborar para o controle da pressão arterial e dos lipídios séricos, agindo na prudência de complicações micro e macrovasculares relacionadas à doença (SBD, 2023).

Salienta-se que a estratégia nutricional deve ser feita de forma individual e apta à condição do paciente para se obter melhores resultados. Considerando que o excesso de peso é um fator de risco, para indivíduos com obesidade ou sobrepeso, a perda de peso/gordura é importante e deve ser considerada, se tornando parte da terapia nutricional. A redução de peso do indivíduo deve ser elaborada em conjunto com o plano de tratamento, levando em consideração o tempo, idade, rotina, comorbidades e os recursos do paciente (SBD, 2023).

3.2 CONHECIMENTO E AUTOCUIDADO DE INDIVÍDUOS COM DIABETES MELLITUS

Entende-se como educação em diabetes o processo de aprimoramento de habilidades e conhecimentos sobre a doença, juntamente com o entendimento e a integração dos instrumentos necessários para alcançar as metas determinadas em cada tratamento. Esse processo educativo é uma ferramenta fundamental para assegurar o autocuidado e conceder ao paciente a participação nas decisões do seu tratamento (SBD, 2019).

Considerando a importância de tal ferramenta, ao longo das últimas décadas a educação em diabetes progrediu e passou a contar com técnicas modernas para melhor adesão, treinamento e o autocuidado em modelos que almejam mudanças de comportamento positivas. Os principais objetivos da educação em diabetes são: proporcionar melhor qualidade de vida, melhorar os feitos clínicos, prevenir ou retardar o diabetes e suas complicações, preparar o indivíduo com o diagnóstico de DM para praticar o autocuidado e reduzir as barreiras existentes entre indivíduos que possuem o diagnóstico de DM com seus familiares, profissionais de saúde e comunidade (SBD, 2019).

Nesse contexto, ressalta-se que o entendimento acerca do conhecimento sobre DM é um fator relevante diante das técnicas a serem determinados para uso. Assim, a utilização de questionários ou instrumentos para avaliação é uma estratégia presente em programas de educação em saúde, de modo a possibilitar a estimação de resultados do método de aprendizagem e ensino, e assim, as prováveis atitudes e mudanças em relação ao DM (BORBA et al., 2019)

No que se refere aos instrumentos utilizados para avaliar o conhecimento da população ou grupo da população sobre DM, e a partir dos resultados traçar estratégias educativas, tem-se destaque para alguns já consagrados nesse âmbito de pesquisa como o *Diabetes Attitudes Questionnaire* (ATT-19) e o *Diabetes Knowledge Scale Questionnaire* (DKN-A) (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2005).

O ATT-19 é um questionário que considera atitudes e, conseqüentemente, avalia métodos educativos, conhecimento e entendimento acerca do DM. Já o DKN-A é um instrumento que compreende questionamentos sobre diversos aspectos referentes ao conhecimento geral de DM. Este aborda fisiologia básica, abrangendo a ação da insulina, hipoglicemia, os alimentos e suas substituições, administração do DM em situações variadas e os principais cuidados com a doença (DKN-A) (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2005).

Considerando os cuidados gerais de saúde associados a doença, a prática de exercícios físicos já foi vinculada como um sinal positivo de conhecimento e tratamento da doença, e, os indivíduos que compreenderam que a atividade física é um método preventivo sem o uso de fármacos orais e a praticam obtém resultados consideráveis. A adesão ao estilo de vida saudável e fisicamente ativo pode reduzir os riscos de outras doenças crônicas junto com o DM (SANTANA et al., 2015).

Por outro lado, a ausência de programas educativos voltados para idosos no âmbito de educação em saúde e educação em diabetes é um fator que desfavorece o conhecimento e autocuidado pelo público em questão. Já se sabe que, um baixo nível de conhecimento geral em relação a diabetes pode favorecer complicações e autogerenciamento inadequado, ressaltando a importância de aprimorar o conhecimento sobre a doença. No contexto de estratégias educativas, sugere-se que a capacidade cognitiva em idade avançada, incentivo a aprendizagem, local de residência e ter alguma atividade de ocupação, são fatores que podem influenciar e implicar na necessidade de estratégias que tenham a finalidade de diminuir os impactos causados pela doença (BINH et al., 2015).

Considerando os contextos apresentados e visando melhorias na qualidade de vida dos indivíduos com DM, assim como, evitando uma sobrecarga na atenção terciária em consequência das complicações da doença, evidencia-se a importância da educação em diabetes. Ressalta que, atualmente a educação em diabetes é entendida como parte do tratamento da doença, sendo assim necessária à sua inserção em todos os níveis de atenção (MARQUES et al., 2016).

Além de considerar o indivíduo enquanto paciente, a educação em diabetes também tem o intuito de assegurar a capacitação de profissionais da área de saúde visando a oferta de serviços com alto padrão de qualidade. Já se sabe que a realização de estratégias educativa por meio do diálogo e troca de saberes agrega valor ao conhecimento popular e estimula o autocuidado e autonomia do indivíduo a sua própria saúde (MARQUES et al., 2016).

As estratégias a serem utilizadas podem ser disseminadas com o uso de tecnologias, por meio de jogos, *podcast*, fóruns *online*, sites, mídias digitais em geral, entre outros. Contudo, é importante orientar que o indivíduo se atente a origem das informações, visto que, trata-se de um meio que também possibilita informações sensacionalistas e controversas, sendo este outro motivo para evidenciar a importância das ações de educação em diabetes, as quais contribuirão para a análise crítica das informações (MARQUES et al., 2016).

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, que foi realizado com idosos de idade maior ou igual a 60 anos de ambos os gêneros e etnias. A coleta de dados foi realizada no Centro de Convivência do Idoso do município de Muriaé – MG mediante a autorização prévia da coordenação do local (Apêndice1) e posteriormente a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Faminas – Muriaé (CAAE: 68538223.2.0000.5105) (ANEXO 1). Os idosos foram convidados a participarem voluntariamente da pesquisa, sendo necessária a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2) ou a marcação da digital pelo próprio idoso quando o mesmo não souber e/ou puder assinar o seu nome.

Foram incluídos na pesquisa os idosos que apresentaram idade maior ou igual a 60 anos, que se autodeclararam diabéticos mediante diagnóstico médico já recebido e que declararam concordância em participar conforme o TCLE. Foram excluídos os idosos com alguma necessidade especial que influenciasse e/ou comprometesse a participação na pesquisa.

A coleta de dados foi realizada de forma individual, por pesquisadores treinados, em uma área disponibilizada no Centro de Convivência do Idoso do município de Muriaé – MG. Para a coleta de dados foram aplicados dois questionários estruturados. O primeiro havia questões sobre características sociodemográfica, hábitos e comportamentos alimentares, ingestão de álcool, fumo e dados clínicos autorrelatados (Apêndice 3). O segundo questionário compreendia questões relacionadas ao conhecimento dos idosos sobre a doença, sendo este validado e denominado de *Diabetes Knowledge Scale Questionnaire – DKN* (TORRES et al., 2005) (Anexo 2).

Ambos os instrumentos foram preenchidos pelos pesquisadores em meio aos questionamentos realizados para com os participantes da pesquisa. Além disso, também foi realizada a avaliação antropométrica dos mesmos.

As medidas antropométricas foram coletas de forma presencial pelos pesquisadores treinados por meio de uma balança corporal digital com capacidade máxima de 180kg (marca: Planeta, material: vidro temperado e plástico) e uma fita métrica automática retrátil de 1,50m. As medidas compreenderam o peso (kg) e altura (m). Para a pesagem, os participantes foram orientados a subir na balança descalços,

sem objetos no bolso e/ou adornos que pudessem influenciar no valor a ser obtido. Para a medição da altura, os participantes foram orientados a estarem descalços, sem adornos na cabeça, e em posição ereta, apoiados a uma parede plana, de modo que a fita métrica pudesse ser posicionada da região superior da cabeça a sola dos pés. Os valores obtidos de peso e altura foram utilizados para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) [$IMC = (\text{peso} / (\text{altura})^2)$] e seguidamente a classificação do estado nutricional de acordo com os parâmetros de Lipschitz (1994), conforme o quadro 1.

Quadro 1. Classificação do Estado Nutricional de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC) dos Idosos

Classificação	IMC (Kg/m ²)
Desnutrição	<22 kg/m ²
Eutrofia	22 - 27 kg/m ²
Excesso de peso	>27 kg/m ²

Legenda: < - menor; > - maior.

Fonte: Lipschitz, 1994.

Os conhecimentos gerais sobre DM, foram avaliados a partir do questionário *Diabetes Knowledge Scale Questionnaire – DKN* (Anexo 1). Este era composto por 15 questões de múltipla escolha relacionadas a conhecimentos sobre o DM. O questionário abrangia 5 categorias ampliadas: a) fisiologia básica, considerando a ação da insulina, b) hipoglicemia, c) grupos de alimentos e suas substituições, d) gerenciamento de DM na intercorrência de uma outra doença, e) princípios gerais dos cuidados da doença. Para as questões com respostas corretas foi atribuído escore um (1) e para as incorretas foi atribuído escore zero (0). A escala de medida é de 0 a 15 pontos, sendo que as questões de 1 a 12 apresentavam somente uma resposta correta e as questões de 13 a 15 continham duas respostas corretas, sendo que, ambas deviam ser indicadas pelo respondente para que se atribua o escore um (1) a essas determinadas questões. A partir disso, serão somados os pontos e obtido o escore final, considerando que quanto maior o total obtido, maior o conhecimento do indivíduo sobre DM (TORRES et al., 2005).

Os dados gerais foram computados e analisados no programa *Microsoft Excel®*, versão 2019. Foram calculadas médias, desvios padrões, frequências simples e absolutas dos dados coletados.

5 RESULTADOS

O presente estudo teve como amostra 50 idosos com média de idade de 68,97 \pm 5,65 anos, sendo 64% (n = 32) do sexo feminino. Quanto ao nível de escolaridade, verificou-se que 72% (n = 36) possuíam ensino fundamental incompleto. A maioria dos idosos 70% (n = 35) encontravam-se aposentados e casados 56% (n = 28). Os demais dados de caracterização estão dispostos na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos idosos frequentadores de um centro de convivência do município de Muriaé - MG.

Escolaridade	%(N)
Não soube informar	4% (2)
Ensino Fundamental Incompleto	72% (36)
Ensino Fundamental Completo	4% (2)
Ensino Médio Incompleto	4% (2)
Ensino Médio Completo	6% (3)
Ensino Superior Completo	10% (5)
Sexo	%(N)
Feminino	64% (32)
Masculino	36% (18)
Estado Civil	%(N)
Solteiro	2% (1)
Casado	56% (28)
Viúvo	28% (14)
Separado (a) / divorciada (a)	14% (7)
Aposentado	%(N)
Sim	70% (35)
Não	30% (15)

Legenda: n = tamanho da amostra; % = percentual obtido.

Considerando os dados antropométricos e a conseguinte classificação do estado nutricional, constatou-se que 50% (n = 25) dos participantes se encontravam eutróficos, conforme se observa na tabela 2.

Tabela 2. Classificação do estado nutricional de idosos frequentadores de um centro de convivência do município de Muriaé - MG.

