

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Curso de Especialização em Elaboração e Monitoramento de Projetos Sociais

Bruno Martins Dala Paula

**REPASSA-SUL DE MINAS - Rede de Promoção da Atenção à Saúde e Segurança
Alimentar do Sul de Minas Gerais**

Belo Horizonte
2020

Bruno Martins Dala Paula

REPASSA-SUL DE MINAS - Rede de Promoção da Atenção à Saúde e Segurança Alimentar do Sul de Minas Gerais

Monografia de especialização apresentada à Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Elaboração e Monitoramento de Projetos Sociais.

Orientadora: Rozângela Gontijo

Belo Horizonte

2020

301 Dala-Paula, Bruno Martins.
D136r REPASSA-SUL de Minas [recurso eletrônico] : Rede de
2020 Promoção da Atenção à Saúde e Segurança Alimentar do Sul
de Minas Gerais / Bruno Martins Dala-Paula. - 2020.
1 recurso online (40 f.)
Orientadora: Rozângela Gontijo.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em
Elaboração, Gestão e Avaliação de Projetos Sociais em áreas
Urbanas - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade
de Filosofia e Ciências Humanas.
Inclui bibliografia.

1. Política alimentar. 2. Renda. I. Gontijo, Rozângela.
II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de
Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de Sociologia
Av. Antônio Carlos, 6627 - Pampulha
31.270-901 - Belo Horizonte - MG

ESPECIALIZAÇÃO EM PROJETOS SOCIAIS: FORMULAÇÃO E MONITORAMENTO

ATA DE DEFESA DE MONOGRAFIA DE 2017770145 - BRUNO MARTINS DALA PAULA

Aos vinte dias do mês de fevereiro de dois mil e vinte, reuniu-se a banca examinadora de defesa de monografia do Curso de Especialização em Projetos Sociais: Formulação e Monitoramento, composta por Orientador: Rozangela Gontijo e Profa. Dra. Ana Marcela Ardila Pinto para examinar a monografia intitulada "*Repassa-sul de Minas - Rede de Promoção da Atenção à Saúde e Segurança Alimentar do Sul de Minas Gerais*" de 2017770145 - BRUNO MARTINS DALA PAULA. Procedeu-se a arguição, finda a qual os membros da banca examinadora reuniram-se para deliberar, decidindo por unanimidade pela aprovação da monografia. Para constar, foi lavrada a presente ata que vai datada e assinada pela Coordenadora.

Belo Horizonte, 20 de fevereiro de 2020

Assinatura manuscrita em azul da Profa. Danielle Cireno Fernandes.

Profa. Danielle Cireno Fernandes
Coordenadora do Curso de Especialização em
Projetos Sociais: Formulação e Monitoramento

AGRADECIMENTOS

A Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG) agradeço o apoio para a elaboração de projetos pesquisa e extensão universitária, a exemplo dos: “Grupo para a pessoa idosa: Viver Bem a Nova Idade” e “REPASSA-Sul de Minas”, que serviram como inspiração para a elaboração desta monografia de especialização.

À Fundação Cargill, por acreditar em nossa ideia e por apoiar o Projeto de Pesquisa e Intervenção Social: “REPASSA-Sul de Minas”, a partir da 5ª Edição do Edital da Fundação Cargill – Alimentação em Foco (2019-2020).

Aos discentes do Curso de Nutrição da UNIFAL-MG pela parceria e pelo maravilhoso trabalho realizado com as idosas participantes do “Grupo Viver Bem a Nova Idade”. A estas, decido um especial agradecimento pelos ensinamentos de vida, sorrisos sinceros e abraços fraternos que nos deram a certeza de estarmos no caminho certo.

Aos companheiros de trabalho da Faculdade de Nutrição (FANUT) da UNIFAL-MG pelo convívio diário, pela motivação e por aceitarem a fazer parte do grupo de ação deste projeto.

À Profa. Dra. Rozângela Gontijo pela orientação e contribuições para a elaboração deste projeto social e ao corpo docente do Curso de Especialização em Elaboração e Monitoramento de Projetos Sociais pelas contribuições acadêmicas.

RESUMO

Considerando o anseio geral da população pelo aumento da longevidade em consonância com o aumento da qualidade de vida, esta monografia de especialização apresenta um projeto social a ser realizado no município de Alfenas, Minas Gerais, cujo desenvolvimento foi elaborado levando em consideração a atuação conjunta de uma rede de parceiros composta por unidades básicas de saúde, escolas públicas, instituição de longa permanência de idosos e banco de alimentos. A sistematização deste projeto social, contempla também, ferramentas de monitoramento e avaliação das ações a fim de respaldar a tomada de decisões em indicadores objetivos, mensuráveis, claros e fidedignos às ações aqui propostas. Em síntese, o projeto social pretende atender a três dimensões de ações, sendo elas: I. Promoção da saúde; II. Formação de multiplicadores para a educação alimentar e nutricional e; III. Formação para a complementação de renda. Com a execução do REPASSA-Sul de Minas, pretende-se contribuir com a qualidade de vida, a partir da educação alimentar e nutricional da população, subsidiar ações para a complementação de renda a partir da manipulação e produção de alimentos.

Palavras-chave: Educação alimentar e nutricional. Geração de renda. Segurança Alimentar e Nutricional.

ABSTRACT

Considering the general desire of the population to increase longevity in line with the increase in quality of life, this monograph presents a social project to be carried out in the municipality of Alfenas, Minas Gerais, whose development was prepared taking into account the joint performance of a network of partners made up of basic health units, public schools, a long-term care institution for the elderly and a food bank. The systematization of this social project also includes tools for monitoring and evaluating actions in order to support decision making in objective, measurable, clear and reliable indicators for the actions proposed here. In summary, the social project aims to meet three dimensions of actions, namely: I. Health promotion; II. Training of multipliers for food and nutrition education and; III. Training for income supplementation. With the execution of REPASSA-Sul de Minas, the intention is to contribute to the quality of life, based on the population's food and nutrition education, to subsidize actions for supplementing income from food handling and production.

Keywords: Food and nutrition education. Income generation. Food and nutrition security.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
CAPÍTULO 1: DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E ALIMENTAÇÃO	12
CAPÍTULO 2: INTERVENÇÕES MULTIDISCIPLINARES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS IDOSOS	16
2.1. REPASSA Promoção da Saúde:	16
2.2. REPASSA Formação de Multiplicadores para a Educação Alimentar e Nutricional	20
2.3. REPASSA Formação para a Complementação de Renda:	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
Referências Bibliográficas	24
ANEXOS	28
Anexo 1. Termo de parceria.....	28
Anexo2a. Questionário geral de identificação, dados socioeconômicos e hábitos alimentares	29
Anexo2b. Questionário de identificação para estudantes	31
Anexo 3. Questionário de histórico e percepção da saúde	33
Anexo 4. Recordatório Alimentar de 24 horas	34
Anexo 5. Questionário de Frequência do Consumo Alimentar	35
Anexo 6. Escala de Depressão Geriátrica (GDS).....	36
Anexo 7a. Escala Brasileira de Insegurança Alimentar Reduzida	37
Anexo 7b. Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) (BRASIL, 2014c).....	38
Anexo 8. Ficha de avaliação geral de oficinas, encontros ou cursos.....	39
Anexo 9a. Ficha de acompanhamento após um mês da realização de curso do Eixo REPASSA Formação para a Realização da Educação Alimentar e Nutricional	40
Anexo 9b. Ficha de acompanhamento após um mês da realização de curso do Eixo REPASSA Formação para a Complementação da Renda.....	40

INTRODUÇÃO

A busca por uma população longeva e com qualidade de vida perpassa por todos os estágios da vida, não devendo ser pensada e planejada exclusivamente para a pessoa idosa. O envelhecimento populacional, antes percebido como um processo característico apenas dos países desenvolvidos, hoje é realidade em todo o mundo, devido à transição demográfica que os países em desenvolvimento estão presenciando. O último Censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelou um crescimento aproximado de 39,98% da população com idade superior a 60 anos entre os anos de 2000 e 2010, um acréscimo superior a 5,5 milhões de pessoas acima de 60 anos (IBGE, 2010). Essa alteração do perfil populacional brasileiro pode ser explicada pela redução dos coeficientes de fecundidade e de mortalidade, em consonância com a introdução de métodos de controle de natalidade, melhoria das condições de vida, em especial de moradia e alimentação, assim como o avanço científico-tecnológico que permitiu o diagnóstico e tratamento precoce de inúmeras enfermidades.

De forma distinta ao ocorrido nos países desenvolvidos, o envelhecimento populacional nos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, está surpreendentemente acelerado (MARUCCI et al., 2013), colocando o país em uma situação de alerta, quanto ao adequado planejamento de intervenções e capacitação de profissionais da área da saúde, aptos a atuarem e atenderem com qualidade as crescentes demandas de serviços à pessoa idosa.

