



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS**  
**CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PORTO NACIONAL**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS - GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM CIÊNCIAS E SAÚDE**

**Raimundo Célio Pedreira**

**UMA ANÁLISE DO IMPACTO DA EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL  
NO AUTOCUIDADO DA PESSOA IDOSA DA UNIVERSIDADE DA MATURIDADE  
DE PORTO NACIONAL - TOCANTINS**

**Palmas – TO**

**2024**

**Raimundo Célio Pedreira**

**UMA ANÁLISE DO IMPACTO DA EDUCAÇÃO ALIMENTAR E  
NUTRICIONAL NO AUTOCUIDADO DA PESSOA IDOSA DA  
UNIVERSIDADE DA MATURIDADE DE PORTO NACIONAL - TOCANTINS**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciência e Saúde da Universidade Federal do Tocantins como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Sinésio Silva Neto

**Palmas – TO  
2024**

## FICHA CATALOGRÁFICA

---

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

P371a     Pedreira, Raimundo Célio.

UMA ANÁLISE DO IMPACTO DA EDUCAÇÃO ALIMENTAR E  
NUTRICIONAL NO AUTOCUIDADO DA PESSOA IDOSA DA  
UNIVERSIDADE DA MATURIDADE DE PORTO NACIONAL -  
TOCANTINS. / Raimundo Célio Pedreira. – Palmas, TO, 2024.

52 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins  
– Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em  
Ensino em Ciências e Saúde, 2024.

Orientador: Luiz Sinésio Silva Neto

1. Educação em Saúde. 2. Educação Alimentar e Nutricional. 3.  
Autocuidado. 4. Gerontologia. I. Título

**CDD 372.35**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer  
forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte.  
A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184  
do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da  
UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

## **AGRADECIMENTOS**

Ao mestre, no sentido lato da palavra, Professor Luiz Sinésio Neto. Por haver acolhido a inquietude do conhecimento que me habita, por orientar-me para buscar simplicidade no mais profundo da ciência. Para Ana Karolline, pela paciência em ajudar-me a organizar, fazer e refazer os escritos assentados aqui. Aos acadêmicos e acadêmicas da Universidade da Maturidade em Porto Nacional – Tocantins, que juntaram suas mãos apoiando meu passo nessa caminhada. Para minhas filhas Carolina e Ana Luísa, por acreditarem que ainda no maduro da vida é possível sonhar. Para meus netos Vicente e Francisco, para minha neta Clara, com os quais aprendo andar. Para a memória de Osmilde, onde aprendo que amar é uma arte em busca do começo.

## RESUMO

O envelhecimento populacional no Brasil apresenta desafios e oportunidades para a saúde pública. O aumento da população idosa requer estratégias eficazes de autocuidado, especialmente no que diz respeito à nutrição e à saúde. Este estudo analisou o impacto da educação alimentar e nutricional no autocuidado dos idosos da Universidade da Maturidade de Porto Nacional – TO. A pesquisa visa identificar estratégias de autocuidado focadas no engajamento nutricional para melhorar a qualidade de vida e saúde dos idosos. O estudo foi de natureza transversal e utilizou uma abordagem qualitativa e quantitativa. Participaram entre 30 e 36 acadêmicos da Universidade da Maturidade (UMA/UFT) de Porto Nacional – TO, em encontros distintos e recrutados por conveniência. Foram realizadas quatro intervenções educacionais, abordando temas como Educação Alimentar e Nutricional (EAN), alimentação saudável, uso racional de medicamentos e autocuidado nutricional. Os dados foram coletados através de questionários aplicados antes e após os encontros presenciais, abrangendo aspectos socioeconômicos, hábitos alimentares, uso de medicamentos e prática de exercício físico. A análise dos dados revelou que 64% dos participantes sempre incluíam carne vermelha ou processada em suas dietas, e 70% consumiam regularmente frango ou peixe. Em termos de consumo de hortaliças, 44% consumiam de 3 a 4 vezes por semana, enquanto 23% consumiam mais de 5 vezes por semana. No que diz respeito ao uso de suplementos vitamínicos, 33% dos participantes adotaram essa prática. A maioria dos idosos (50%) exercita-se regularmente. As intervenções educacionais mostraram que a conscientização sobre a importância da alimentação saudável e a interação entre alimentos e medicamentos pode promover mudanças positivas nos hábitos alimentares e na gestão da saúde. O estudo destacou a importância da educação em saúde nutricional para o autocuidado dos idosos. As intervenções educacionais contribuíram para um maior entendimento sobre a relação entre dieta e saúde, incentivando práticas alimentares mais saudáveis e conscientes. A educação nutricional mostrou-se uma ferramenta eficaz para promover o autocuidado e a melhoria da qualidade de vida dos idosos. A pesquisa sugere que políticas públicas devem apoiar programas de educação em saúde para atender às necessidades da crescente população idosa no Brasil.