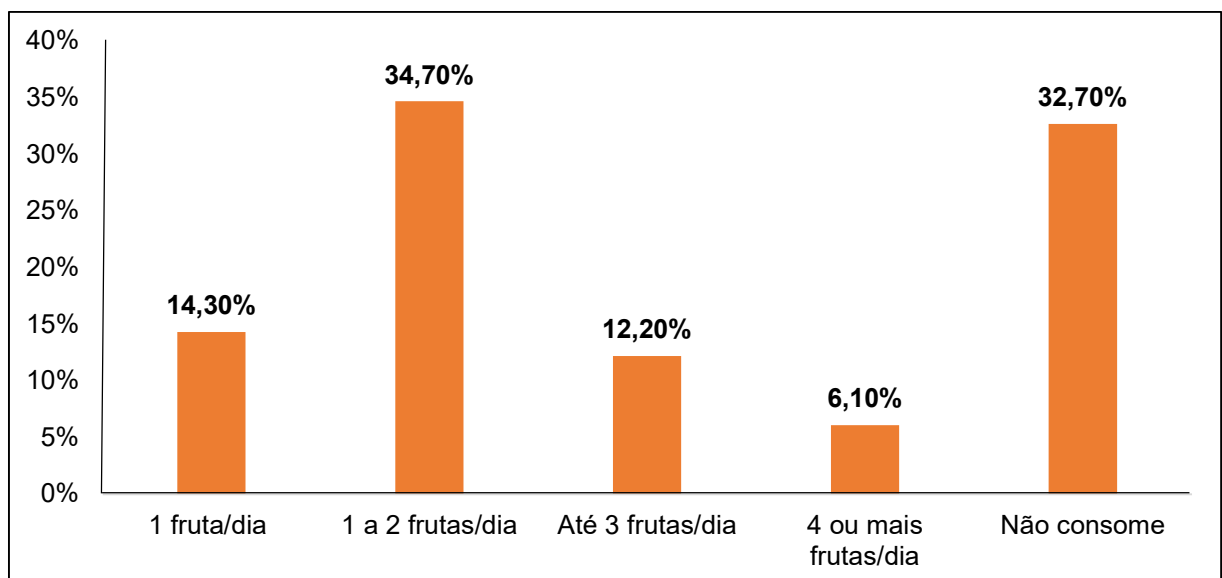
Classificação do estado nutricional	% (N)
Desnutrição	10 (5)
Eutrofia	50 (25)
Excesso de peso	40 (20)

Legenda: n = tamanho da amostra; % = percentual obtido.

Ao avaliar os hábitos gerais, iniciando-se pelo hábito de realizar as refeições em domicílio, foi visto que a maioria dos participantes (98%, n = 49) apresentavam tal hábito. Além disso, 72% (n = 36) disseram realizar de 4 a 5 refeições ao dia e 26% (n = 13) de 2 a 3 refeições ao dia.

Ao questionar os entrevistados sobre o hábito de consumir frutas durante o dia, cerca de 34,7% (n = 17) afirmaram que realizavam a ingestão de 1 a 2 frutas ao dia, entretanto, 32,7% (n = 16) relataram não consumir nenhuma fruta ao dia, conforme se observa na figura 1.

Figura 1. Consumo diário de frutas de idosos frequentadores de um centro de convivência do município de Muriaé - MG.



Legenda: % = percentual obtido.
Elaborado pelas autoras (2023).

Também se observou que 30% (n = 15) dos participantes disseram consumir legumes de 3 a 4 vezes na semana e 4% (n = 2) afirmaram não consumir nenhum tipo

de legume. Em relação ao consumo de bolos e/ou biscoitos, 18% (n = 9) disseram consumir todos os dias pelo menos uma vez ao dia, e em relação ao consumo de massas (macarrão e/ou pizza), 44% (n = 22) afirmaram que não costumavam consumir e 46% (n = 23) relataram que consumiam até duas vezes por semana.

Ainda sobre os hábitos alimentares, 82% (n = 41) dos avaliados relataram que não possuíam o hábito de consumir lanches/*fast food* (hambúrguer, batata frita, pastéis, crepes, entre outros). Ao serem questionados sobre a frequência da ingestão de refrigerantes, 64% (n = 32) afirmaram que não possuíam este hábito, e 26% (n = 13) ingeriam até 2 vezes por semana. Os demais dados relacionados aos hábitos alimentares e frequências de consumo estão dispostos na tabela 3.

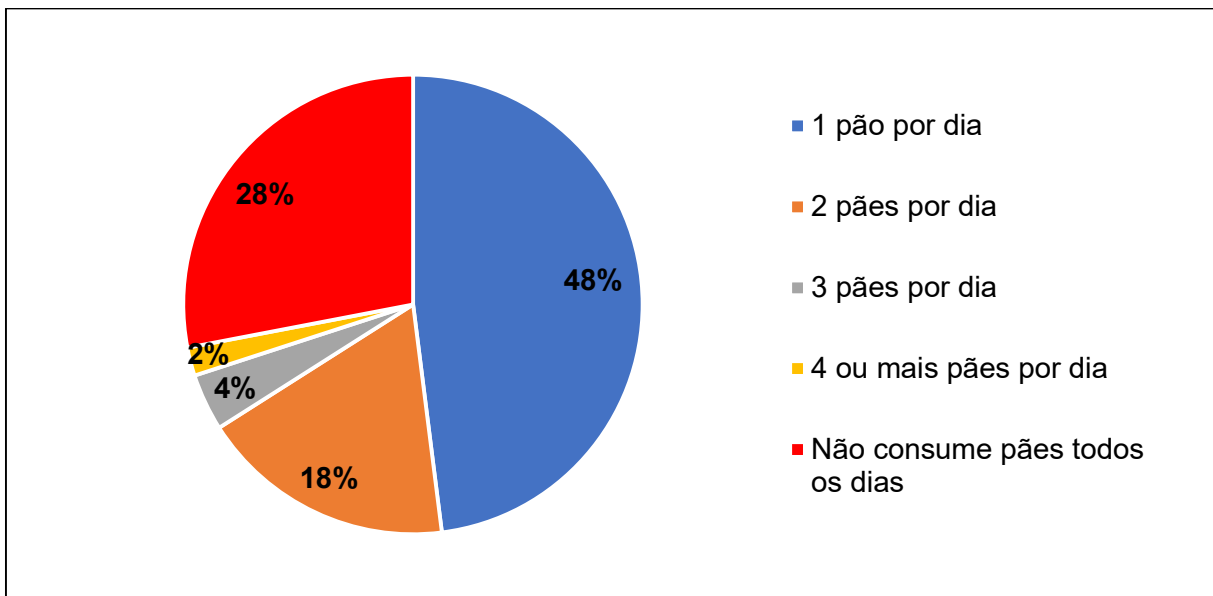
Tabela 3. Frequência de consumo alimentar de idosos frequentadores de um centro de convivência do município de Muriaé - MG.

Alimentos	Consumo até 4	Consumo 5 ou mais
	vezes/semana	vezes/semana
	% (N)	% (N)
Legumes	42 (21)	28 (14)
Bolos ou biscoitos	56 (28)	14 (7)
Massas	50 (25)	2 (1)
Lanches/ <i>fast food</i>	50 (25)	0
Refrigerantes	34 (17)	2 (1)
Sucos naturais/artificiais	50 (26)	2 (1)

Legenda: n = tamanho da amostra; % = percentual obtido.

Em relação ao consumo de pão, verificou-se que 48% (n = 24) possuíam o hábito diário de consumo desse alimento, sendo que o pão francês (“pão de sal”) era o tipo mais consumido, relatado por 89,8% (n = 44) dos entrevistados. Entretanto, 10,2% (n = 5) afirmaram que consumiam com mais frequência o pão de forma integral. A frequência de consumo de pães ao dia está apresentada na figura 2.

Figura 2. Frequência de consumo diário de pães por idosos frequentadores de um centro de convivência do município de Muriaé - MG.

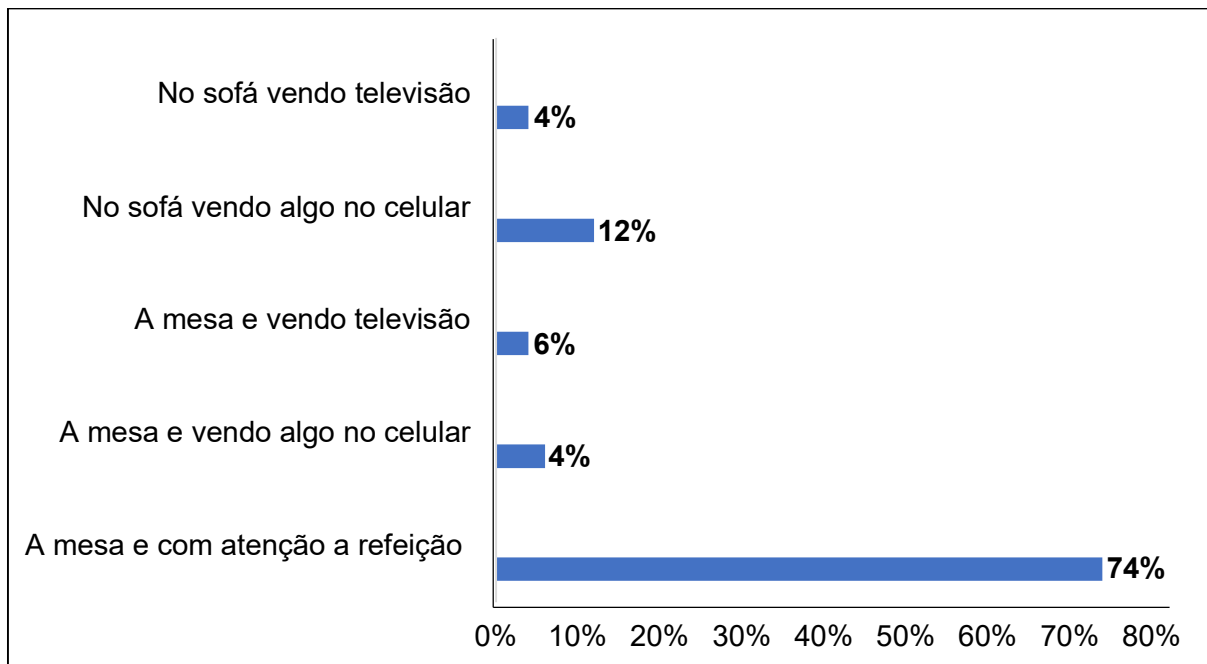


Legenda: % = percentual obtido.
Elaborado pelas autoras (2023).

Ao serem questionados sobre quem prepara as suas refeições, 58% (n = 29) dos participantes afirmaram que eles próprios preparavam suas refeições, enquanto 42% (n = 21) não preparavam. Ainda, observou-se que 84% (n = 42) não possuíam o hábito de pedir refeições em restaurantes e 6% (n = 3) normalmente compravam alimentos/refeições prontas.

Ao avaliar a forma como os idosos se portavam no momento das principais refeições, observou-se que 74% (n = 37) se alimentavam a mesa com atenção na refeição e 12% (n = 6) se alimentavam sentados no sofá e vendo algo no celular. Além disso, 62,5% (n = 30) relataram que não realizam as refeições sozinhos. Os demais dados em relação ao comportamento estão dispostos na figura 3.

Figura 3. Formas de realização da refeição por idosos frequentadores de um centro de convivência do município de Muriaé - MG.