Conforme a Organização das Nações Unidas – ONU (1982) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), nos países em desenvolvimento, considera-se idosa a pessoa com 60 ou mais anos. De forma diferente, nos países desenvolvidos, considera-se idosa a pessoa com 65 ou mais anos de idade. O envelhecimento é um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível no qual ocorrem alterações morfológicas, bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e psicossociais. Em virtude dessas alterações, há progressiva perda da capacidade de adaptação aos diferentes estímulos do ambiente e prejuízo na forma de se alimentar. Essas condições tornam o indivíduo mais vulnerável e aumenta a incidência de má nutrição e instalação de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), dentre elas, o diabetes, doenças coronarianas e o câncer (CARDOSO et al., 2013).

Na 4ª Conferência Nacional da Pessoa Idosa realizada em Brasília, em 2016, com o tema “Protagonismo e empoderamento da pessoa idosa – por um Brasil de todas as idades”, foram explicitadas demandas referentes a autonomia, mobilidade, acesso a informações, serviços, segurança e saúde preventiva da pessoa idosa. Os debates ocorreram de forma articulada envolvendo quatro eixos temáticos, sendo eles: I. Gestão (programas, projetos, ações e serviços);

II. Financiamento (fundos da pessoa idosa e orçamento público); III. Participação (política e de controle social) e; IV. Sistema Nacional de Direitos Humanos. Das propostas deliberadas ao final da Conferência, a primeira que compôs o eixo I, fez menção à criação, implantação e manutenção de centros especializados de saúde para atendimento da pessoa idosa em todo território nacional, envolvendo uma equipe de profissionais multidisciplinar da área da saúde. O trabalho do nutricionista, profissional da saúde com grande potencial de atuação na atenção básica, foi mencionado nesse documento como uma das demandas, a partir de sua intervenção em atividades promotoras de saúde, assim como em hospitais que oferecem atendimento de alta complexidade (BRASIL, 2016).

Agregar qualidade aos anos de vida do ser humano é uma aspiração natural de qualquer sociedade, e conforme análise feita por CARMAGOS (2009), o Estatuto do Idoso evoca a atuação de inúmeros profissionais não concorrentes e de importância fundamental a um sistema que atenda de forma integral a saúde da pessoa idosa. Dentre esses profissionais, manifesta-se o nutricionista, com potencial de contribuição, tanto quanto aos seus conhecimentos específicos de classe, como aos saberes comuns preconizados pelos profissionais da área da saúde.

Levando em consideração a elevada magnitude das mortes provocadas pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) da população brasileira (72%) e do elevado percentual de pessoas idosas (75,5%) que apresentam uma ou mais DCNT, além da estatística que apresenta uma diferença percentual entre os gêneros, sendo 69,3% dos homens e 80,2% das mulheres (IBGE, 2009; BRASIL, 2018), é necessário debruçar em estratégias capazes de reduzir a prevalência das DCNT, contribuindo assim, com a melhora da qualidade de vida e o aumento da longevidade da população brasileira. Para tanto, faz-se necessário um árduo trabalho de intervenção ao longo dos diversos ciclos da vida, uma vez que nos hábitos de vida estão os principais fatores de risco para o desenvolvimento de uma DCNT.

A educação em saúde é uma importante ferramenta de promoção à saúde, que pode ser realizada com toda a população, levando-se em conta algumas características determinantes da forma de abordagem, como faixa etária, nível social e escolaridade. A atuação educativa dos profissionais da saúde, pode acontecer em diversos momentos durante sua prática profissional. Uma das formas mais convencionais de intervenção da educação na saúde acontece nos atendimentos individuais, no entanto, o alcance dessas intervenções muitas vezes se limita ao usuário. O profissional da saúde também encontra outras dificuldades para realizar a educação da saúde durante os atendimentos individuais, tais como: o reduzido tempo disponível com o usuário, ausência de materiais didáticos e falta de um planejamento inicial sobre as intervenções que seriam realizadas.

O nutricionista, por exemplo, conta com o aconselhamento dietético como principal ferramenta para promoção da saúde em um atendimento individual. Se convenientemente conduzida, essa medida pode constituir uma oportunidade para a busca ativa de uma vida mais prazerosa e mais plena. No entanto, vale ressaltar que o acesso às consultas envolvendo nutricionistas do Sistema Único de Saúde, geralmente acontecem via encaminhamento médico, em decorrência de uma doença já instalada. Sendo assim, os trabalhos de educação envolvendo a nutrição e alimentação saudável, deveriam fazer parte das principais estratégias da atenção básica à saúde, pois dessa forma, os nutricionistas e outros profissionais da saúde estariam exercendo de forma mais plena o seu protagonismo na promoção à saúde da população (RODRIGUES, et al, 2005).

Outra forma de se abordar a educação em saúde, consiste na realização de Grupos de Convivência. O grupo é um espaço em que se desenvolve a escuta das necessidades dos usuários, dos seus problemas e vivências e onde profissionais e usuários buscam, em conjunto, soluções para os problemas identificados (BRASIL, 2014). No convívio com semelhantes é possível ensinar e aprender por meio da troca de experiências, proporcionar a reflexão da realidade e assim, propiciar a mudança de comportamento desejada é facilitada (AFONSO, 2006; SOUZA, 2011).

Essa aprendizagem por meio da troca de experiências com os semelhantes, ou seja, outros usuários que vivem em contextos semelhantes, se dá nos diálogos proporcionados na educação em grupo em que um usuário fala das barreiras no cotidiano para realizar o autocuidado (SANTOS et al., 2007; ALMEIDA; SOARES, 2010; MELO; CAMPOS). Essas barreiras podem ser; pouco apoio familiar ou do serviço de Saúde, falta de recursos financeiros ou de tempo e os sentimentos que permeiam essas experiências. Diante dessas circunstâncias, o usuário se vê frente a frente com estas barreiras, mas é justamente na superação destas que acontece o que chamamos de “empoderamento”.

Um grupo fundamentado na abordagem do empoderamento com delimitação dos participantes, cronograma previamente definido, porém, com flexibilidade para atender as necessidades dos usuários, oferece inúmeras vantagens. Nesse formato de grupo há maior confiança entre os usuários e desses com os profissionais o que intensifica a troca de experiências, outra vantagem é que não há repetição de informações (BRASIL, 2014; FUNNELL; TANG; ANDERSON, 2007). Mesmo sendo a prática educativa no formato em grupo, o plano de cuidados de cada usuário deve ser individual, pois cada um tem sua própria meta. Para além de troca de informações e construção de conhecimentos no espaço da educação em grupo os usuários encontram um espaço aberto e propício para trabalhar os aspectos psicossociais

relacionados, por exemplo, ao cuidado com o diabetes e seu convívio. Relata-se que há alívio da sensação de solidão, de isolamento social, podendo levar a melhorias no relacionamento familiar e com os profissionais (MELO; CAMPOS, 2014). Esse é o modelo de educação em grupo com base no empoderamento em que se acredita que há maior chance de sucesso e que se propõe neste estudo.

Essa experiência em grupo tem se mostrado uma prática adequada para atender a complexidade do envelhecimento e do viver com as condições das DCNT, quando essas estão presentes. Estudos têm relatado resultados promissores da educação em grupo de participantes com diabetes, como o fortalecimento das práticas de autocuidado, além de um espaço para manifestação dos aspectos psicossociais relacionados à condição, que são muitas vezes negligenciados nas práticas educativas (BAQUEDANO et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2011; FARIA et al., 2013).

Um estudo randomizado, controlado e cruzado, realizado no Japão, avaliou a intervenção multifatorial referente à prática de atividade física de resistência, educação nutricional e programas psicossociais sob a fragilidade e saúde funcional de idosos. Os autores concluíram que três meses de intervenção nas áreas citadas foram responsáveis pela redução da fragilidade e contribuíram com a melhoria da saúde funcional (SEINO et al., 2017).

Schlaff et al. (2016) avaliaram os efeitos da intervenção nutricional realizada em atividades de grupo, ao longo de 12 semanas com pessoas idosas sob seus hábitos alimentares. Os autores encontraram uma interação positiva e significativa entre o consumo de frutas, hortaliças e fibras e o tempo da intervenção. As 12 semanas contribuíram significativamente com a melhora dos hábitos alimentares dos idosos, mas não interfeririam na prática de atividade física.

A educação em saúde a partir de intervenções em grupo são práticas de baixo custo e com potencial para a melhoria da qualidade de vida de idosos. A referida metodologia tem sido utilizada na prática de trabalho de inúmeros profissionais do Sistema Único de Saúde, em especial, aqueles inseridos na rede de atenção básica de saúde. No entanto, ainda são escassas as iniciativas sistematizadas que avaliaram o impacto das intervenções de educação em saúde, em especial com idosos, sob a percepção do seu estado de saúde, hábitos alimentares, estado nutricional, assim como indicadores da saúde mental dos envolvidos.

O presente projeto de intervenção social pode suprir tais demandas, contribuir com o aumento da qualidade de vida e longevidade da população residente no município de Alfenas, além de propor subsídios para a elaboração e monitoramento de políticas públicas que busquem otimizar as condições de saúde, em especial da pessoa idosa.