**Palavras – chave:** Autocuidado; Envelhecimento; Educação em saúde.

## **ABSTRACT**

Population aging in Brazil presents challenges and opportunities for public health. The increase in the elderly population requires effective self-care strategies, especially concerning nutrition and health. This study analyzed the impact of nutritional and dietary education on the self-care of the elderly at the Universidade da Maturidade in Porto Nacional – TO. The research aims to identify self-care strategies focused on nutritional engagement to improve the quality of life and health of the elderly. The study was cross-sectional and used a qualitative and quantitative approach. Between 30 and 36 students from the Universidade da Maturidade (UMA/UFT) in Porto Nacional – TO participated, recruited by convenience. Four educational interventions were conducted, addressing topics such as Nutritional and Dietary Education (EAN), healthy eating, rational use of medication, and nutritional self-care. Data were collected through questionnaires applied before and after the face-to-face meetings, covering socioeconomic aspects, eating habits, medication use, and physical exercise practices. Data analysis revealed that 64% of participants always included red or processed meat in their diets, and 70% regularly consumed chicken or fish. Regarding vegetable consumption, 44% consumed them 3 to 4 times a week, while 23% consumed them more than 5 times a week. Regarding the use of vitamin supplements, only 33% of participants adopted this practice. Most elderly participants (50%) exercised regularly. The educational interventions showed that raising awareness about the importance of healthy eating and the interaction between food and medication can promote positive changes in eating habits and health management. The study highlighted the importance of nutritional health education for the self-care of the elderly. The educational interventions contributed to a better understanding of the relationship between diet and health, encouraging healthier and more conscious eating practices. Nutritional education proved to be an effective tool for promoting self-care and improving the quality of life of the elderly. The research suggests that public policies should support health education programs to meet the needs of Brazil's growing elderly population.

Key words: self-care, ageing and health education.

## LISTA DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES

### Sumário

|                                                                                                                                                    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO .....                                                                                                                                | 10 |
| 2. REVISÃO DA LITERATURA .....                                                                                                                     | 13 |
| 2.1. Envelhecimento no Brasil e no Estado do Tocantins .....                                                                                       | 13 |
| 2.2. Educação em Saúde.....                                                                                                                        | 17 |
| 2.3. Envelhecimento e Autocuidado .....                                                                                                            | 19 |
| 2.4. Educação em Saúde para Idosos .....                                                                                                           | 21 |
| 3. OBJETIVOS .....                                                                                                                                 | 23 |
| 3.1. Objetivo Geral.....                                                                                                                           | 23 |
| 3.2. Objetivos Específicos .....                                                                                                                   | 23 |
| 4. QUESTÃO DO PROBLEMA .....                                                                                                                       | 23 |
| 5. MATERIAIS E MÉTODOS .....                                                                                                                       | 23 |
| 5.1. Desenho do Estudo.....                                                                                                                        | 23 |
| 5.2. Amostra .....                                                                                                                                 | 23 |
| 5.3. Local e Período .....                                                                                                                         | 24 |
| 5.4. Público-alvo.....                                                                                                                             | 24 |
| 5.5. Critérios de Inclusão e Exclusão .....                                                                                                        | 24 |
| 5.6. Critérios de Encerramento ou Suspensão da Pesquisa .....                                                                                      | 24 |
| 5.7. Cuidados éticos .....                                                                                                                         | 24 |
| 5.8. Instrumentos .....                                                                                                                            | 25 |
| 5.8.1. Intervenções.....                                                                                                                           | 25 |
| 5.8.2. Impacto da metodologia aplicada .....                                                                                                       | 28 |
| 6. RESULTADOS.....                                                                                                                                 | 29 |
| 7. DISCUSSÃO .....                                                                                                                                 | 38 |
| 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                                                                                                                      | 39 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....                                                                                                                    | 41 |
| APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.....                                                                                | 43 |
| APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO PARA APLICAÇÃO COM OS<br>ACADÊMICOS DA UNIVERSIDADE DA MATURIDADE DO POLO DE PORTO<br>NACIONAL – TO ..... | 45 |
| APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL .....                                                                                            | 47 |
| APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO SOBRE INTERVENÇÕES PARA A SAÚDE<br>NUTRICIONAL E AUTOCUIDADO .....                                                       | 49 |
| APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO SOBRE O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NA<br>MATURIDADE .....                                                              | 51 |