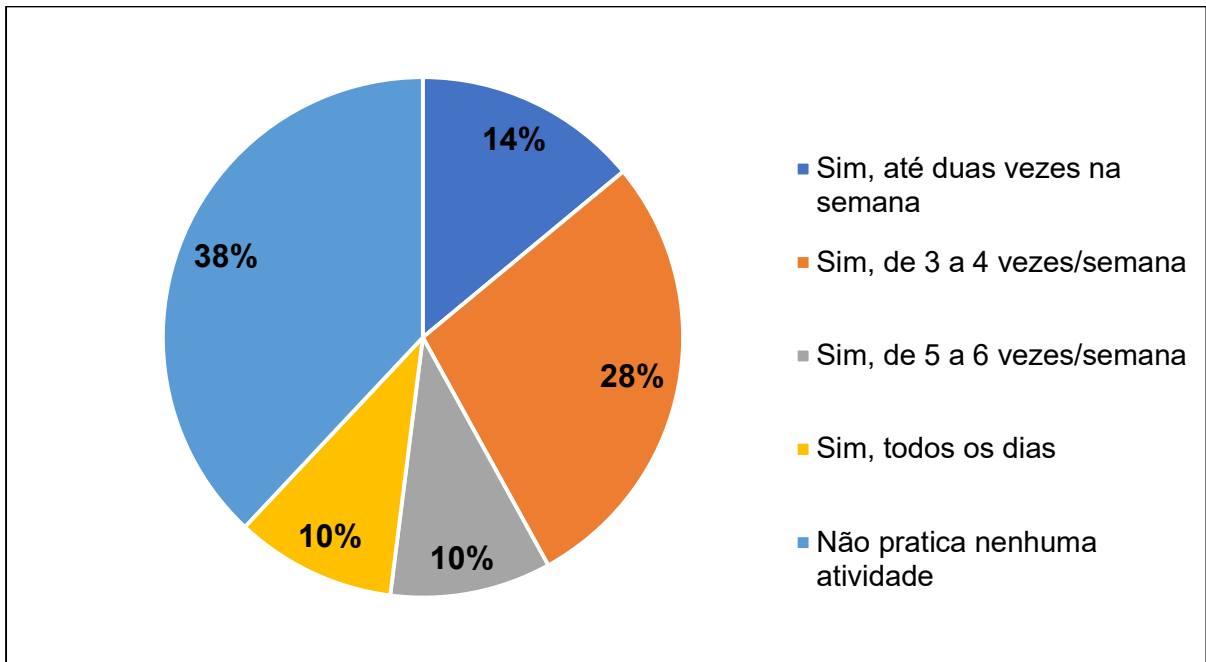
Legenda: n = tamanho da amostra; % = percentual obtido.
Elaborado pelas autoras (2023).

Em relação a ingestão de água, 38% (n = 19) informaram consumir de 4 a 6 copos (250 mL) ao dia, 26% (n = 13) mais de 8 copos (250 mL) ao dia, 18% (n = 9) 6 a 8 copos (250 mL) ao dia, 14% (n = 7) de 2 a 3 copos (250 mL) e 4% (n = 2) afirmaram ingerir 1 copo de água por dia.

Se tratando do consumo de bebida alcoólica, 58% (n = 29) relataram nunca terem consumido, 22% (n = 11) já consumiram, mas não consumiam mais no momento do estudo, 12% (n = 6) consumiam bebida alcoólica às vezes/muito raro, 6% (n = 3) consumiam aos fins de semana e 2% (n = 1) diariamente. No que se refere ao uso de cigarro/tabaco, 72% (n = 36) nunca fumaram, 24% (n = 12) já fumaram, mas não fumavam mais e 4% (n = 2) disseram ser fumantes.

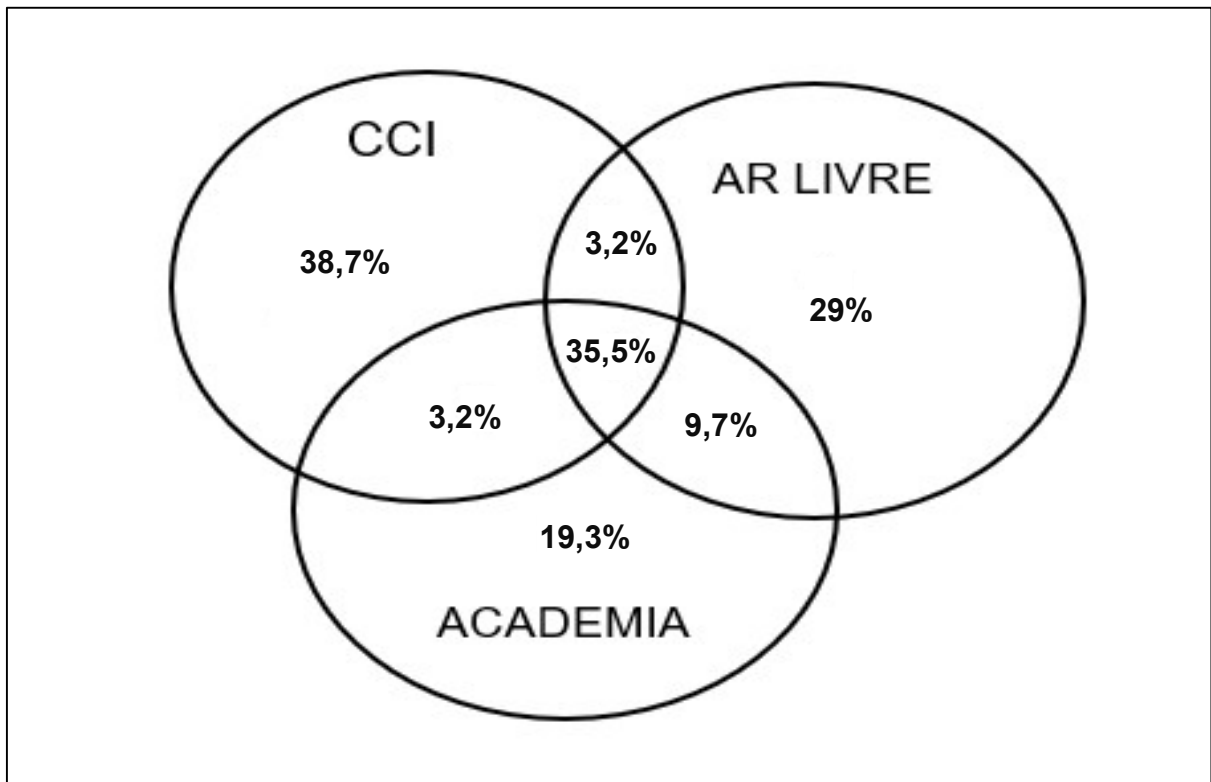
Ao avaliar a prática de atividades físicas, verificou-se que 38% (n = 19) dos participantes afirmaram não praticar nenhuma atividade física, conforme figura 4. Dentre aqueles que praticavam, 26% (n = 13) indicaram atividades físicas ofertadas pelo Centro de Convivência (capoeira, dança e/ou ginástica), 20% (n = 10) academias (hidroginástica, musculação, funcional e pilates) e 26% (n = 13) disseram realizar atividades ao ar livre (caminhada e andar de bicicleta) como demonstrado no diagrama correspondente a figura 5.

Figura 4. Prática de atividade física por idosos frequentadores de um centro de convivência do município de Muriaé - MG.



Legenda: n = tamanho da amostra; % = percentual obtido.
Elaborado pelas autoras (2023).

Figura 5. Diagrama de atividades físicas praticadas por idosos frequentadores de um centro de convivência do município Muriaé - MG.



Legenda: CCI = Centro de Convivência do Idoso; % = percentual obtido.
Elaborado pelas autoras (2023).

Se tratando da quantidade de horas de sono, em média, por noite, 46% (n = 23) relataram dormir de 6 a 7 horas, 36% (n = 18) 8 horas ou mais, 14% (n = 7) 4 a 5 horas e 4% (n = 2) menos de 4 horas por noite. Nesse contexto, 34% (n = 17) dos participantes consideravam a qualidade do seu sono como ótima, 34% (n = 17) boa, 18% (n = 9) regular e 14% (n = 7) ruim.

Ao avaliar a presença de doenças além do diabetes *mellitus*, 46% dos participantes (n = 23) afirmaram apresentar hipertensão arterial, 10% (n = 5) hipertiroidismo, 6% (n = 3) depressão, 2% (n = 1) asma, 2% (n = 1) câncer, 2% (n = 1) doenças cardíacas e 2% (n = 1) refluxo gastroesofágico. Cerca de 30% (n = 15) alegaram que não tinham nenhuma outra doença.

No que se refere ao diabetes *mellitus*, especificamente sobre informar o tipo de diabetes que apresenta, 76% (n = 38) não souberam informar, 20% (n = 10) disseram apresentar diabetes tipo 2 e 4% (n = 2) diabetes tipo 1. Ainda, quando questionados sobre o tempo de diagnóstico, 10% (n = 5) não souberam dizer e 30% (n = 15) relataram conviver com a doença há mais de 5 anos, conforme se observa na tabela 4.

Tabela 4. Tempos de diagnóstico do diabetes relatados por idosos frequentadores de um centro de convivência em Muriaé - MG.

Tempo do diagnóstico	% (N)
Não sabe informar	10 (5)
Há menos de 06 meses	4 (2)
Entre 06 meses e 1 ano	14 (7)
Entre 1 e 2 anos	14 (7)
Entre 2 e 4 anos	16 (8)
Entre 4 e 5 anos	12 (6)
Há mais de 5 anos	30 (15)

Legenda: n = tamanho da amostra; % = percentual obtido.

Quando questionados se mais alguém da família apresentava o diagnóstico de diabetes, não considerando tipo específico, e qual era o grau de parentesco com os entrevistados, 32,4% (n = 12) relataram que a mãe também possuía diabetes, 16,2% (n = 6) disseram que o pai apresentava o diagnóstico e 10,8% (n = 4) afirmaram que o(a) irmão(ã) apresentava diabetes.

No que diz respeito ao uso de medicamentos e a quantidade dos mesmos ao dia, 40% (n = 20) dos entrevistados afirmaram que faziam uso de 2 a 3 medicamentos, 16% (n = 8) 4 a 5 medicamentos, e ainda, 22% (n = 11) disseram que tomavam 1 medicamento ao dia. Ao serem avaliados em relação ao uso de insulina, do total de participantes, 12% (n = 6) faziam uso da mesma.

Ao avaliar se os participantes realizavam acompanhamento/tratamento médico para diabetes, 26% (n = 13) alegaram que vão ao médico a cada 2 ou 3 meses, 24% (n = 12) afirmaram que vão ao médico a cada 6 meses e 8% (n = 4) vão ao médico mensalmente. Quando questionados sobre acompanhamento nutricional, 8% (n = 4) afirmaram que realizavam acompanhamento nutricional no momento da pesquisa, 32% (n = 16) já haviam realizado, mas no momento não mais, e, 46% (n = 23) disseram que nunca realizaram acompanhamento nutricional, pois, não achavam necessário.

No que se refere à avaliação geral do conhecimento dos participantes sobre diabetes, 72% (n = 36) apresentaram-se/classificaram-se com baixo conhecimento. Nesse contexto, considerando questionamentos específicos do instrumento destinado a avaliação em questão, verificou-se que 78% (n = 39) dos respondentes não souberam indicar a causa da hipoglicemia, 58% (n = 29) não tiveram clareza quando questionados sobre o nível de “açúcar no sangue” no “diabetes sem controle”, e, 54% (n = 27) não souberam indicar o principal componente do arroz. Além disso, 96% (n = 48) dos participantes não souberam indicar o manejo correto de hiperglicemia em condição de insulinização, e, 92% (n = 46) não souberam indicar o manejo correto quando se tem insulinização e uma condição ocasional de outra doença ou quando não se segue o plano alimentar proposto.