Dessa forma, a presente monografia de especialização propõe intervenções para a formação da Rede de Promoção da Atenção à Saúde e Segurança Alimentar do Sul de Minas Gerais, elencando-se os seguintes objetivos específicos:

1. Analisar as complicações e agravos decorrentes de doenças crônicas não-transmissíveis cujos fatores de predisposição ou causas modificáveis incluam os hábitos alimentares;
2. Identificar o estado de segurança alimentar e nutricional, os hábitos alimentares e estado nutricional de grupos representantes de diferentes ciclos/estágios de vida, residentes no município de Alfenas, MG;
3. Sistematizar uma rede de cuidado à pessoa idosa na Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), Escolas Públicas e Unidades Básicas de Saúde do município de Alfenas, envolvendo os profissionais da área nas áreas de educação e saúde, além dos discentes de cursos de graduação das respectivas áreas da UNIFAL-MG;
4. Avaliar o impacto das ações nas dimensões da saúde, segurança alimentar e nutricional e qualidade de vida.

O capítulo 1, dessa monografia de especialização apresenta uma revisão de literatura sobre algumas DCNT relacionadas com os hábitos alimentares e nutricionais, sua prevalência na população brasileira e os efeitos à saúde a partir do consumo inadequado de macro e micronutrientes. Com esse capítulo, espera-se nortear a escolha dos principais temas e assuntos que serão abordados durante a educação alimentar e nutricional em grupo, que consistirá em uma das principais ações do projeto REPASSA-Sul de Minas.

O capítulo II apresenta a metodologia detalhada das ações do REPASSA-Sul de Minas, divididas em três eixos: I. Promoção da saúde; II. Formação de multiplicadores para a educação alimentar e nutricional e; III. Formação para a complementação de renda, apresentando a possível rede de parceiros, as ações pretendidas, assim como a sistematização das avaliações e monitoramento.

CAPÍTULO 1: DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E ALIMENTAÇÃO

A elevada prevalência de DCNT, associada às alterações fisiológicas na população idosa, estabelece relação direta com o envelhecimento. A má alimentação, o sedentarismo, a obesidade, a hiperglicemia e os níveis alterados de pressão arterial são considerados principais fatores de risco para a morbi/mortalidades decorrente das DCNT, contribuindo com o desenvolvimento de patologias crônicas, como: cardiovasculares, hipertensão, diabetes mellitus e obesidade (ABREU et al., 2017). Nesse sentido, um idoso portador de uma DCNT possui maiores chances de desenvolver dependência funcional e redução da sua autonomia, vivenciando, assim, os últimos anos de vida com diversas complicações, com significativa redução da qualidade de vida (MACHADO et al., 2017).

Conforme panorama epidemiológico brasileiro, já discutido anteriormente, as DCNT, constituem os principais problemas de saúde, com as maiores magnitudes das taxas de mortalidade, além de atingirem com maior expressão os estratos de maior vulnerabilidade social da população (BRASIL, 2018). Assim, na sequência, serão apresentadas algumas das principais DCNT de elevada prevalência na população brasileira e cuja prevenção e tratamento perpassam diretamente pelos hábitos alimentares.

A hipertensão arterial é uma doença crônica multifatorial que pode ser caracterizada por níveis de pressão arterial elevados que promovem alterações funcionais nos órgãos e sistemas humanos, sendo considerado o principal fator de risco para complicações cardiovasculares, podendo essas serem fatais ou não. No Brasil, essa doença atinge mais de 60% dos idosos (SILVA et al., 2019).

O diabetes é um importante problema de saúde pública em idosos, atingindo a 25% da população acima de 65 anos, aumentando os riscos de morte prematura e comorbidades como hipertensão, doenças coronarianas e acidente vascular encefálico (SAAD & PRADA, 2019). Essa doença é definida pelo Ministério da Saúde do Brasil como:

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006).

As dislipidemias podem ser caracterizadas quando são encontrados valores de lipídios séricos associados ao risco de desenvolver doenças cardiovasculares, sendo considerada uma das principais causas de doenças cardiovasculares, principalmente em idosos. A dislipidemia envolve alterações de uma ou mais lipoproteínas encontradas no sangue, tais como triglicerídeos, colesterol e lipoproteínas de alta (HDL) e baixa (LDL) densidade. Esse aumento pode ser decorrente de diferentes fatores, tendo-se o componente genético, o tabagismo, o sedentarismo, a obesidade, o consumo excessivo de álcool, a utilização de medicamentos e a alimentação como alguns dos principais fatores determinantes de dislipidemia. (MARTINS et al., 2015).

A obesidade é atualmente considerada uma pandemia, sendo definida por diversos autores a partir do índice de massa corporal (IMC) superior a 30 Kg/m². No Brasil, Moura et al. (2019) destacam que o gênero, a etnia e sobretudo, o nível de escolaridade são fatores importantes que estão associados com o aumento do risco de obesidade na população, e consequentemente nos idosos.

A prevalência de obesidade em adultos de 20 a 59 anos na região Sudeste do Brasil é bastante elevada, atingindo quase metade da população (49%), sendo que 14,6% dos adultos desta região encontram-se com o diagnóstico de obesidade. A prevalência de obesidade aumenta com idade, sendo de 7,8% na faixa etária de 20 a 29 anos, 14% de 30 a 39 anos, 17,5% de 40 a 49 anos e 21,8% de 50 a 59 anos (IBGE, 2011).

Sabendo que o hábito alimentar é um importante determinante para a ocorrência da obesidade, dados obtidos na última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), mostram que 24,1% e 23,3% da população mineira consomem regularmente doces e refrigerantes açucarados, respectivamente. Além disso, apenas 41,5% atingiram o consumo de frutas e hortaliças recomendado pelo Ministério da Saúde. De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Orçamento Familiar (POF), o consumo do açúcar de mesa teve uma participação relativa de 14% do total de calorias consumidas em um dia por um habitante de Minas Gerais. Em contrapartida, os grupos alimentares constituídos por verduras, legumes, frutas e sucos naturais representam apenas 2,5% do total de calorias consumidas em um dia (IBGE, 2011).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (2016), 56,4% dos homens e 63,4% das mulheres residentes em Minas Gerais não praticam algum esporte ou atividade física.

Diante destes determinantes, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) demonstra que Minas Gerais ocupa posições de destaque em relação à percepção de agravos crônicos, a saber: primeiro lugar no ranking nacional para hipercolesterolemia e doenças cardíacas, segundo lugar para hipertensão arterial e quinto lugar para diabetes, décimo para insuficiência renal crônica e décimo segundo para o câncer (IBGE, 2013). Fazendo um recorte da situação de Minas Gerais, as cidades

de Alfenas, Machado e Guaxupé (cidades polo de três microrregionais que compõem a macrorregional de Alfenas) apresentaram uma proporção de óbitos por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas em 2016, equivalentes a 4%, 3,7% e 4,4%, respectivamente. Foi ainda constatado 21,2%, 31,6% e 28,2%, respectivamente, de óbitos por doenças do aparelho circulatório (SES/MG, 2016).

Considerando os hábitos alimentares como os principais determinantes modificáveis para a prevenção de DCNT e o constante desenvolvimento das ciências da nutrição e dos alimentos, atualmente é consenso na literatura científica que a elevada ingestão de gordura, em especial as gorduras saturadas e trans, desempenha papel fundamental na etiologia de dislipidemias, obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares (DC) e degeneração macular (PREVIDELLI; GOULART; AQUINO, 2017). As gorduras trans promovem o aumento das concentrações de colesterol total e LDL-c através de mecanismos semelhantes aos dos ácidos graxos saturados. O consumo desse tipo de gordura tem sido acompanhado pelo aumento na incidência da obesidade mundial, favorecendo o desenvolvimento da aterogênese. As evidências científicas atuais não destacam o colesterol exógeno, proveniente de alimentos com o aumento do risco de DC, mas sim, com o aumento de gorduras saturadas e a redução de ácidos graxos poli-insaturados e monoinsaturados dietéticos (SANTOS et al., 2013).

Os ácidos graxos insaturados são divididos em monoinsaturados (MUFA) e poli-insaturados (PUFA) e podem estar associados a redução dos riscos de DC por meio da melhora nas concentrações das frações de triglicérides (TG), colesterol total (CT) e do LDL colesterol (AHA, 2017).

Os Carboidratos, quando consumidos em excesso, podem ser metabolizados em lipídios e armazenados no tecido adiposo do organismo humano, além de estimular a produção e liberação de insulina pelas células beta-pancreáticas, o que aumenta o risco do desenvolvimento de um quadro de resistência à insulina, podendo levar ao diabetes do tipo II (MAHAN; ESCOTT-STUMP; 2010). É importante ressaltar que o tipo de carboidrato consumido é um fator importante para a ocorrência de hiperinsulinemia e hiperglicemia, sendo os carboidratos simples os principais responsáveis pela sua ocorrência.