|                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO - TESTE PARA SABER SE SUA ALIMENTAÇÃO É SAUDÁVEL ..... | 52 |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 - Questionário socioeconômico .....                                       | 30 |
| Tabela 2 - Questionário EAN .....                                                  | 31 |
| Tabela 3 - Questionário Alimentação saudável para um sistema digestivo sadio ..... | 33 |
| Tabela 4 - Questionário Uso racional de medicamentos na maturidade .....           | 36 |

|                                          |    |
|------------------------------------------|----|
| Figura 1 - População residente no Brasil | 15 |
| Figura 2 - Índices de envelhecimento     | 16 |
| Figura 3 - Primeiro encontro             | 26 |
| Figura 4 - Intervenções                  | 26 |
| Figura 5 - Segundo encontro              | 27 |
| Figura 6 - Intervenção                   | 27 |
| Figura 7 - Terceiro encontro             | 28 |
| Figura 8 - Intervenção                   | 28 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AIVDs - Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVDs - Atividades de Vida Diária

CAEE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CID - Classificação Internacional de Doenças

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DA - Doença de Alzheimer

EAN - Educação Alimentar e Nutricional

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PPGECS - Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde

UFT - Universidade Federal do Tocantins

UMA - Universidade da Maturidade

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional no Brasil tem impactado na expectativa de vida do país. O perfil demográfico brasileiro pode ser atribuído a diversos fatores, incluindo a redução das taxas de fecundidade e mortalidade, além dos avanços nos métodos de controle de natalidade, melhoria das condições de vida, como habitação e alimentação, e o progresso científico-tecnológico que permite o diagnóstico e tratamento precoce de várias doenças.

De acordo com dados de 2013 da Organização das Nações Unidas (ONU), cerca de 22 milhões de pessoas no Brasil já eram idosas, representando aproximadamente 10,98% da população total. Essas informações são corroboradas por relatórios da ONU, Eurostat e do governo brasileiro.

No entanto, o envelhecimento populacional também traz desafios e oportunidades. A diminuição da taxa de fecundidade pode resultar em um declínio na força de trabalho e no aumento dos gastos com a previdência social. Por outro lado, um número crescente de idosos pode impulsionar setores econômicos específicos, como saúde, turismo e lazer.

A velhice nos países em desenvolvimento, como o Brasil, está extremamente acelerada (MARUCCI et al., 2013), colocando o país em uma situação de alerta quanto ao planejamento adequado de intervenções e capacitação de profissionais das áreas de educação e saúde. Esses profissionais devem estar aptos a atender com qualidade as crescentes demandas de serviços à pessoa idosa e a implementar políticas que promovam um envelhecimento ativo e saudável. Para o ano de 2025, as pesquisas apontam que o Brasil terá aproximadamente 36 milhões de pessoas acima de 60 anos (BRASIL, 2013), e que em 2050, quase 30% da população brasileira foi composta por pessoas idosas (PEDRO, 2013).

Diante desse cenário, torna-se fundamental adotar políticas públicas que promovam o envelhecimento saudável e ativo, garantindo cuidados de saúde adequados, inclusão social e oportunidades de participação na sociedade para os idosos. Além disso, é necessário investir em pesquisas e programas voltados para o envelhecimento, visando melhorar a qualidade de vida e a longevidade da população brasileira. Em suma, é preciso compreender e se preparar para lidar com as consequências desse fenômeno, buscando políticas e estratégias que promovam o bem-estar e a inclusão social dos idosos.

O processo de envelhecimento é natural, dinâmico, gradativo e irreversível, no qual ocorrem alterações morfológicas, bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e

psicossociais. Em virtude dessas alterações, há uma 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, aumentando a incidência de má nutrição e instalação de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, doenças gastrointestinais e câncer (CARDOSO et al., 2013).