6 DISCUSSÃO

Considerando a classificação do estado nutricional, observou-se no presente estudo que 50% dos idosos estavam eutróficos, entretanto, um percentual considerável (40%) apresentava excesso de peso. Percentual ainda maior foi encontrado por Rodrigues et al. (2017) ao classificarem o estado nutricional de idosos atendidos por uma unidade de saúde da família na cidade de Pelotas – RS, visto que 54,6% apresentavam excesso de peso. Por outro lado, Danilo et al. (2016), verificaram que 34% dos idosos avaliados apresentavam sobrepeso e 38% eutrofia.

O excesso de peso em idosos pode estar relacionado a diferentes fatores, incluindo o próprio contexto retrospectivo do indivíduo. Dentre esses fatores, associado ao envelhecimento fisiológico, destacam-se a diminuição da taxa de metabolismo, que por sua vez está relacionado ao ganho de peso, juntamente com o maior consumo de alimentos com elevada densidade energética e a prática reduzida de atividade física (SILVA et al., 2013).

Conforme o processo biológico de envelhecimento, o estilo de vida, tabagismo, sedentarismo, hábitos alimentares, consumo de álcool, condição socioeconômica, fatores genéticos, desenvolvimento/diagnóstico de doenças e alterações hormonais, razões demográficas e psicológicas são considerados como fatores de risco para o desenvolvimento do excesso de peso, cada qual influenciando a seu modo (BARBIERI et al., 2012).

O excesso de peso em idosos pode favorecer desordens clínicas importantes, e, em consequência, tem-se o aumento da morbidade e impacto na qualidade de vida. Nesse contexto, evidenciam-se a resistência à insulina, inflamações crônicas e alterações hormonais. Em consequência, verificam-se os quadros de diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer (RIBEIRO et al., 2013)

Ressalta-se que os hábitos e comportamentos alimentares influenciam direta ou indiretamente na saúde do idoso. Considerando o hábito de realizar as refeições em domicílio, foi visto que a maioria dos participantes apresentavam tal hábito e realizavam em média de 4 a 5 refeições/dia. Corroborando com tal questão, Rodrigues et al. (2020), ao avaliarem idosos do Centro de Lazer e Recreação do Idoso (CELARI) observaram que 90% realizavam as refeições em casa. Já em relação ao número de refeições diárias, Romão et al. (2016) avaliaram idosos institucionalizados e não

institucionalizados e verificaram que, em média, os idosos institucionalizados realizavam 6 refeições diárias e os não institucionalizados realizavam 4 refeições ao dia. A diferença pode se justificar pela rotina alimentar que é instituída para os idosos institucionalizados, a qual, normalmente é orientada por Nutricionista.

Ao avaliar o consumo de frutas e legumes, observou-se no presente estudo que menos da metade dos idosos afirmaram que consumiam de 1 a 2 frutas por dia e uma menor parcela também relatou que consumia legumes de 3 a 4 vezes na semana. Nesse contexto, Silveira et al. (2015) avaliaram 416 idosos quanto ao consumo diário de frutas, verduras e legumes, e verificaram que 16,6% relataram consumir diariamente frutas e verduras, 44% somente frutas, 32,5% somente legumes, demonstrando um consumo que não compreendia metade dos respondentes, assim como na presente pesquisa.

Silveira et al. (2015) apontaram que a classe social pode ter sido um fator de influência em relação as frequências de consumo indicadas. Os autores evidenciaram que o maior consumo de frutas, verduras e legumes foi realizado por aqueles que apresentavam classe social mais elevada (SILVEIRA et al., 2015).

Tal questão também foi observada Neutzling et al. (2009), sendo visto que os idosos com menor fonte de renda consumiram, em quantidade e frequência, menos frutas, verduras e legumes, em comparação aos idosos com maior fonte de renda. Lovatto; Molz; Franke (2019) apontam que a menor empregabilidade dos idosos, em detrimento a menor produtividade, afeta a renda e conseqüentemente os hábitos gerais, com isso, os idosos podem se tornar mais vulneráveis nesse contexto.

O consumo regular de frutas e verduras é recomendado para os idosos e oferece uma série de benefícios a saúde em vista dos micronutrientes, fibras e compostos bioativos que são ofertados (SILVEIRA et al. 2015). Destaca-se que o referido consumo contribui para a manutenção do peso saudável, o qual é um fator que pode favorecer o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (SILVEIRA et al. 2015). Entretanto, Vitolo (2014) evidenciou que, parte da população brasileira não atingia as recomendações de consumo de frutas, verduras e legumes.

Dentre as principais barreiras para o consumo de frutas e hortaliças na população, tem-se: comércio inadequado, baixo poder aquisitivo, preço, carência de iniciativas públicas, falta de tempo, preguiça, fruta ser considerada apenas uma alternativa alimentar e não realizar o jantar. Em relação aos principais fatores promotores, tem-se: saúde, prevenção/control de doenças, gostar, hortaliça ser

considerada como parte da refeição, criação e origem familiar, melhoria da situação financeira, comércio próximo e estratégias de compra. Em conjunto, destaca-se a importância da educação alimentar e nutricional para trabalhar, estimular e orientar o devido consumo de frutas e hortaliças (FIGUEIRA; LOPES; MODENA, 2016).

Um cenário que se faz presente na atualidade de parte dos idosos é a menor frequência do consumo de frutas e verduras e a maior ingestão de alimentos processados e ultraprocessados, conforme verificado por Lovatto; Molz; Franke (2019), o que aumenta o risco associado as complicações metabólicas (LOVATTO; MOLZ; FRANKE, 2019). Por outro lado, no presente estudo, no que se refere ao consumo de *fast-food*, a maioria dos idosos relatou que não possuía o hábito de consumir tais produtos, apresentando uma baixa frequência de consumo semanal. Nesse contexto, Francisco et al. (2022), em um estudo com 355 idosos com diagnóstico de diabetes, verificaram que 47% consumiam lanches 1 vez/semana, 37,7% consumiam 2 vezes/semana e 15,3% de 3 a 5 vezes/semana.

Francisco et al. (2022) apontaram que a aquisição de lanches (*fast-food*) pode ser influenciada pelo local e conseqüente facilidade de acesso, considerando que os idosos avaliados em seus estudos residiam em um subdistrito da cidade de São Paulo, e tinham fácil acesso as grandes redes de *fast-food* distribuídas pela cidade (FRANCISCO et al., 2022). Diferentemente do presente estudo, o qual envolveu idosos residentes em um município mineiro de médio porte que apresenta estabelecimentos que comercializam *fast-food*, mas, também apresenta fácil acesso a estabelecimentos que comercializam outros alimentos como aqueles *in natura*, incluindo a própria realização das feiras no município.

Quanto ao consumo de refrigerantes, a maior parte dos idosos do presente estudo relatou que não possuía esse hábito, e uma menor parcela (26%) realizava a ingestão até 2 vezes/semana. Em contrapartida, Assumpção et al. (2022), ao avaliarem os hábitos alimentares de 13.649 idosos com e sem o diagnóstico de diabetes, verificaram que dentre os idosos com diagnóstico e que consumiam refrigerante, 54,7% consumiam de 1 a 2 vezes/semana, 27,9% de 3 a 4 vezes/semana e 7,1% mais de 5 vezes/semana.

Segundo o Guia Alimentar para a população brasileira o refrigerante é um produto ultraprocessado que deve ser evitado, tendo-se em vista a sua composição, entretanto, devido a sua formulação e apresentação verifica-se um consumo excessivo por parte da população. Trata-se de uma bebida adoçada artificialmente

que se associa a um maior risco para obesidade e doenças crônicas (BRASIL, 2014). Yasmin et al. (2019) evidenciaram que o consumo de refrigerantes pode aumentar o risco de acidente vascular cerebral, e, Jiantao et al. (2015) ressaltaram que a ingestão de refrigerantes pode estar relacionada a doença hepática gordurosa não alcoólica.

Em relação aos hábitos alimentares diários verificados no presente estudo, prevaleceu o hábito do consumo diário de pão, pelo menos uma vez ao dia. Semelhante a isso, Palacio et al. (2019) observaram que 59,45% dos idosos com DM tipo 2 realizavam o consumo diário de “pão branco”, evidenciando o possível não conhecimento sobre a influência desse alimento nos níveis glicêmicos.

Considerando o contexto carboidratos e a influência na glicemia, ressalta-se que foi visto no presente estudo que 54% dos avaliados não souberam indicar o principal componente do arroz, o que, possivelmente, pode possibilitar um consumo excessivo e, conseqüentemente, promover alterações glicêmicas. Supõe-se que o desconhecimento também possa se aplicar a outros alimentos fontes de carboidratos e com alto índice glicêmico.

É importante destacar que os alimentos com alto índice glicêmico influenciam na resposta glicêmica do organismo frente ao consumo, o que ocorre com o “pão branco” (Elaine Cristina et al. 2018). Beatriz Luana et al. (2020) ressaltaram que a ingestão de fibras por idosos demonstra benefícios no controle glicêmico, na diminuição dos níveis de hipertensão, melhora do perfil lipídico e perda de peso. Os autores evidenciaram que o consumo de fibras solúveis e insolúveis também contribui para a prevenção e/ou controle do Diabetes Mellitus tipo 2, visto que, a dieta necessita ser de baixo índice glicêmico e deve apresentar fontes de fibras, principalmente solúveis, uma vez que estas atuam na absorção de carboidratos e, conseqüentemente, favorecem a redução dos impactos pós prandiais nos níveis glicêmicos (LUANA et al., 2022).

Em relação a autonomia do preparo de suas refeições, a maioria dos idosos relataram que preparavam as suas próprias refeições. Ressalta-se que tal questão pode ser influenciada pela capacidade funcional do idoso (SOUZA et al., 2023). Souza et al. (2023) ao avaliarem a capacidade funcional de idosos, considerando o desempenho das atividades instrumentais da vida diária, verificaram que 33,5% conseguiam preparar suas próprias refeições sem ajuda.

Salienta-se que os idosos de ambas as pesquisas (presente estudo e Souza et al., 2023) se compreenderam em grande parte na faixa etária de 60 a 69 anos, sendo

considerados “idosos jovens”, o que pode corroborar para a execução das suas demandas sem algum auxílio. Além disso, houve predomínio do sexo feminino nos estudos, e as mulheres normalmente desempenham a função de cozinhar.

Ao avaliar a forma como os idosos realizavam as refeições, verificou-se que a maioria se alimentava a mesa com atenção na refeição. Souza et al. (2023) evidenciaram que a forma como a refeição é realizada, seja essa na mesa, assistindo televisão, na companhia de familiares, sozinho ou outra forma, pode se tornar determinante para definir a quantidade e qualidade dos alimentos consumidos, podendo favorecer o consumo exagerado de determinados alimentos.

Em relação a ingestão hídrica, 26% dos participantes relataram consumir mais de 8 copos de água por dia. Um menor percentual foi observado por Corrêa et al. (2023), visto que os autores constataram que 12,6% dos idosos faziam o consumo apropriado de água (pelo menos 8 copos/dia). A hidratação adequada para a população idosa é de grande importância, de modo a se evitar a desidratação e suas consequências (MONTEMÓR et al., 2017).