O consumo adequado de fibras alimentares reduz o risco de desenvolvimento de algumas doenças crônicas como a doença arterial coronariana (DAC), acidente vascular cerebral (AVC), hipertensão arterial, diabetes melito (DM) e algumas desordens gastrointestinais. Além disso, o aumento da ingestão de fibras é capaz de reduzir os níveis séricos de colesterol, melhorar a glicemia em pacientes diabéticos e reduzir o peso corporal (BERNAUD; RODRIGUES, 2013).

Na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), foram constatados maiores percentuais de inadequação para as vitaminas A, D e E, assim como para o cálcio, os quais estavam abaixo das recomendações, destacando-se a ingestão de sódio acima dos limites toleráveis (BRASIL, 2011). A ingestão adequada dos nutrientes envolvidos no metabolismo ósseo, dentre eles o cálcio, pode precaver ou diminuir a incidência de doenças ósseas, como é o caso da osteoporose (YAZBEK; NETO, 2008). Leite et al. (2014), reportaram consumo diário médio de cálcio entre idosos, equivalente a 512,9 mg, semelhante ao reportado por Cassiano et al.26, cuja média diária foi de 578,8 mg, sendo que a ingestão média de cálcio dos brasileiros varia de 300 a 500 mg/dia, o que é considerado um valor muito abaixo dos ideais.

No estudo de Assumpção et al. (2014), o consumo habitual de sódio acima do limite tolerável esteve presente em 80% dos homens e 61% das mulheres estudadas. O estudo de Beckert et al. (2014) demonstrou valores acima de 90% de inadequação no consumo de sódio em ambos os sexos. Dessa forma, é papel dos profissionais da saúde, incentivar seu consumo moderado, diminuindo a utilização de alimentos e/ou ingredientes fontes de sódio, tais como o sal e alimentos processados e ultraprocessados.

Cassiano e Pereira, (2018) também encontram inadequação no consumo de vitamina D em 100% dos participantes. A população idosa é mais sensível à hipovitaminose D por se expor menos ao sol, pela alimentação inadequada, pela menor capacidade de produção cutânea, além da absorção reduzida pelo trato gastrointestinal, refletindo diretamente no aumento do risco de fraturas ósseas (FRAGA; SCHUCH; SILVA, 2018).

CAPÍTULO 2: INTERVENÇÕES MULTIDISCIPLINARES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS IDOSOS

Para a formação da Rede de Promoção da Atenção à Saúde e Segurança Alimentar do Sul de Minas Gerais, serão realizadas visitas na Secretaria Municipal de Saúde, em unidades básicas de saúde, em escolas públicas, em instituição de longa permanência de idosos e na Associação Banco de Alimentos Mesa Farta de Alimentos (ABAMFA), todos localizados no município de Alfenas, MG. As visitas terão como objetivo a apresentação do Projeto REPASSA-Sul de Minas e a consolidação de parcerias e assinatura do Termo de Parceria (Anexo 1). Havendo concordância entre as partes, o coordenador do REPASSA-Sul de Minas ficará encarregado de apresentar uma proposta de cronograma das ações para avaliação dos diretores/administradores/gerentes de cada parceiro.

As ações pretendidas estão divididas em três eixos, a saber:

I) REPASSA Promoção da Saúde: Nesse eixo de ações, estão incluídas atividades de educação em saúde em grupos, com foco na educação alimentar e nutricional (EAN) de estudantes da rede de educação pública, usuários dos serviços de atenção primária de saúde do Sistema Único de Saúde e famílias em situação de vulnerabilidade social cadastradas na ABAMFA.

II) REPASSA Formação de Multiplicadores para a Educação Alimentar e Nutricional: Nesse eixo de ações, estão incluídas atividades de formação para o trabalho básico em educação alimentar e nutricional com atores sociais, considerados multiplicadores, a exemplo de: professores/educadores, agentes comunitários de saúde, cuidadores e outros.

III) REPASSA Formação para a Complementação de Renda: Nesse eixo de ações, estão incluídas atividades de formação profissional, para o trabalho com produção e manipulação de alimentos e refeições.

2.1. REPASSA Promoção da Saúde:

As ações deste eixo serão realizadas em parceria com as Unidades Básicas de Saúde, escolas públicas e a ABAMFA. A equipe de ação do REPASSA consultará a rede de parceiros, a fim de se realizar um levantamento das principais demandas. Dessa forma, o trabalho de EAN será direcionado para a realidade e expectativas de cada público alvo.

A equipe de ação do REPASSA será composta por docentes da Faculdade de Nutrição da UNIFAL-MG e por discentes de diversos cursos de graduação. Os discentes serão selecionados a partir da publicação de um edital interno, com os critérios pré-estabelecidos de seleção, a saber:

entrevista, carta de interesse e histórico escolar. Com a equipe selecionada, terão início as atividades de formação para o trabalho de EAN em grupo. A equipe se reunirá ao longo de 1 mês, sendo realizados 4 encontros presenciais com duração estimada de 2 h/encontro. Durante a atividade de formação, o eixo de ação será apresentado, assim como a rede de parceiros e as demandas levantadas, a partir de então, a equipe será responsável por elaborar um planejamento estratégico a partir das demandas repassadas e dos temas contidos nas duas edições do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006; 2014b).

O planejamento estratégico elaborado será encaminhado para a rede parceira a fim de fomentar a integração e participação de cada parceiro, nas ações pretendidas. Adolescentes, adultos e idosos residentes no município de Alfenas serão convidados a participar dos grupos de EAN, que serão realizados nos locais disponibilizados pela rede parceira, a saber: UBS do município de Alfenas-MG, escolas públicas, na sede da ABAMFA, em Instituição de Longa Permanência de Idosos e na UNIFAL-MG.

Cada grupo de EAN criado, receberá um nome pelos próprios participantes, a fim de auxiliar na identificação e no sentimento de pertencimento de cada integrante. Sugere-se neste projeto, que cada grupo tenha um limite máximo de 50 participantes, para não dificultar a mediação das atividades. Cada grupo será coordenado, planejado, realizado, monitorado e avaliado por uma equipe de discentes da UNIFAL-MG e quando possível, dos profissionais disponíveis pela rede de parceiros.

Para reduzir o tempo das entrevistas de avaliação, pretende-se aplicar o questionário geral de identificação, dados socioeconômicos e hábitos alimentares (Anexo 2a ou 2b) no momento da inscrição nas atividades, sendo os demais, aplicados no primeiro encontro, a saber: questionário de histórico e percepção da saúde (Anexo 3), Recordatório Alimentar de 24 h (Anexo 4), Questionário de Frequência do Consumo Alimentar (Anexo 5), escala de depressão geriátrica (Anexos 6) e escala brasileira de insegurança alimentar reduzida (Anexo 7a), sendo as respostas elaboradas levando em consideração os últimos três meses antecedentes à entrevista (SANTOS et al., 2014), a presença de uma resposta positiva será indicativo de insegurança alimentar. A escala brasileira de insegurança alimentar (EBIA) (Anexo 7b) será aplicado apenas para aqueles em que foi possível detectar a presença de insegurança alimentar. Esse procedimento será realizado para reduzir o tempo com as entrevistas e evitar quaisquer situações de constrangimento que possam surgir a partir da EBIA.

Após a execução de quatro oficinas temáticas, será realizada uma nova avaliação dos participantes com a aplicação dos mesmos questionários, a fim de acompanhar o impacto da EAN realizada em grupo sobre cada participante.

O “Recordatório Alimentar de 24 h” de cada entrevistado será calculado utilizando a Tabela de Composição Química dos Alimentos e Medidas Caseiras (PACHECO, 2011). Quando a medida caseira não for encontrada, será utilizado a Tabela para Avaliação de Consumo Alimentar em Medidas Caseiras, 5ª edição (PINHEIRO et al., 2004). Para a conversão da quantidade dos alimentos informada em gramas, e do *software NDSR*[®] para conversão dos alimentos em nutrientes, quando os mesmos não forem encontrados no referido software, serão utilizadas as Tabela de Composição Química de Alimentos (NEPA-UNICAMP, 2011) e quando o alimento não for encontrado nesta, será utilizado a Tabela Brasileira de Composição de Alimentos da Universidade de São Paulo (TBCA-USB, 2017) como referência para obtenção das informações nutricionais. Para verificar a presença de sintomas depressivos, serão considerados a triagem positiva para depressão os idosos com pontuação ≥ 6 (SHEIKH; YESAVAGE, 1986; PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

Os participantes que concordarem em participar do monitoramento antropométrico, terão o seu peso, estatura, circunferência da cintura, do braço, da panturrilha, dobra cutânea tricúspita e força de preensão palmar aferidos e, assim terão o índice de massa corporal (IMC) e a área muscular do braço calculados.

Ao final de cada oficina, os participantes avaliarão as atividades realizadas (Anexo 8) a fim de orientar e direcionar a equipe da ação quanto às metodologias empregadas na abordagem das atividades de educação em saúde, com foco nas atividades de EAN. O Quadro 1 contém uma lista de possíveis temas para realização das atividades nos grupos formados (Quadro 1).

Quadro 1. Lista de temas e conteúdo programático para as reuniões dos grupos de EAN. Alfenas, 2020.

Temas	Conteúdo
1	Incentivo ao consumo de alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados.
2	Adequação nutricional do manejo de óleos e gorduras.
3	Adequação nutricional do manejo de açúcares.
3	Adequação nutricional do manejo de sal.
4	Conhecendo os alimentos processados, por que limitar o seu consumo?
5	Conhecendo os alimentos ultraprocessados, por que evitar o seu consumo?
6	Sugestões de cardápios saudáveis e de baixo custo.
7	10 Passos para a alimentação saudável.
8	Buscando saúde a partir dos alimentos funcionais e plantas medicinais.
9	As fibras alimentares e o funcionamento do trânsito intestinal.

10	Conhecendo o que se come: rotulagem nutricional dos alimentos.
11	Alimentos light e diet.
12	Alimentos integrais e refinados.
13	Mitos e verdades sobre a lactose, o glúten e a gordura trans.
14	Da semente à mesa – uma reflexão sobre os sistemas alimentares.
15	Alimentação x obesidade.
16	Alimentação x baixo peso.
17	Alimentação e os riscos para o desenvolvimento de DCNT.
18	Diabetes e os cuidados com a alimentação.
19	Hipertensão arterial (pressão alta) e os cuidados com a alimentação.
20	Esclarecimentos sobre as dislipidemias e os cuidados com a alimentação.
21	Alimentação como um importante componente das relações sociais.
22	Saúde dos ossos, a importância da vitamina D.
23	Alimentação e nutrição da pessoa idosa.
24	Alimentação e nutrição do adolescente.
25	Alimentação e nutrição do praticante de atividade física.
26	Outro (tema demandado pelos parceiros e/ou beneficiários)

Na semana seguinte ao encerramento das atividades de um grupo de EAN, os participantes serão subdivididos em turmas de 6 a 12 participantes e cada turma será convidada para participação de um grupo focal. O moderador conduzirá a reunião cujo tema abordado será: “A participação no Grupo de Educação Alimentar e Nutrição trouxe mudanças na qualidade da minha vida?”. Aos participantes do grupo focal serão solicitados a autorização para a gravação de áudio do grupo focal e registros por escrito que serão realizados por dois integrantes do grupo de ação que observarão a reunião. Aos participantes serão reafirmados que seus dados pessoais não serão divulgados em hipótese alguma e que o objetivo da reunião é conhecer e entender a opinião de cada um, sendo que para os pesquisadores, não há nenhuma opinião certa ou errada, todos os comentários serão de grande importância para se compreender a temática do grupo focal.

Os resultados obtidos a partir do monitoramento das intervenções, assim como os registros de falas serão organizadas e utilizadas para a otimização do projeto de intervenção e divulgação da experiência.

2.2. REPASSA Formação de Multiplicadores para a Educação Alimentar e Nutricional

As ações deste eixo visam a formação de multiplicadores para o trabalho de EAN e a continuidade das ações em escolas públicas, unidades básicas de saúde, instituições de longa permanência de idosos e na ABAMFA. A rede de parceiro será convidada a selecionar alguns de seus funcionários ou voluntários para participar de um curso de formação para o trabalho em EAN.

Os cursos serão oferecidos pela equipe de ação do REPASSA-Sul de Minas, com base nos princípios e diretrizes da 2ª Edição do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014b). Os cursos serão registrados na Pró Reitoria de Extensão da UNIFAL-MG e aos concluintes que cumprirem a participação mínima em 75% da carga horária prevista e atender aos critérios mínimos de avaliação, receberá um certificado expedido pela instituição. Os cursos serão desenvolvidos utilizando metodologias ativas, a fim de torna-los mais práticos, interativos e atrativos, sendo solicitado aos participantes como parte integrante das atividades avaliativas, a elaboração de um plano de ação para o seu local de trabalho.

Ao final da participação dos cursos, será aplicado um questionário de avaliação (Anexo 8) com o objetivo de otimizar os próximos cursos realizados e, após um mês da realização do curso, os participantes serão novamente contatados e convidados a responderem o questionário de acompanhamento (Anexo 9a), com o objetivo de verificar se a participação no curso contribuiu com a realização de alguma atividade de promoção à saúde em seu local de trabalho ou em outra ocasião.

2.3. REPASSA Formação para a Complementação de Renda:

As famílias cadastradas na ABAMFA, assim como a comunidade alfenense em geral, serão convidadas por meio de cartazes, folders, anúncios na estação de rádio da FACEPE-Alfenas, anúncios ao final de cultos ecumênicos, site institucional da FANUT e UNIFAL e pelas redes sociais do REPASSA-Sul de Minas a participarem dos cursos de formação para o trabalho com alimentos, visando a complementação de renda.

As inscrições serão realizadas na UNIFAL-MG, no prédio da Pró Reitoria de Extensão e também no site da mesma, sendo realizados nos laboratórios da Tecnologia de Alimentos, Técnica e Dietética e de Análise Sensorial, todos localizados no prédio da Faculdade de Nutrição.

Os cursos serão ministrados pela equipe de ação do REPASSA-Sul de Minas, envolvendo discentes e servidores da UNIFAL-MG. Os cursos, terão por objetivo, proporcionar condições aos participantes, para a manipulação e produção de alimentos, respeitando os critérios de higiene e segurança especificados nas regulamentações da área de alimentos e em técnicas para a elaboração de alimentos e refeições com elevada qualidade nutricional e sensorial. O Quadro 2 apresenta alguns dos possíveis temas que serão trabalhados durante os cursos de formação para a geração de renda (Quadro 2).

Quadro 1. Lista de temas e conteúdo programático para as reuniões dos grupos de EAN. Alfenas, 2020.

Temas	Conteúdo
1	Boas práticas de manipulação e produção de alimentos.
2	Legislação na área de alimentos (RDC 216 e 275).
3	O que é um Procedimento Operacional Padronizado (POP) e como elaborar?
4	O que é um Manual de Boas Práticas e qual a sua importância?
5	Curso para a produção de geleias.
6	Curso para a produção de barras de cereais.
7	Curso para a produção de queijo frescal.
8	Curso para a produção de iogurte.
9	Curso para a produção de picles.
10	Curso para a produção de bolos.
11	Curso para a produção de pães.
12	Curso para a produção cookies.
13	Curso para a elaboração de novos produtos alimentícios.
14	Planejamento de cardápios saudáveis e saborosos.
15	Aproveitamento integral de alimentos.
16	Avaliação de novas preparações e do cardápio pelas sobras e resto de ingestão.
17	Avaliação de novas preparações e de cardápio por testes sensoriais.
18	Gestão de estabelecimentos produtores de alimentos.
19	Análise de custos e rendimentos com a produção de alimentos.
20	Gestão da qualidade em restaurantes e locais de produção de alimentos.
21	Outro (tema demandado pelos parceiros e/ou beneficiários)

Ao final da participação dos cursos, será aplicado um questionário de avaliação (Anexo 8) com o objetivo de otimizar os próximos cursos realizados e, após um mês da realização do curso, os participantes serão novamente contatados e convidados a responderem o questionário de acompanhamento (Anexo 9b), com o objetivo de verificar se a participação no curso contribuiu com a realização de alguma atividade de promoção à saúde em seu local de trabalho ou em outra ocasião.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a execução do projeto social, pretende-se criar a Rede REPASSA que contribuirá com a qualidade de vida da população, formação de multiplicadores para a realização de atividades de promoção da saúde e geração de renda a partir do trabalho envolvendo a produção e manipulação de alimentos.

Levando em consideração a revisão de literatura apresentada neste projeto (Capítulo 1) sobre as DCNT, suas causas modificáveis, em especial a alimentação e o perfil das pessoas acometidas por elas, é extremamente importante se pensar na realização de ações de prevenção, a exemplo da educação alimentar e nutricional realizada em grupo. O acesso às consultas com nutricionistas no Sistema Único de Saúde, ainda hoje, acontece quase que exclusivamente por encaminhamento médico, ou seja, quando se há a constatação de uma patologia cujo tratamento perpassa pelos hábitos alimentares. Dessa forma, as ações de EAN que possuem forte caráter de promoção da saúde, muitas vezes são subutilizadas, sendo aplicadas quando uma DCNT já foi diagnosticada, ou seja, na atenção secundária do SUS. Em virtude disso, o REPASSA-Sul de Minas, apresenta um diferencial e um grande potencial de contribuição social ao realizar ações de EAN e formar multiplicadores, que poderão exercer de forma mais plena as atividades de promoção à saúde.

Considerando as questões sociais como determinantes para as DCNT, o REPASSA-Sul de Minas também se propõe a enfrentar a pobreza e a falta de emprego, por meio de suas ações de formação para o trabalho envolvendo a manipulação e produção de alimentos.