Na população idosa, a diminuição da ingestão hídrica pode ocorrer não somente pela redução do consumo de líquidos, mas também pelo menor consumo de alimentos fontes de água (MASSONETTO et al., 2017). Ressalta-se que determinadas frutas e legumes são ricos em água, mas, como mencionado anteriormente, uma parcela da população não realiza o consumo conforme as recomendações (VITOLLO, 2014).

Em relação ao consumo de bebidas alcóolicas, foi visto na presente pesquisa, que 58% dos participantes alegaram não fazer uso das mesmas, e apenas 2% disseram ingerir diariamente. Segundo Teixeira et al. (2014), o excesso de álcool para aqueles que apresentam o diagnóstico de diabetes, pode provocar e/ou agravar as complicações agudas ou crônicas associadas a doença.

Teixeira et al. (2014), ao pesquisarem o consumo de álcool em indivíduos com diagnóstico de diabetes, verificaram que 34,1% dos avaliados tinham algum padrão de uso de bebida alcóolica, e 2,4% ingeriam bebida alcóolica quatro ou mais dias por semana, ingerindo de uma a três doses. Os autores apontaram que o referido consumo poderia estar relacionado a problemas emocionais associados ao Diabetes Mellitus (TEIXEIRA et al., 2014).

Da mesma forma que se tem fatores, como o álcool, que contribuem para as complicações do diabetes, também existem fatores, além da alimentação, que

favorecem o controle da doença, como a prática de atividade física, a qual é um método de interferência não medicamentosa para se obter o controle da doença e de suas complicações (LIMA et al., 2019).

Foi visto no presente estudo que 38% dos participantes relataram não praticar nenhum tipo de atividade física, e, por outro lado, 28% afirmaram que praticavam de três a quatro vezes por semana, sendo este um percentual que poderia ser mais expressivo visando a importância da atividade física para o manejo do diabetes e para a saúde. A inatividade física também foi verificada por Lima et al. (2019) ao avaliarem indivíduos com diagnóstico de diabetes mellitus em relação a esse quesito, sendo visto que 55% estavam inativos no tempo livre, e 15% dos avaliados alcançaram a meta de atividade física recomendada pelo Ministério da Saúde que diz respeito à 15,0% IC 95% (Índice de confiança de 95%) 11,4-18,1.

O sono é outro componente do estilo de vida que também pode influenciar no controle do diabetes. Ao avaliar as horas de sono na presente pesquisa, observou-se que menos da metade (36%) dos respondentes afirmaram dormir no mínimo 8 horas por noite, e, 34% consideravam a qualidade do seu sono como ótima e 14% como ruim. Diferente do presente estudo, Rossi et al. (2017), ao avaliarem a qualidade do sono como um dos fatores associados ao diabetes tipo 2, verificaram que 64,9% dos participantes da pesquisa apresentavam má qualidade de sono. Os autores relacionaram determinadas variáveis e verificaram que o tempo de diagnóstico de diabetes mellitus de 10 anos ou mais ($p = 0,02$) e o uso de insulina ($p = 0,04$) apresentaram significância quando relacionados com a má qualidade do sono.

Sabe-se que uma parcela dos indivíduos que apresentam diabetes também possui o diagnóstico de uma ou mais doenças crônicas. Nesse contexto, no presente estudo, houve uma maior prevalência (46%) de hipertensão arterial sistêmica entre os participantes. Da mesma forma, e com percentual mais expressivo, Garcia et al. (2016) observaram a prevalência da hipertensão arterial sistêmica em 84% dos avaliados. Os autores ressaltaram que a hipertensão arterial sistêmica é apontada como um dos principais fatores de risco para o início e o avanço das complicações crônicas do diabetes mellitus tipo 2 (GARCIA et al., 2016). Além disso, resalta-se que as doenças cardiovasculares contribuem (50 a 80%) para os óbitos dos indivíduos com diabetes (FRANCISCO et al., 2010; GARCIA et al., 2016).

De modo geral, o tratamento do Diabetes Mellitus é composto por parte medicamentosa e parte não medicamentosa. Referente ao tratamento não

medicamentoso, destacam-se o incentivo a inclusão de frutas, verduras e legumes na alimentação, a redução de alimentos ricos em gorduras saturadas e trans, carboidratos simples e com alto índice glicêmico. Junto do contexto alimentar saudável, também se evidencia a prática de atividade física (SBD, 2023).

O tratamento medicamentoso, como o termo já diz, compreende as terapias medicamentosas a serem utilizadas, conforme seus princípios ativos e ações. Ao avaliar o tratamento medicamentoso, houve predomínio (40%) dos participantes que faziam o uso de dois a três medicamentos ao dia. Prado et al. (2016) também investigaram tal uso e verificaram que a maioria dos idosos avaliados (96,8%) faziam o uso de pelo menos um medicamento ao dia, e, 42% faziam uso de cinco ou mais medicamentos ao dia.

Flores et al. (2010) sugeriram que o número elevado de medicamentos em uso pelos idosos pode estar relacionado ao fácil acesso aos mesmos, além do fato de alguns idosos não utilizarem recursos não farmacológicos frente a doenças, incluindo o Diabetes Mellitus. Nesse âmbito também se considera o uso da insulina, que no presente estudo foi indicada por 12%, mas, esta também pode estar combinada a medicamentos orais, sendo a forma mais relatada (64,2%) no estudo de Villas Boas et al. (2014). É importante ressaltar que o tratamento medicamentoso não exclui o tratamento nutricional.

Na presente pesquisa, evidenciou-se que 46% dos idosos relataram que nunca realizaram acompanhamento nutricional, pois não achavam necessário. Sugere-se que essa informação demonstra um possível desconhecimento e/ou menor creditação em relação aos benefícios da nutrição para o controle do diabetes.

Segundo a SBD (2022), o tratamento nutricional é um dos pilares do manejo da doença, visto que, auxilia na minimização e/ou prevenção do desenvolvimento do Diabetes Mellitus tipo 2, auxilia na prevenção das complicações da doença por meio do bom controle glicêmico e contribui para o melhor desempenho do tratamento medicamentoso, pois, de modo geral, proporcionará mudanças no estilo de vida, educação alimentar e manutenção do peso (SBD, 2022).

A adesão ao tratamento pode se tornar um desafio mediante a necessidade de mudanças no estilo de vida, visto que, para a grande maioria dos indivíduos, os hábitos já são praticados de uma mesma forma há anos. Nesse contexto, incluem-se os hábitos alimentares, os quais requerem certos ajustes, podendo gerar possíveis resistências na aplicação prática no cotidiano (PEREIRA; FRIZON 2017). É importante

ressaltar que as ações de educação em saúde, as quais contribuem para o conhecimento e possibilitam a participação ativa, são estratégias eficazes para o gerenciamento do diabetes mellitus e prevenção de complicações, devendo serem adaptadas as características da população envolvida (MEDEIROS; QUEIROZ, 2021).

No que diz respeito ao entendimento e/ou conhecimento do tipo de diabetes que apresenta, mais da metade dos participantes (76%) do presente estudo não souberam informar. E, em relação ao tempo de diagnóstico, 30% afirmaram ser há mais de cinco anos. Dias et al. (2010), ao avaliarem um grupo de indivíduos com diabetes mellitus observaram que 64,2% também não sabiam qual o tipo de diabetes apresentava, e, quanto ao tempo de diagnóstico, foi visto uma média de $8,9 \pm 9,0$ anos.

Estratégias educativas para aprimorar o conhecimento do paciente em relação ao DM, podem obter melhorias significativas no padrão de saúde global, uma vez que estas podem retardar ou evitar o surgimento de complicações causadas pela doença (GREGHI., PASCON., 2016).

No que se refere ao conhecimento sobre aspectos relacionados ao diabetes, a maioria dos idosos avaliados (72%) apresentaram baixo conhecimento. De forma similar, Oliveira; Zanetti (2011) verificaram que 64,6% dos avaliados, sendo a maioria dos participantes indivíduos com faixa etária de 60 a 80 anos com diabetes mellitus, também apresentaram escores inferiores ou iguais a oito, sendo estes indicativos de insatisfação para o entendimento a respeito do autocuidado em relação a doença.

Por outro lado, Rodrigues et al. (2009), ao avaliarem adultos com diabetes mellitus em um município do interior paulista, constataram que 78,05% dos respondentes tiveram escores maiores ou iguais a oito, apontando um conhecimento relativo e compreensível quanto ao autocuidado e a doença. Diante disso, supõe-se que a idade possa ser um fator que influencie no conhecimento sobre a doença e no autocuidado associado.

Ainda sobre o conhecimento, Borba et al. (2019), ao avaliarem idosos com diagnóstico de diabetes, verificaram que 77,7% demonstraram baixo conhecimento no que diz respeito a doença e tratamento, obtendo média de 5,5 pontos. Os autores observaram que os maiores acertos em relação a investigação estiveram associados à quantidade de “açúcar no sangue” no descontrole da doença, ao valor normal da glicemia capilar e ao componente principal da manteiga. Ainda, foi visto que questões

compreendendo substituições de alimentos estiveram dentre aquelas com maiores percentuais de erro (BORBA et al., 2019).

Borba et al. (2019) evidenciaram que o nível de escolaridade esteve diretamente relacionado ao baixo conhecimento sobre o diabetes. Os autores apontaram que o idoso com diabetes e baixa escolaridade apresentava quase oito vezes mais a chance de não obter um bom conhecimento sobre a doença, em comparação àqueles que possuíam maior grau de escolaridade. Esse fator pode dificultar o controle do autocuidado em diabetes, considerando a obtenção de conhecimento, entendimento das condutas terapêuticas, mudanças no estilo de vida e aquisição de novos hábitos (BORBA et al., 2019).

O conhecimento insuficiente também foi prevalente no estudo de Bezerra et al. (2023), no qual o baixo conhecimento esteve presente em 52,3% dos entrevistados. Assim como Borba et al. (2019), os autores apontaram a baixa escolaridade como um fator diretamente relacionado a um menor nível de conhecimento sobre a doença, o que justifica a dificuldade da autogestão do diabetes, que desse modo, contribui diretamente para o cuidado inapropriado e possível descontrole dos parâmetros glicêmicos, favorecendo as consequentes complicações (BEZERRA et al., 2023).

Paes et al. (2022) após realizarem intervenções educacionais com indivíduos com diabetes apontaram que o conhecimento sobre o diabetes mellitus é crucial na prevenção e no tratamento do quadro em questão, visto que, o mesmo possibilitará que o indivíduo entenda, mesmo que parcialmente, e busque por cuidados específicos para o tratamento correto e para o controle da doença. Os autores destacaram a importância das intervenções educativas e a participação dos profissionais, da comunidade e da família, considerando a formação de redes de apoio.

7 CONCLUSÃO

Conclui-se que a maioria dos idosos apresentam o ensino fundamental incompleto e um baixo conhecimento sobre diabetes, não sabendo informar até mesmo o tipo de diabetes que apresentava. Como também, reduzida ingestão de porções diárias de frutas e legumes e predomínio do preparo de suas refeições em domicílio. Entretanto, evidenciou-se uma parcela considerável de idosos com excesso de peso, e, no que se refere a prevalência de outras doenças crônicas não transmissíveis, houve predomínio da hipertensão arterial sistêmica.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSUMPÇÃO, D. et al. Hábito Alimentar de Idosos Diabéticos e não Diabéticos: Vigitel, Brasil, 2016. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 118, n. 2, p. 387-397, 2022.
- BAHIA, L. et al. Tratamento do diabetes mellitus tipo 2 no SUS. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023)**. 2023. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>. Acesso em: 01 set. 2023.
- BARBIERI, A. F.; MELLO, R. A. As causas da obesidade: uma análise sob a perspectiva materialista histórica. **Conexões: Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, Campinas, v. 10, n. 1, p. 121-141, 2012.
- BEZERRA, K. M. G. et al. Conhecimento e Autoeficácia em Indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2. **Enfermaria Global**, n. 71, p. 82-96, 2023.
- BINH, T. Q.; PHUONG, P. T.; NHUNG, B. T. Knowledge and associated factors towards type 2 diabetes among a rural population in the Red River Delta region, Vietnam. **Rural Remote Health**, v.15, n. 3, 3275, 2015.
- BORBA, A. K. O. T. et al. Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 125-136, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para População Brasileira**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 01 set. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIGITEL 2023: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas em Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico/view#:~:text=O%20Vigitel%202023%20atualiza%20a,relativos%20ao%20ano%20de%202023>. Acesso em: 30 set. 2023.
- CAMPOS, L. F. et al. **Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Diabetes Mellitus, 2020**. Disponível em: <https://www.braspen.org/diretrizes>. Acesso em: 01 set. 2023.
- CARDOZO, N. R. et al. Estado nutricional de idosos atendidos por unidades de saúde da família na cidade de Pelotas-RS. **BRASPEN Journal**, v. 32, n. 1, p. 94-8, 2017.

CARNEIRO, V. M. S. et al. Estado nutricional de idosos com 60 anos ou mais, acompanhados pelo sistema de vigilância alimentar e nutricional (Sisvan) no nordeste brasileiro no ano de 2020. **Revista Psipro**, v. 2, n. 1, p. 103-121, 2023.

COBAS, R. et al. Diagnóstico do diabetes e rastreamento do diabetes tipo 2. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022)**. 2022. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-e-rastreamento-do-diabetes-tipo-2/>. Acesso em: 30 mar. 2023.

CORSINI, L. C. et al. Clinical, pharmacotherapeutic and nutritional characterization of patients with Diabetes Mellitus. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. e22110716527, 2021.

DE OLIVEIRA, B. L. S; DE MOURA, G. M. R. Tratamento dietoterápico em idosos portadores da diabetes mellitus tipo 2: revisão de literatura. **Revista Liberum Accessum**, v. 14, n. 2, p. 92-99, 2022.

DIAS, A. F. G. et al. Perfil epidemiológico e nível de conhecimento de pacientes diabéticos sobre diabetes e retinopatia diabética. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 73, n. 5, p. 414-418, 2010.

DOS PASSOS, D. R. G, et al. Avaliação do paladar de idosos e sua relação com estado nutricional e hábitos alimentares. **Pan American Journal of Aging Research**, v. 8, n. 1, p. e37707-e37707, 2020.

DOS SANTOS, R. R. et al. Obesidade em idosos. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 23, n. 1, p. 64-73, 2013.

FARIA, H. T. G. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 26, n. 3, p. 231-237, 2013.

FATEMA, K. et al. Knowledge attitude and practice regarding diabetes mellitus among Nondiabetic and diabetic study participants in Bangladesh. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, 364, 2017.

FIGUEIRA, T. R. et al. Barreiras e fatores promotores do consumo de frutas e hortaliças entre usuários do Programa Academia da Saúde. **Revista de Nutrição**, v. 29, n. 1, p. 85-95, jan. 2016.

FLORES, G. C. et al. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 3, 2010.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Diabetes mellitus em idosos, prevalência e incidência: resultados do Estudo Fibra. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 25, n. 5, p. e210203, 2022.

GARCIA, C. et al. Estado nutricional e as comorbidades associadas ao Diabetes Mellitus tipo 2 no idoso. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 21, n. 1, p. 205-216, 2016.

- GIOVANNINI, E. C. et al. Consumo de Carboidratos x Diabetes Mellitus Tipo 2: uma revisão bibliográfica. **Revista Científica de Saúde**, v. 2, n. 3, 2018.
- GOMES-VILLAS BOAS, L. C. et al. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 268-273, 2014.
- GREGHI, E. F. M; PASCON, D. M. Conhecimento dos pacientes sobre diabetes mellitus tipo 2 inseridos no Programa de Saúde ao Adulto. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 18, n. 4, p. 204-209, 2016.
- HARTWIG, S. et al. Association of Change of Anthropometric Measurements With Incident Type 2 Diabetes Mellitus: A Pooled Analysis of the Prospective Population-Based CARLA and SHIP Cohort Studies. **Medicine (Baltimore)**, v. 94, n. 34, e1394, 2015.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **IDF Diabetes Atlas 10th**. 2021. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>. Acesso em: 15 mar. 2023.
- JIANTAO, M. A. et al. Sugar-sweetened beverage, diet soda, and fatty liver disease in the Framingham Heart Study cohorts. **Journal of Hepatology**, v. 63, n. 2, p. 462-469, 2015.
- LEITE, C. P. et al. Comportamento Alimentar de Portadores de Diabetes Mellitus tipo II atendidos em uma UBS/ Food Behavior of Diabetes Mellitus type II carriers at a UBS. ID on line. **Revista de Psicologia**, v. 13, n. 47, p. 911-923, 2019.
- LIMA, D. et al. O padrão da atividade física de brasileiros diabéticos. **Revista Saúde (Sta. Maria)**, v. 45, n. 2, 2019.
- LIMA, A. et al. Conhecimento e atitude sobre a diabetes tipo 2 em idosos: estudo de base populacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 729-740, 2020.
- MASSONETTO, M. C. M. et al. Hidratação em idosos institucionalizados: importância, processos e estratégias. **Nutrição Brasil**, v. 16, n. 6, p. 398-405, 2017.
- MEDEIROS, M. M. R; QUEIROZ, R. B. Ações educativas para prevenção de complicações do diabetes no idoso: revisão integrativa. **Ciências Saúde**, v. 32, n. 1, p. 93-102, 2021.
- MOREIRA, R. A. S.; CARVALHO, R. M. B. **Treinamento resistido e seus benefícios em relação ao diabetes mellitus tipo 1: relato de experiência**. 2016. 22p. Trabalho de conclusão de curso – Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, 2016.
- MOSSAVAR-RAHMANI, Y. et al. Artificially sweetened beverages and stroke, coronary heart disease, and all-cause mortality in the Women's **Health Initiative**. **Stroke**, v. 50, n. 3, p. 555-562, 2019.

- NEUTZLING, M. B. et al. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 2365-2374, 2009.
- NOGUEIRA, L. R. et al. Avaliação qualitativa da alimentação de idosos e suas percepções de hábitos alimentares saudáveis. **Journal of Health Sciences**, v. 18, n. 3, p. 163-70, 2016.
- OLIVEIRA, H. F. et al. Perfil epidemiológico da diabetes mellitus no Brasil. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 2, n. 4, p. 198, 2021.
- OLIVEIRA, K. C. S; ZANETTI, M. L. Conhecimentos e atitudes de usuários com diabetes mellitus em um serviço de Atenção Básica à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p. 862-868, 2011.
- PACE, A. E. et al. Knowledge on diabetes mellitus in the self care process. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 5, p. 728-734, 2006.
- PAES, R. G et al. Efeitos de intervenção educativa no letramento em saúde e no conhecimento sobre diabetes: estudo quase-experimental. **Escola Anna Nery**, v. 26, e20210313, 2022.
- PEREIRA, J.; FRIZON, E. Adesão ao tratamento nutricional de portadores de diabetes mellitus tipo 2: uma revisão bibliográfica. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição**, v. 8, n. 2, p. 58-66, 2017.
- PRADO, M. A. M. B. et al. Diabetes em idosos: Uso de medicamentos e risco de interação não medicamentosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3447-3458, 2016.
- RAMOS, S. et al. Terapia Nutricional no Pré-Diabetes e no Diabetes Mellitus Tipo 2. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023)**. 2022. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/terapia-nutricional-no-pre-diabetes-e-no-diabetes-mellitus-tipo-2/>. Acesso em: 10 ago. 2023.
- RODACKI, M. et al. Classificação do diabetes. **Diretriz oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023)**. 2022. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/classificacao-do-diabetes/>. Acesso em: 10 mar. 2023.
- RODRIGUES, F. F. L. et al. Conhecimentos e atitudes: Componentes para educação em diabetes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n. 17, n. 4, p. 468-473, 2009.
- ROSSI, G. R. E. et al. Avaliação da qualidade de sono e fatores associados em pacientes diabéticos tipo 2. **O Mundo da Saúde**, v. 41, n. 3, p. 350-358, 2017.
- SANTANA, J. D. O. et al. Physical activity and Framingham risk score in older adults: the Bambuí Health and Aging Study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 10, p. 2235-2240, 2015.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Avaliação da capacidade funcional de idosos para o desempenho das atividades instrumentais da vida diária: um estudo na atenção básica à saúde. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 3, n. 3, p. 820-828, 2013.

SIGNOR, F. et al. Conhecimento e educação em saúde de idosos portadores de diabetes mellitus. **Fisioterapia Brasil**, v. 17, n. 2, p. 171-175, 2016.

SILVA, A. O. et al. Association of body composition with sarcopenic obesity in elderly women. **International Journal of General Medicine**, v. 6, p. 25-29, 2013.

SILVEIRA, E. A. et al. Baixo consumo de frutas, verduras e legumes: fatores associados em idosos em capital no Centro-Oeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3689-3699, 2015.

SOARES, W. D. et al. Estado nutricional em idosos com doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 2, p. 146-155, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019 - 2020**. 2019. Disponível em: <https://profissional.diabetes.org.br/diretrizes-eposicionamentos/>. Acesso em: 11 de março 2023.

SOUZA, C. C. et al. Prevalência de ingestão hídrica e fatores associados entre idosos não institucionalizados do Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 1903-1914, 2023.

SOUZA, M. M. C.; ALVES, T. C. H. S. Caracterização da vivência familiar de crianças e adolescentes portadores de Diabetes mellitus tipo 1: uma revisão narrativa. **Research Society and Development**, v. 11, n. 2, p. e601122513, 2022.

TEIXEIRA, C. R. S. et al. Consumo de Álcool de problemas emocionais relacionados ao Diabetes Mellitus. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, v. 10, n. 1, p. 11-16, 2014.

TOLEDO, M. M. et al. Diabetes educator: Current perspectives on their importance (editorial). **JSM Diabetology and Management**, v. 1, n. 1, p. 1001, 2016.

TORRES, H. C. et al. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 906-911, 2005.

VITOLLO, M. R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro. Rubio. 2014. p. 576.