As ferramentas de avaliação e monitoramento aqui presentes, permitirão o acompanhamento das ações, a avaliação do potencial transformador e a reprodução do projeto social em outros municípios, em especial, aqueles que possuem uma instituição pública de ensino superior (universidades, institutos e faculdades), uma vez que a realização do projeto contribuirá em via de mão dupla, com a formação acadêmica, humana e profissional dos discentes da instituição de ensino proponente e com a melhora da qualidade de vida da população, otimizando o trabalho realizado pela rede de parceiros.

A expansão das atividades e da equipe da ação é uma meta, que tem como finalidade a continuidade e aprimoramento do Projeto Social, envolvendo o trabalho operacional de uma equipe multidisciplinar e interprofissional. Com isso, seria possível a realização de intervenções mais abrangentes e que atendam às várias demandas identificadas entre o público participante do REPASSA-Sul de Minas.

Referências Bibliográficas

ABREU, S.S.S.; OLIVEIRA, A.G.; MACEDO, M.A.S.S.; DUARTE, S.F.P.; REIS, L.A.; LIMA, P.V.; Prevalência de Doenças Crônicas não Transmissíveis em Idosos de uma Cidade do Interior da Bahia. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 11, n. 38, p. 652-662, 2017. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/963/1367>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

AFONSO, M.L. (Org). **Oficinas em Dinâmica de Grupo: um método de intervenção psicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 171p., 2006.

ALMEIDA, S.P.de; SOARES, S.M. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. **Ciências da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1123-1132, 2010.

ASSUMPÇÃO, D.; DOMENE, S.M.A.; FISBERG, R.M.; BARROS, M.B.A. Qualidade da dieta e fatores associados entre idosos: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v.30, n. 8, p. 1680-1694, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n8/0102-311X-csp-30-8-1680.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

BAQUEDANO, I.R.; SANTOS, M.A.dos; CARLA, R.S.T.; MARTINS, T.A.M.; ZANETTI, M.L. Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em Serviço de Urgência no México. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 1017-1023, 2010.

BECKERT, F.; DALLEPIANE, L.B.; KIRCHNER, R.M.; SILVA, F.P.; MARKOSKI, T.N.; SILVEIRA, B.C.; KNOB, J.I. Consumo de sal e hipertensão na população idosa: contribuições para o planejamento em saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 15, n. 3, p. 5-12, 2014. Disponível em: <<http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/558>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

BERNAUD, F.S.R.; RODRIGUES, T.C. Fibra alimentar – Ingestão adequada e efeitos sobre a saúde do metabolismo. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica**, v. 57, n. 6, p. 397-405, 2013.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: Diabetes Mellitus**, n.16, Brasília - DF, 2006, 64p.

BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** [s.l.] Ministério da Saúde, v. 35, 2014a.

BRASIL. Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2ª edição, Brasília, 2014b. 156 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA: análise psicométrica de uma dimensão da segurança alimentar e nutricional**. Estudo Técnico, N. 01/2014, 15 p, 2014c.

BRASIL. **Anais da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa** [s.l.] Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, Brasília, 199 p. 2016.

BRASIL. **Relatório do III Fórum de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 121 p, 2018.

CAMARGO, C.N. Panorama de Interiores: o profissional nutricionista e o Estatuto do Idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 3, p. 489-495, 2009.

CARDOSO, B.R.; ALMONDES, K.G.deS.; COZZOLINO, S.M.F. Alimentação do idoso, p. 779-808. In: COZZOLINO, S.M.F.; COMINETTI, C. **Bases bioquímicas e fisiológicas da nutrição** – nas diferentes fases da vida, na saúde e na doença, 1ª Ed. Barueri, SP, editoraManole, 1257 p., 2013.

CASSAINO, J.K.; PEREIRA, E.A.A. Avaliação nutricional e risco para desenvolvimento de osteoporose por idosos. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição**, v 9, n,1, p. 1-6. 2018. Disponível em: <<http://repositorio.unis.edu.br/handle/prefix/866>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

FRAGA, A.S.A.; SCHUCH, N.J.; SILVA, M.C.D. Vitamina D na geriatria: Por que suplementar? **Revista eletrônica Disciplinarum Scientia**, v.19, n. 3, p. 339-352, 2018.

Disponível em:

<<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2698/2251>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

FUNNELL, M.M.; TANG, T.S.; ANDERSON, R.M. From DSME to DSMS: Developing empowerment-based diabetes self-management support. **Diabetes Spectrum**, v. 20, n. 4, p. 221-226, 2007.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF)**, 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil, 2011, 150 p. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv50063.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2020.

IBGE/SIDRA – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Sistema IBGE de Recuperação Automática. **Censo Demográfico 2010**. Características gerais da população: população residente, por situação do domicílio e sexo, segundo a forma de declaração da idade e a idade, 2010. Disponível em: < <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/1552>>. Acesso em: 04 fev. 2018.

LEITE, S.C.; BARATTO, I.; SILVA, R. Consumo de cálcio e risco de osteoporose em uma população de idosos. **Rev. Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 8, n.48, p. 165-174, 2014. Disponível em:

<<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/350/331>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

MACHADO, W.D.; GOMES, D.F.; FREITAS, C.A.S.L.; BRITO, M.C.C.; MOREIRA, A.C.A., Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência. **Revista Ciência e Saberes**, v. 3, n. 2, p. 444-451, 2017. Disponível em: <<http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/194/106>>. Acesso em: 14 jan. 2020.

MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause – Alimentos, nutrição e dietoterapia**. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2010, 1358 p.

MARTINS, M.V.; ROSA, C.O.B.; ROCHA, D.M.U.P.; SILVA, N.F.; SILVA, H.B.A.; TINÔCO, A.L.A. Doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes na população idosa, p. 19-32. In: TINÔCO, A.L.A.; ROSA, C.O.B. **Saúde do Idoso: epidemiologia, aspectos nutricionais e processo do envelhecimento**, 1ª ed, Rio de Janeiro: Rubio, 2015.

MARUCCI, M.F.N.; ALVES, R.P.; GOMES, M.M.B.C. Nutrição em Gerontologia, p.461-488. In: SILVA, S.M.C.S.da; MURA, J.D.A.P. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia**, 2ª Ed., São Paulo, Roca, 1258 p., 2013.

NEPA-UNICAMP. Núcleo de Estudos e Pesquisa em Alimentos – Universidade Estadual de Campinas. **TACO - Tabela brasileira de composição de alimentos - Versão II – 4ª edição revisada e ampliada - Campinas, SP: NEPA-UNICAMP, 2011. 161p.**

OLIVEIRA, N.F.; SOUZA, M.C.B.M.; ZANETTI, M.L.; SANTOS, M.A.dos. Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 301-307, 2011.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Assembleia Mundial sobre envelhecimento: Resolução 39/125. Viena, 1982.**

PACHECO, M. **Tabela de equivalentes, medidas caseiras e composição química dos alimentos**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011, 688p.

PIEXAK, D.R.; FREITAS, P.H.; BACKES, D.S.; MORESCHI, C.; FERREIRA, C.L.L.; SOUZA, M.H.T. Percepção de profissionais de saúde em relação ao cuidado a pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 2, p. 201-208, 2012.

PINHEIRO, A.B.V., LACERDA, E.M.A., BENZECRY, E.H., GOMES, M.C.S., COSTA, V.M. **Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras**. 5ª Edição. Rio de Janeiro: UFRJ, 2004. 131p.

PREVIDELLI, A.N.; GOULART, R.M.M.; AQUINO, R.C. Balanço de macronutrientes na dieta de idosos brasileiros: análises da Pesquisa Nacional de Alimentação 2008-2009. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n.1, p. 70-80, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n1/1980-5497-rbepid-20-01-00070.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2020.

RODRIGUES, E.M.; SOARES, F.P.T.P.; BOOG, M.C.F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Revista de Nutrição**, Campinas, 18(1):119-128, jan./fev., 2005.

SAAD, M.J.A.; PRADA, P.O. Diabetes mellitus no idoso, p. 173-179. In: ALMADA FILHO, C.M.; IUCIF JR.; N. **Nutrogeriatria**, 1ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.

SANTOS, M.A.dos; PÉRES, D.S.; ZANETTI, M.L.; OTERO, L.M. Grupo operativo como estratégia para a atenção integral ao diabético. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 242-247, 2007.

SANTOS, R.D.; GAGLIARDI, A.C.M.; XAVIER, H.T.; MAGNONI, C.D.; CASSARINI, R.; LOTTENBERG, A.M.P. et al., I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 100, sup.3, p.1-40, 2013.

SCHLAFF, R.A.; BARUTH, M.; ADAMS, V.J.; GOLDFUSKY, T.M.; PETERS, N.A.; KERR, G.; BOGGS, A.; EWALD, A. Effects of a group-based behavioral intervention on dietary behaviors in older adults. **Journal of Aging and Health**, v. 30, n. 1, p. 105-117, 2018.

SILVA, F.V.M.; FREITAS, C.M.N.de; TOLEDO, J.C.F.; MIRANDA, R.D. Hipertensão arterial sistêmica, p. 159-171. In: ALMADA FILHO, C.M.; IUCIF JR.; N. **Nutrogeriatria**, 1ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.