9 APÊNDICES

9.1 APÊNDICE 1 – CARTA DE ANUÊNCIA



CARTA DE ANUÊNCIA

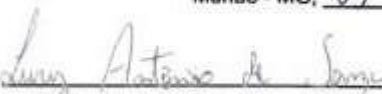
Sr. Eldice Martins Alvarifo
Coordenadora

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada *"Conhecimento sobre o diabetes e caracterização sociodemográfica, clínica e nutricional de idosos com diabetes mellitus"* a ser realizada no Centro de Convivência do Idoso (CCI), pelas alunas de graduação em Nutrição do Centro Universitário Faminas, Francielly Aparecida de Paula Vicente e Karolina Araújo de Oliveira, sob orientação do Professor MSc. Iury Antônio de Souza, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): avaliar características sociodemográficas, clínicas e nutricionais de idosos com diabetes mellitus, assistidos pelo Centro de Convivência do Idoso do município de Muriaé - MG, assim como o verificar o conhecimento dos mesmos em relação a doença e autocuidado. Ao mesmo tempo, solicitamos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório parcial e/ou final de atividades e no trabalho de conclusão de curso relacionado, considerando que o presente documento estará entre os apêndices, bem como associar a instituição ao estudo desenvolvido no que se refere a futuras possíveis publicações científicas, sendo que, nestas, a instituição não será devidamente identificada, de modo a preservar a identidade do local e indivíduos assistidos no mesmo.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 e 510/16 que tratam da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para a realização deste estudo.

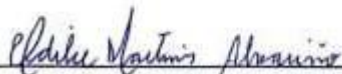
Na certeza de contarmos com a colaboração da instituição, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Muriaé - MG, 03 de Abri de 2023.


Prof. MSc. Iury Antônio de Souza
Professor Orientador do Projeto de Pesquisa

Concordo com a solicitação

Não concordo com a solicitação


Sr. Eldice Martins Alvarifo
Coordenadora

Muriaé - MG, 03 de Abri de 2023.

9.2 APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Conhecimento sobre o diabetes e avaliação sociodemográfica, clínica e nutricional de idosos com diabetes mellitus frequentadores de um centro de convivência no município de Muriaé - MG”. Nesta pesquisa pretendemos avaliar as características sociodemográficas, clínicas, hábitos alimentares, estado nutricional e entendimento acerca da doença e do autocuidado em relação a mesma. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: aplicação de dois questionários estruturados. O primeiro compreende questões sobre caracterização sociodemográfica, hábitos e comportamentos alimentares, ingestão de álcool, fumo e dados clínicos autorrelatados. O segundo questionário compreende questões relacionadas ao conhecimento dos idosos sobre a doença, sendo este validado e denominado de Diabetes Knowledge Scale e Attitudes Questionnaires (DKN-A). Além disso, também será realizada a avaliação antropométrica por meio de uma balança digital e fita métrica para as medidas de peso (kg) e altura (m). Os riscos envolvidos na pesquisa são considerados baixos, os quais compreendem o desconforto e/ou cansaço ao responder os questionamentos, considerando a declaração de hábitos pessoais e/ou entendimento das questões, e o possível constrangimento e/ou chateação ao realizar as medidas antropométricas, considerando a proximidade com a avaliadora e/ou o conhecimento das suas medidas. Entretanto, ressalta-se que as atividades da pesquisa serão realizadas por pesquisador treinado, de forma individual e em local apropriado e reservado. A pesquisa contribuirá para o entendimento acerca do perfil nutricional dos idosos com diabetes mellitus, assim como para o entendimento do conhecimento dos mesmos sobre diabetes mellitus, o que poderá auxiliar na definição de ações e estratégias visando promoção de saúde e controle da doença. Para participar deste estudo o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo e não receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o (a) Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O

(A) Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar- se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o (a) Sr. (a) é tratado (a). Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão. O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelos pesquisadores responsáveis e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com os pesquisadores responsáveis por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de identidade _____, fui informado (a) dos objetivos da presente pesquisa “Conhecimento sobre o diabetes e avaliação sociodemográfica, clínica e nutricional de idosos com diabetes mellitus frequentadores de um centro de convivência no município de Muriaé - MG”, de uma maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar e recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Muriaé - MG, _____ de _____ de 2023.

Assinatura do (a) participante ou digital polegar direito

Assinatura da aluna pesquisadora

Nome das alunas pesquisadoras responsáveis: Francielly Aparecida de Paula Vicente e Karolina Araújo de Oliveira Nome do professor pesquisador responsável: Iury Antônio de Souza
Endereço: Centro Universitário Faminas - Avenida Cristiano Varella, 655, Bairro Universitário, 36880-000, Muriaé-MG Contato da aluna pesquisadora responsável: (32) 98497-5663; (32) 98524-9952

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você pode consultar:
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos UNIFAMINAS
Av. Cristiano Varella, 655, Bairro Universitário, 36880-000, Muriaé-MG
Fone: (32) 3729-7 3788 / E-mail: comite.etica@unifaminas.edu.br

9.3 APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

Pesquisadora: () Karolina Araújo () Francielly Vicente

Data: _____/_____/_____

Iniciais do(s) nome(s) e sobrenome(s) do(a) participante: _____

Dados sociodemográficos:

1. Idade: __anos

2. Gênero: () Feminino () Masculino

3. Escolaridade:

- () Não soube informar
- () Ensino Fundamental Incompleto
- () Ensino Fundamental Completo
- () Ensino Médio Incompleto
- () Ensino Médio Completo
- () Ensino Superior Incompleto
- () Ensino Superior Completo

4. Estado Civil:

- () Solteiro(a)
- () Casado(a)
- () Viúvo(a)
- () Separado(a)/divorciado(a)

5. Aposentado (a): () Sim () Não

6. Bairro no qual reside no município de Muriaé: _____

Antropometria:

7. Peso: __Kg

8. Altura: __metros.

Hábitos gerais e alimentares:

9. O (A) Sr. (a) realiza a maioria das suas refeições em casa? () Sim () Não
Se não, onde as realiza? _____

10. O (A) Sr. (a) normalmente realizam quantas refeições ao dia?

- () 2 a 3 refeições
- () 4 a 5 refeições
- () 6 a 7 refeições
- () 8 ou mais refeições

11. O (A) Sr. (a) possui o hábito de consumir frutas durante o dia? () Sim () Não
Se sim, quantas frutas normalmente são consumidas por dia?

- () Apenas 1 fruta por dia
- () De 1 a 2 frutas por dia
- () Até 3 frutas por dia
- () 4 ou mais frutas por dia

12. Qual a frequência / Quantas vezes na semana, normalmente, o (a) sr. (a) consome legumes?

- () Não consome
- () Até 2 vezes na semana
- () De 3 a 4 vezes na semana
- () De 5 a 6 vezes na semana
- () Consome todos os dias pelo menos 1 vez ao dia

13. O (A) Sr. (a) possui o hábito de consumir algum tipo de pão todos os dias? Quantos?

- () Sim, 1 pão por dia
- () Sim, 2 pães por dia
- () Sim, 3 pães por dia
- () Sim, 4 ou mais pães por dia
- () Não tem o costume de comer pão todos os dias

14. Ainda em relação ao consumo de pão, qual o tipo o (a) sr. (a) mais consome?

- () Pão de sal / pão francês
- () Pão de sal / pão francês integral
- () Pão de forma tradicional
- () Pão de forma integral
- () Pão de forma sem açúcar
- () Pão doce e/ou com coberturas
- () Outro tipo: _____
- () Não sabe indicar o tipo de pão

15. O (A) Sr. (a) possui o hábito de consumir bolos e/ou biscoitos? () Sim () Não
Se sim, qual a frequência?

- () Não consome
- () Até 2 vezes na semana
- () De 3 a 4 vezes na semana
- () De 5 a 6 vezes na semana
- () Consome todos os dias pelo menos 1 vez ao dia

16. O (A) Sr. (a) possui o hábito de consumir massas como macarrão e pizzas?

() Sim () Não
Se sim, qual a frequência?

- () Não consome
- () Até 2 vezes na semana
- () De 3 a 4 vezes na semana
- () De 5 a 6 vezes na semana
- () Consome todos os dias pelo menos 1 vez ao dia

17. O (A) Sr. (a) possui o hábito de consumir lanches / *fast food* (hambúrguer, batata frita, pastéis, crepe, entre outros)? () Sim () Não

Se sim, qual a frequência? () Não consome

- () Até 2 vezes na semana
- () De 3 a 4 vezes na semana
- () De 5 a 6 vezes na semana
- () Consome todos os dias pelo menos 1 vez ao dia

18. O (A) Sr. (a) possui o hábito de ingerir refrigerantes? () Sim () Não

Se sim, qual a frequência?

- () Não consome
- () Até 2 vezes na semana
- () De 3 a 4 vezes na semana
- () De 5 a 6 vezes na semana
- () Consome todos os dias pelo menos 1 vez ao dia

19. O (A) Sr. (a) possui o hábito de tomar sucos naturais e/ou artificiais?

() Sim () Não

Se sim, qual a frequência?

- () Não costuma tomar sucos
- () Até 2 vezes na semana
- () De 3 a 4 vezes na semana
- () De 5 a 6 vezes na semana
- () Consome todos os dias fora das refeições principais (almoço e jantar)
- () Consome todos os dias junto com as refeições principais (almoço e jantar)

20. O (A) Sr. (a) normalmente prepara as suas refeições? () Sim () Não
21. O (A) Sr. (a) tem o hábito de “pedir comida” em algum restaurante?
() Não costuma pedir
() Apenas aos finais de semana
() Até 2 vezes na semana
() De 3 a 4 vezes na semana
() De 5 a 6 vezes na semana
() Todos os dias
22. O (A) Sr. (a) possui o hábito de comprar alimentos prontos? () Sim () Não
Se sim, quais? _____
23. O (A) Sr. (a) normalmente realiza sua (s) refeição (ões) sozinho (a)?
() Sim () Não
24. O (A) Sr. (a) normalmente realiza sua (s) refeição (ões) de qual forma?
() A mesa e com atenção para a refeição
() A mesa e vendo algo no celular
() A mesa e vendo televisão
() No sofá e vendo algo no celular
() No sofá e vendo televisão
() Outra forma: _____
25. Geralmente, qual a quantidade de água que o (a) sr. (a) ingere por dia?
() 1 copo (250 mL – “copo de requeijão”) ao dia
() 2 a 3 copos (250 mL – “copo de requeijão”) ao dia
() 4 a 6 copos (250 mL – “copo de requeijão”) ao dia
() 6 a 8 copos (250 mL – “copo de requeijão”) ao dia
() Mais de 8 copos (250 mL – “copo de requeijão”) ao dia
26. O (A) Sr. (a) consome bebida alcoólica ou já consumiu? () Sim () Não
Se, sim, qual a frequência?
() Sim, consome bebida alcoólica diariamente
() Sim, consome bebida alcoólica às vezes / muito raro
() Sim, consome bebida alcoólica só aos fins de semana
() Já consumiu, mas atualmente não consome mais
() Nunca consumiu bebida alcoólica
27. O (A) Sr. (a) já fez ou faz uso de cigarro/tabaco?
() Sim, é fumante
() Sim, é ex fumante
() Nunca fumou

28. O (A) Sr. (a) pratica algum exercício físico?

- Sim, até 2 vezes/semana
- Sim, de 3 a 4 vezes/semana
- Sim, de 5 a 6 vezes/semana
- Sim, todos os dias
- Não pratica nenhuma atividade física

29. Se sim na pergunta anterior, qual exercício físico o (a) sr. (a) costuma realizar? _____

30. O (A) Sr. (a) dorme, em média, dorme quantas horas por noite?

- Menos de 4 horas
- De 4 a 5 horas
- De 6 a 7 horas
- 8 horas ou mais

31. O (A) Sr. (a) considera que a qualidade do seu sono é?

- Ruim
- Regular
- Boa
- Ótima

Dados clínicos

32. O (A) Sr. (a) sabe informar o tipo de diabetes que apresenta?

- Não sabe informar
- Sim, Diabetes tipo 1
- Sim, Diabetes tipo 2
- Outro tipo: _____

33. Há quanto tempo o (a) sr. (a) recebeu o diagnóstico de diabetes?

- Não sabe informar
- Há menos de 06 meses
- Entre 6 meses há 1 ano
- Entre 1 há 2 anos
- Entre 2 há 4 anos
- Entre 4 há 5 anos
- Há mais de 5 anos
- Entre 6 há 10 anos
- Há mais de 10 anos

34. Na sua família, mais alguém apresenta diabetes? () Sim () Não

Se sim, quem?

() Não sabe informar

() Mãe

() Pai

() Irmã (ão)

() Avô (ó)

() Outro: _____

35. O (A) Sr. (a) realiza acompanhamento médico para o tratamento do diabetes?

() Sim, todo mês vai as consultas

() Sim, a cada 2 ou 3 meses vai as consultas

() Sim, a cada 6 meses vai as consultas

() Muito raramente vai as consultas

() Só quando sente algum mal

() Não costuma ir ao médico

36. O (A) Sr. (a) realiza ou realizou acompanhamento nutricional?

() Sim, realiza

() Já realizou, mas hoje não mais

() Nunca realizou, pois não acha necessário

() Nunca realizou, pois não sabe onde tem nutricionista

() Nunca realizou, pois não tem acesso e/ou não conhece nenhum nutricionista

37. O (A) Sr. (a) faz uso algum medicamento? () Sim () Não

Se sim, quantos por dia?

() 1 por dia

() De 2 a 3 por dia

() De 4 a 5 por dia

() Mais de 5 por dia

38. O (A) Sr. (a) faz uso de insulina? () Sim () Não

39. Se sim na pergunta anterior, usa insulina:

() Desde quando recebeu o diagnóstico

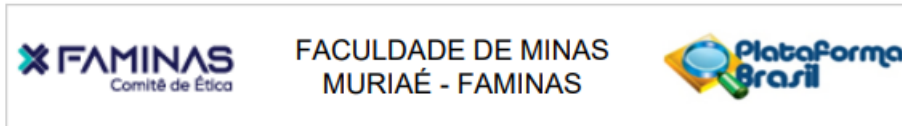
() Tempo depois do diagnóstico passou a usar insulina

40. Além do diabetes, você tem alguma outra doença? () Sim () Não

Se sim, qual (is)? _____

10 ANEXOS

10.1 ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO SOBRE O DIABETES E AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA E NUTRICIONAL DE IDOSOS COM DIABETES MELLITUS FREQUENTADORES DE UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA NO MUNICÍPIO DE MURIAÉ - MG

Pesquisador: IURY ANTONIO DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68538223.2.0000.5105

Instituição Proponente: LAEL VARELLA EDUCACAO E CULTURA LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.035.225

Apresentação do Projeto:

CONHECIMENTO SOBRE O DIABETES E AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA E NUTRICIONAL DE IDOSOS COM DIABETES MELLITUS FREQUENTADORES DE UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA NO MUNICÍPIO DE MURIAÉ - MG

Objetivo da Pesquisa:

O presente estudo tem como objetivo avaliar características sociodemográficas, clínicas e nutricionais de idosos com diabetes mellitus, frequentadores de um Centro de Convivência do Idoso no município de Muriaé – MG, assim como o verificar o conhecimento dos mesmos em relação a doença e autocuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos para os participantes da pesquisa são considerados baixos, os quais compreendem o desconforto e/ou cansaço ao responder os questionamentos, considerando a declaração de hábitos pessoais e/ou entendimento das questões, e o possível constrangimento e/ou chateação ao

Endereço: Avenida Cristiano Varella, 655
Bairro: Bairro Universitário **CEP:** 36.888-233
UF: MG **Município:** MURIAE
Telefone: (32)3729-7519 **Fax:** (32)3729-7547 **E-mail:** comitedeetica.mre@faminas.edu.br



FACULDADE DE MINAS
MURIAÉ - FAMINAS



Continuação do Parecer: 6.035.225

realizar as medidas antropométricas, considerando a proximidade com o avaliador e/ou o conhecimento das suas medidas. Ressalta-se que as atividades da pesquisa serão realizadas por pesquisadores treinados, de forma individual, em área apropriada disponibilizada pelo local e com o devido auxílio e atenção dos pesquisadores durante toda a aplicação dos questionários e realização das medidas antropométricas. Além disso, todas as informações pessoais descritas pelos participantes ficarão em sigilo e os mesmos não terão suas identidades divulgadas.

3.6 BENEFÍCIOS

A pesquisa poderá contribuir para estudos futuros que associem o público e a doença em questão, até mesmo no intuito de estabelecimento de possíveis intervenções. Além disso, a pesquisa também contribuirá para o conhecimento por parte da Centro de Convivência acerca dos idosos com DM que frequentam as atividades, auxiliando na tomada de medidas e desenvolvimento de ações para com os mesmos visando promoção da saúde, prevenção de doenças, autogerenciamento e controle do DM.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

trabalho relevante e termos adequados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2116431.pdf	05/04/2023 18:50:52		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	05/04/2023 18:50:18	IURY ANTONIO DE SOUZA	Aceito
Outros	Declaracao_responsabilidade_pesquisador.pdf	05/04/2023 18:47:37	IURY ANTONIO DE SOUZA	Aceito
Outros	Curriculo_Karolina.pdf	04/04/2023	IURY ANTONIO DE	Aceito

Endereço: Avenida Cristiano Varella, 655
Bairro: Bairro Universitário **CEP:** 36.888-233
UF: MG **Município:** MURIAE
Telefone: (32)3729-7519 **Fax:** (32)3729-7547 **E-mail:** comitedeetica.mre@faminas.edu.br



FACULDADE DE MINAS
MURIAÉ - FAMINAS



Continuação do Parecer: 6.035.225

Outros	Curriculo_Karolina.pdf	09:25:41	SOUZA	Aceito
Outros	Curriculo_Francielly.pdf	04/04/2023 09:25:24	IURY ANTONIO DE SOUZA	Aceito
Outros	Curriculo_Iury.pdf	04/04/2023 09:25:01	IURY ANTONIO DE SOUZA	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia.pdf	04/04/2023 09:23:48	IURY ANTONIO DE SOUZA	Aceito
Outros	Questionario_DKN.pdf	04/04/2023 09:23:19	IURY ANTONIO DE SOUZA	Aceito
Outros	Questionario_geral_da_pesquisa.pdf	04/04/2023 09:23:05	IURY ANTONIO DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/04/2023 09:22:44	IURY ANTONIO DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	04/04/2023 09:22:36	IURY ANTONIO DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MURIAE, 02 de Maio de 2023

Assinado por:

Alexandre Horacio Couto Bittencourt
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Cristiano Varela, 655

Bairro: Bairro Universitário

CEP: 36.888-233

UF: MG

Município: MURIAE

Telefone: (32)3729-7519

Fax: (32)3729-7547

E-mail: comitedeelica.mre@faminas.edu.br

10.2 ANEXO 2 – *DIABETES KNOWLEDGE SCALE QUESTIONNAIRE***Identificação prévia para a pesquisa**

Pesquisadora: () Karolina Araújo () Francielly Vicente

Data: _____/_____/_____

Iniciais do(s) nome(s) e sobrenome(s) do(a) participante: _____

DIABETES KNOWLEDGE SCALE QUESTIONNAIRE**Versão Brasileira do Questionário – Escala de Conhecimento de Diabetes**

Há quanto tempo você tem diabetes?

Como ela é tratada? (marque um)

(a) Dieta (b) Dieta e hipoglicemiante oral (c) Dieta e insulina

INSTRUÇÕES: Se souber a resposta **certa**, deverá ser feito um círculo em volta da letra na frente dela. Se não souber a resposta, deverá fazer um círculo em volta da letra à frente de “**Não sei**”.

1 - Na diabete SEM CONTROLE, o açúcar no sangue é:

- A. Normal.
- B. Alto.
- C. Baixo.
- D. Não sei.

2 - Qual destas afirmações é VERDADEIRA?

A. Não importa se sua diabete não está sob controle, desde que você não entre em coma.

A. É melhor apresentar um pouco de açúcar na urina para evitar a hipoglicemia.

B. O controle mal feito da diabete pode resultar numa chance maior de complicações mais tarde.

C. Não sei.

3 - A faixa de variação NORMAL de glicose no sangue é de:

- A. 70 – 110mg/dl.
- B. 70 – 140mg/dl.
- C. 50 – 200mg/dl.
- D. Não sei.

4- A manteiga é composta principalmente de:

- A. Proteínas.
- B. Carboidratos.

- C. Gorduras.
- D. Minerais e vitaminas.
- E. Não sei.

4 - O arroz é composto principalmente de

- A. Proteínas.
- B. Carboidratos.
- C. Gorduras.
- D. Minerais e vitaminas.
- E. Não sei.

5 - A presença de cetonas na urina é:

- A. Um bom sinal.
- B. Um mau sinal.
- C. Encontrado normalmente em quem tem diabetes.
- D. Não sei.

6- Quais das possíveis complicações abaixo NÃO estão geralmente associados à diabetes?

- A. Alterações na visão.
- B. Alterações nos rins.
- C. Alterações nos pulmões.
- D. Não sei.

7- Se uma pessoa que está tomando insulina apresenta uma taxa alta de açúcar no sangue ou na urina, assim como presença de cetonas, ela deve:

- A. Aumentar a insulina.
- B. Diminuir a insulina.
- C. Manter a mesma quantidade de insulina e a mesma dieta, e fazer um exame de sangue e de urina mais tarde.
- D. Não sei.

8- Se uma pessoa com diabetes está tomando insulina e fica doente ou não consegue comer a dieta prescrita:

- A. Ela deve parar de tomar insulina imediatamente.
- B. Ela deve continuar a tomar insulina.
- C. Ela deve usar hipoglicemiante oral para diabetes em vez da insulina.
- D. Não sei.

9- Se você sente que a hipoglicemia está começando, você deve:

- A. Tomar insulina ou hipoglicemiante oral imediatamente.
- B. Deitar-se e descansar imediatamente.
- C. Comer ou beber algo doce imediatamente.
- D. Não sei.

10- Você pode comer o quanto quiser dos seguintes alimentos:

- A. Maçã.
- B. Alface e agrião

- C. Carne.
- D. Mel.
- E. Não sei.

12- A hipoglicemia é causada por:

- A. Excesso de insulina.
- B. Pouca insulina.
- C. Pouco exercício.
- D. Não sei.

PARA AS PRÓXIMAS PERGUNTAS, HAVERÁ 2 RESPOSTAS CERTAS. MARQUE-AS.

13- Um quilo é:

- A. Uma unidade de peso.
- B. Igual a 1000 gramas.
- C. Uma unidade de energia.
- D. Um pouco mais que duas gramas.
- E. Não sei.

14- Duas das seguintes substituições são corretas:

- A. Um pão francês é igual a quatro (4) biscoitos de água e sal.
- B. Um ovo é igual a uma porção de carne moída.
- C. Um copo de leite é igual a um copo de suco de laranja
- D. Uma sopa de macarrão é igual a uma sopa de legumes
- E. Não sei.

15 - Se eu não estiver com vontade de comer o pão francês permitido na minha dieta para o café da manhã, eu posso:

- A. Comer quatro (4) biscoitos de água e sal.
- B. Trocar por dois (2) pães de queijo médios.
- C. Comer uma fatia de queijo.
- D. Deixar para lá.
- E. Não sei.