SOUZA, A.M.A. (Org.). **Coordenação de grupos: Teoria, prática e pesquisa**. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2011.

TBCA-USP. Tabela Brasileira de Composição de Alimentos-Universidade de São Paulo. **Food Research Center (FoRC)**. Versão 6.0. São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://www.fcf.usp.br/tbca/>>. Acesso em: 04 Apr.2018.

UNIFAL-MG. Universidade Federal de Alfenas. Modelo de termo de parceria. Disponível em: <https://www.unifal-mg.edu.br/extensao/prog_proj_formularios>. Acesso em: 19 jan. 2020.

YAZBEK, M.A.; MARQUES NETO, J.F. Osteoporose e outras doenças osteometabólicas no idoso. *Einstein*, v. 6, n. 1, p. S74-S78, 2008.

ANEXOS

Anexo 1. Termo de parceria (UNIFAL-MG, 2020)

Orientação: para cada instituição/entidade parceira, deve-se preencher um documento, conforme este modelo, em papel identificado da instituição parceira, assinado pelo responsável legal da Instituição, atestando a parceria durante o período de execução do projeto/programa.

TERMO DE PARCERIA, COOPERAÇÃO, COPARTICIPAÇÃO E APOIO
A PROJETOS E/OU PROGRAMAS DE EXTENSÃO EM INTERFACE
COM A PESQUISA, QUE ENTRE SI CELEBRAM A UNIVERSIDADE
FEDERAL DE ALFENAS, POR INTERMÉDIO DA PRÓ-REITORIA DE
EXTENSÃO, E _____.

A UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS (UNIFAL-MG), por intermédio do(a) servidor(a) _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____._____._____-__, SIAPE nº _____ e o (a) _____, doravante denominado(a) PARCEIRO(A), CNPJ nº _____._____._____/_____-__, sediado(a) na _____ CEP _____._____-__, neste ato representado por _____, (_____ cargo), inscrito(a) no CPF sob o nº _____._____._____-__, resolvem firmar o presente TERMO DE PARCERIA, COOPERAÇÃO, COPARTICIPAÇÃO E APOIO, que tem como objetivo viabilizar atividades extensionistas e de pesquisa desenvolvidas pela UNIFAL-MG, com o compromisso de atuar em conjunto na ação de extensão (Título da ação) _____. Para tanto a UNIFAL-MG e o(a) PARCEIRO(A) se comprometem a executar o Plano de Trabalho e o Cronograma do projeto ou programa de extensão vinculado à este TERMO DE PARCERIA, COOPERAÇÃO, COPARTICIPAÇÃO E APOIO, zelando pela qualidade das ações, buscando o aprimoramento constante da eficiência, eficácia, efetividade, responsabilidade ética e economicidade, em suas atividades, bem como colaborar entre si para a execução das atividades. As partes estão cientes das corresponsabilidades como instituição parceira no desenvolvimento das atividades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar de todas as pessoas envolvidas na sua realização. O presente TERMO vigorará pelo período de execução da ação, de ____/____/____ a ____/____/____. Este TERMO DE PARCERIA, COOPERAÇÃO, COPARTICIPAÇÃO E APOIO poderá vir a ser rescindido por uma das partes, se assim entender que houver descumprimento, ainda que parcial, das condições ora pactuadas.

Alfenas, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do(a) coordenador(a) da ação - UNIFAL-MG

Assinatura do(a) representante da instituição parceira

Anexo2a. Questionário geral de identificação, dados socioeconômicos e hábitos alimentares

Nome: _____

Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: ___/___/___

Endereço: _____

Telefone do domicílio: () _____ Telefone celular () _____

Entrevista	Data	Hora	Entrevistador	Observações	Entrevista finalizada?
1ª					
2ª					
3ª					
4ª					

I. Estado Civil

- | | |
|--|-------------|
| 1. Solteiro | 4. Viúvo(a) |
| 2. Casado(a) ou vive com companheiro(a) | 9. NSR/NR |
| 3. Divorciado(a), separado(a) ou desquitado(a) | |

II. Qual dessas opções o descreve melhor?

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. Branco (de origem europeia) | 4. Indígena |
| 2. Pardo/Mulato/Moreno (combinação de branco com preto) | 5. Amarela |
| 3. Preto | 6 Outra. Especifique: _____ |
| | 9. NSR/NR |

III. Você frequentou a escola?

- | | |
|--|-----------------|
| 1. Sim | } Pular para IX |
| 2. Não | |
| 3. Nunca frequentou, mas sabe ler e escrever | |
| 4. Nunca frequentou, não sabe ler e escrever | |
| 9. NSR/NR | |

IV. Qual a última série (e de que grau) da escola em que você cursou?

Última série (ano escolar) cursada: _____

1. Primeiro grau (ou primário + ginásio)
2. Segundo grau (antigo clássico e científico)
3. Técnico de nível médio (ex.: técnico em contabilidade, laboratório)
4. Magistério – segundo grau (antigo normal)
5. Graduação (nível superior)
6. Pós-graduação
7. Supletivo/Madureza
9. NSR/NR

V. Atualmente você exerce algum trabalho remunerado?

1. Sim . Qual? _____
2. Não (PULAR PARA V)
9. NSR/NR

VI. Você recebe aposentadoria/pensão?

1. Sim
2. Não

9. NSR/NR

VII. Qual a sua renda mensal individual? R\$ _____ (em valor bruto)

VIII. Qual a estimativa da renda total das pessoas que moram contigo, incluindo a sua?
R\$ _____ (em valor bruto)

IX. Quantos filhos vivos você tem? _____

X. Incluindo você, quantas pessoas moram no seu domicílio? _____

XI. Você possui horta ou cultiva alguma hortaliça e/ou fruta em sua casa?

1. Sim
2. Não
9. NSR/NR

XII. Você saberia me informar o tempo necessário para utilizar completamente 1 embalagem de óleo de cozinha (900 mL) em sua casa?

- | | |
|--|--|
| 1. menos de uma semana | 6. entre dois meses e três incompletos |
| 2. entre uma semana e duas incompletas | 7. entre três meses e quatro incompletos |
| 3. entre duas semanas e três incompletas | 8. mais de quatro meses completos |
| 4. entre três semanas e quatro incompletas | 9. NSR/NR |
| 5. entre 1 mês e dois meses incompletos | |

XIII. Você saberia me informar o tempo necessário para utilizar completamente 1 pacote de açúcar, de 5 kg, em sua casa?

- | | |
|---|---|
| 1. Menos de duas semanas | 6. Entre quatro meses e cinco incompletos |
| 2. Entre duas semanas e um mês incompleto | 7. Entre cinco meses e seis incompletos |
| 3. Entre um mês e dois incompletos | 8. Acima de seis meses completos |
| 4. Entre dois meses e três incompletos | 9. NSR/NR |
| 5. Entre três meses e quatro incompletos | |

XIV. Você saberia me informar o tempo necessário para utilizar completamente 1 pacote de sal de 1 kg, em sua casa?

- | | |
|---|---|
| 1. Menos de 2 semanas | 6. Entre quatro meses e cinco incompletos |
| 2. Entre duas semanas e um mês incompleto | 7. Entre cinco meses e seis incompletos |
| 3. Entre um mês e dois incompletos | 8. Acima de seis meses completos |
| 4. Entre dois meses e três incompletos | 9. NSR/NR |
| 5. Entre três meses e quatro incompletos | |

XV. Qual a média de consumo de água diário?

- | | |
|--|---|
| 1. Menos de 250 mL (1 copo grande) | 4. Entre 1,0 a 1,5 L (5 a 6 copos grandes) |
| 2. Entre 250 e 500 mL (1 a 2 copos grandes) | 5. Entre 1,5 a 2,0 L (7 a 8 copos grandes) |
| 3. Entre 500 e 1000 mL (3 a 4 copos grandes) | 6. Entre 2,0 e 3,0 L (9 a 12 copos grandes) |
| | 7. Acima de 3,0 L |

Anexo2b. Questionário de identificação para estudantes

Nome: _____

Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: ___/___/___

Endereço: _____

Telefone do domicílio: () _____ Telefone celular () _____

Entrevista	Data	Hora	Entrevistador	Observações	Entrevista finalizada?
1ª					
2ª					
3ª					
4ª					

I. Estado Civil

- | | |
|--|-------------|
| 1. Solteiro | 4. Viúvo(a) |
| 2. Casado(a) ou vive com companheiro(a) | 9. NSR/NR |
| 3. Divorciado(a), separado(a) ou desquitado(a) | |

II. Qual dessas opções o descreve melhor?

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. Branco (de origem europeia) | 4. Indígena |
| 2. Pardo/Mulato/Moreno (combinação de branco com preto) | 5. Amarela |
| 3. Preto | 6 Outra. Especifique: _____ |
| | 9. NSR/NR |

III. Qual série da escola você está cursando?

- Série cursada: _____
- | | |
|---------------------------|-------------------------------|
| 1. Primeiro grau | 4. Graduação (nível superior) |
| 2. Segundo grau | 5. Pós-graduação |
| 3. Técnico de nível médio | 6. Supletivo/Madureza |
| 9. NSR/NR | |

IV. Atualmente você exerce algum trabalho remunerado?

1. Sim . Qual? _____
2. Não (PULAR PARA V)
9. NSR/NR

V. Em geral, quantas porções de frutas você consome por dia? Considere 1 porção, a quantia equivalente à uma unidade de banana ou laranja ou maçã ou goiaba ou pera ou mexerica etc.

- | | |
|------------------|----------------------|
| 1. nenhuma | 3. 4 ou mais porções |
| 2. 1 a 3 porções | |

VI. Em geral, quantas porções de legumes e hortaliças você consome por dia? Considere 1 porção, a quantia equivalente a 4 fatias médias de tomate, 5 folhas grandes de alface, 2 colheres de sopa de cenoura ou beterraba ralada, 1 colher de servir de chuchu, jiló ou quiabo cozidos etc.

- | | |
|------------------|----------------------|
| 1. nenhuma | 3. 4 ou mais porções |
| 2. 1 a 3 porções | |

VII. Em geral, com que frequência você consome refrigerantes ou outras bebidas açucaradas, como néctar de caixinha, achocolatado etc.

1. diariamente mais 3 copos (150 mL)
2. diariamente entre 1 e 3 copos (150 ml)
3. semanalmente entre 3 e 6 copos (150 mL)
4. semanalmente, menos a 3 copos (150 mL)
5. raramente ou nunca.

VIII. Em geral, com que frequência você consome chips?

1. diariamente, mais de 1 pacote pequeno
2. diariamente, 1 pacote pequeno
3. semanalmente, entre 6 e 3 pacotes pequenos
4. semanalmente, menos de 3 pacotes pequenos
5. raramente ou nunca.

IX. Em geral, com que frequência você consome salgados fritos ou assados? Considere uma unidade, aquela com aproximadamente 50 g.

1. diariamente, mais de 1 unidade)
2. diariamente, 1 unidade
3. semanalmente, entre 6 e 3 unidades
4. semanalmente, menos de 3 unidades
5. raramente ou nunca.

X. Em geral, com que frequência você consome doces ou chocolates? Considere uma unidade, aquela com aproximadamente 20 a 25 g.

1. diariamente, mais de 1 unidade
2. diariamente, 1 unidade
3. semanalmente, entre 6 e 3 unidades
4. semanalmente, menos de 3 unidades
5. raramente ou nunca.

XI. Qual a média de consumo de água diário?

1. Menos de 250 mL (1 copo grande)
2. Entre 250 e 500 mL (1 a 2 copos grandes)
3. Entre 500 e 1000 mL (3 a 4 copos grandes)
4. Entre 1,0 a 1,5 L (5 a 6 copos grandes)
5. Entre 1,5 a 2,0 L (7 a 8 copos grandes)
6. Entre 2,0 e 3,0 L (9 a 12 copos grandes)
7. Acima de 3,0 L

Anexo 3. Questionário de histórico e percepção da saúde

Nome:	Data: __/__/____
Nome do entrevistador:	
Histórico e percepção do estado de saúde	
I. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)? 1) sim 2) apenas durante a gravidez (só para mulheres) 3) não 9) NSR/NR	
II. O(a) senhor(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão arterial (pressão alta)? 1) sim 2) não, só quando tem algum problema 3) nunca vai; 9) NSR/NR	
III. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes? 1) sim 2) apenas durante a gravidez (só para mulheres) 3) não 9) NSR/NR	
IV. O(a) senhor(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão arterial (pressão alta)? 1) sim 2) não, só quando tem algum problema 3) nunca vai 9) NSR/NR	
V. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de colesterol alto? 1) sim 2) apenas durante a gravidez (só para mulheres) 3) não 9) NSR/NR	
VI. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de uma doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra? 1) sim 2) não 9) NSR/NR Em caso positivo, qual delas? _____	
VII. Em geral, como o(a) senhor(a) avalia a sua saúde no momento atual? 1) muito ruim 2) ruim 3) regular 4) boa 5) muito boa 9) NSR/NR	
VIII. Como o(a) senhor(a) avalia a sua saúde em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade? 1) muito ruim 2) ruim 3) regular 4) boa 5) muito boa 9) NSR/NR	
IX. Como o(a) senhor(a) avalia a sua saúde em comparação com a de 1 ano atrás? 1) muito pior 2) pior 3) regular 4) melhor 5) muito melhor 9) NSR/NR	
X. Como o(a) senhor(a) avalia o funcionamento do trânsito-intestinal? 1) nenhum dia 2) menos da metade dos dias 3) mais da metade dos dias 4) todos os dias 9) NSR/NR	
















Anexo 5. Questionário de Frequência do Consumo Alimentar

Alimentos	Medida caseira (peso em g)	Diário	Semanal	Mensal	Raro ou Nunca
Abacate	() UND P (370)				
Abóbora	() COL S CH (36)				
Achocolatado	() COL S R (10)				
Açúcar	() COL S R (15)				
Alface	() FOLHA M (10)				
arroz polido cozido	() COL S CH (25)				
atum enlatado	() COL S R (11)				
Aveia	() COL S R (8)				
Banana	() UND M (40)				
batata	() COL S CH (25)				
biscoito água e sal	() UND (8)				
bolacha doce	() UND (10)				
Bolo	() FT M (60)				
cachorro quente	() UND (100)				
café c/ açúcar	() COP CAFE (50)				
Caqui	() UND P (85)				
carne bovina	() COL S CH (30)				
carne suína	() COL S CH (30)				
Cerveja	() COP P CH (165)				
chocolate	() BARRA P (40)				
farinha de milho	() COL S R (10)				
Feijão	() CO P CH (65)				
Feijoada	() CO M CH (225)				
Frango	() PEDAÇO M (90)				
hambúrguer	() UND M (56)				
Iogurte	() UND P (90)				
Laranja	() UND M (180)				
Leite	() COPO P CH (165)				
linguiça	() PEDAÇO M (70)				
maçã	() UND. M (130)				
macarrão	() PEGADOR (110)				
maionese	() COL S R (17)				
mamão	() FT P (100)				
mandioca	() COL S CH PICADA (30)				
manteiga	() COL SOB R (13)				
margarina	() COL SOB R (13)				
mexerica	() UND M (130)				
mingau de fubá	() PT R (195)				
mussarela	() FT M (20)				
omelete	() UN P 1 OVO (65)				
Ovo	() UN M (60)				
ovo frito	() UN M (65)				
Pão	() UN M (50)				
pão de queijo	() UN P (10)				
pão integral	() FT (25)				
pastel	() UND M (32)				
pé de moleque	() UND M (20)				
peixe	() FILE P (90)				
presunto	() FT M (15)				
queijo fresco	() FT M (30)				
quibe	() UN P (12)				
refrigerante	() COPO P (165)				
repolho	() COL S CH PICADO (20)				
requeijão	() COL S R (15)				
rosca	() PEDAÇO M (50)				
salsicha	() UND M HOT-DOG (50)				
sardinha	() UND M (25)				
sopa	() PT R (325)				
suco artificial	() COPO P (165)				
suco natural	() COPO P (165)				
tomate	() FT M (15)				
torta doce	() FT P (60)				

Anexo 6. Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

Escala de Depressão Geriátrica	Sim	Não	NSR/NR
I) O(a) Sr.(a) está basicamente satisfeito com a sua vida?	0	1	9
II) Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	1	0	9
III) Sente que sua vida está vazia?	1	0	9
IV) Você se aborrece com frequência?	1	0	9
V) Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	0	1	9
VI) Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	1	0	9
VII) Você se sente feliz a maior parte do tempo?	0	1	9
VIII) Você sente que sua situação não tem saída?	1	0	9
IX) Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0	9
X) Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	0	9
XI) Você acha maravilhoso estar vivo?	0	1	9
XII) Você se sente inútil nas atuais situações?	1	0	9
XIII) Você se sente cheio de energia?	0	1	9
XIV) Você acha que sua situação é sem esperanças?	1	0	9
XV) Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	1	0	9

Anexo 8. Ficha de avaliação geral de oficinas, encontros ou cursos

I) De um modo geral, o que você achou do encontro realizado hoje?				
a) gostei muito 	b) gostei 	c) indiferente 	d) desgostei 	e) desgostei muito 
II) O que você achou do(s) tema(s) abordado(s) no encontro de hoje?				
a) gostei muito 	b) gostei 	c) indiferente 	d) desgostei 	e) desgostei muito 
III) O que você achou da forma (atividades, dinâmicas) utilizadas para abordar o(s) tema(s) de hoje?				
a) gostei muito 	b) gostei 	c) indiferente 	d) desgostei 	e) desgostei muito 
IV) A participação no encontro de hoje trouxe novos conhecimentos sobre o(s) tema(s) discutido(s)?				
a) sim		b) não		
V) Você recomendaria a outras pessoas participarem da oficina?				
a) sim		b) não		
Críticas e sugestões:				