Quando se avalia a qualidade de saúde da pessoa idosa, devem ser observados fatores como autonomia, independência, cognição, humor, mobilidade e comunicação. A autonomia é a capacidade de tomar decisões como sujeitos plenos e conscientes de seus direitos e deveres na sociedade. A independência está relacionada a realizar tarefas com os próprios meios, estando diretamente ligada à mobilidade e comunicação (MORAES; MARIANO, SANTOS, 2010).

Esses aspectos são importantes para a manutenção do autocuidado, que consiste na capacidade do indivíduo de executar ações, consciente e deliberadamente, em seu benefício para a manutenção de sua vida, saúde e bem-estar (SÁ et al., 2011; SOLAR et al., 2014).

O autocuidado pode ser classificado como subjetivo ou objetivo. O foco subjetivo envolve atitudes que demonstram emoções e sentimentos, enquanto o autocuidado objetivo é definido por condutas e atitudes específicas para o cuidado de si (SÁ et al., 2011). Portanto, o autocuidado é uma concepção abrangente das competências do indivíduo na execução de ações de promoção e manutenção da saúde (GALVÃO; JANEIRO, 2013).

As formas tradicionais de transferência de conhecimento não são mais o único meio de educar. É essencial desenvolver novas estratégias com políticas e competências que transformem a diversidade em algo benéfico, inclusivo e dinâmico. Para isso, a educação deve contemplar pessoas de todas as idades, classes sociais, gêneros, culturas e etnias (RAMOS, 2011; KALANTZIS; COPE, 2012).

É fundamental delinear estratégias de intervenção focadas na aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes para prevenir e amenizar doenças, além de estimular o autocuidado em saúde (CARVALHO et al., 2016).

Uma das áreas mais abordadas é a nutrição, que estuda a relação entre os alimentos e nutrientes ingeridos pelo ser humano e os possíveis estados de saúde e doença. Até meados do século XVII, não havia muito conhecimento sobre os alimentos. Desde a segunda metade do século XVIII e ao longo do século XIX, graças à iniciativa de Antoine Lavoisier, iniciaram-se os estudos de respiração, oxidação e calorimetria relacionados à

utilização da energia proveniente dos alimentos. A partir do século XX, começou a era dos estudos biológicos dos alimentos e da interação dos nutrientes com a promoção da saúde.

Assim, surgiu a necessidade de investigar melhores meios de alcançar, através da educação e considerando as demandas médicas e sociais, a melhoria da saúde da população. Portanto, é necessário realizar mais estudos que investiguem métodos eficazes de educação em saúde aliados a estratégias clínicas nutricionais na medicina para melhorar o engajamento dos idosos no autocuidado.

Nesse contexto, o presente estudo baseia-se no projeto de extensão universitária "Tecnologia Social, Universidade da Maturidade – UMA", idealizado por docentes da Universidade Federal do Tocantins - UFT e atualmente frequentado por pessoas idosas, respeitando as diretrizes nacionais da extensão universitária. A UMA/UFT tem vários polos vinculados em municípios do Estado do Tocantins, como Araguaína, Tocantínia, Paraíso, Porto Nacional, Palmeirópolis, Monte do Carmo e Dianópolis, e fora do estado, em Campo Grande – MS e Barreiras – BA.

Visando obter resultados mais eficientes, este projeto foi aplicado no polo de Porto Nacional – TO, com o objetivo de conscientizar os idosos sobre os benefícios da educação nutricional e alimentar. Foram realizadas ações planejadas e executadas ao longo desse projeto, bem como a sistematização de dinâmicas para o compartilhamento de conhecimento. O trabalho foi dividido em duas etapas:

Na primeira etapa, foi realizado um questionário socioeconômico (apêndice B) com os acadêmicos da Universidade da Maturidade – UMA/UFT do polo de Porto Nacional - TO. Com as respostas, foi possível determinar indicadores para avaliar se o projeto de extensão está atingindo seu público-alvo de forma efetiva. A partir desses resultados, aplicamos as estratégias apropriadas para o tema de educação nutricional e alimentar.

Na segunda etapa, foram implementadas estratégias por meio de escuta ativa, com encontros em sala de aula. As escutas ativas de aprendizagem permitiram que os acadêmicos da UMA/UFT participassem de um processo de ensino que valoriza a formação crítica e reflexiva, dando significado ao contexto contemporâneo e favorecendo a curiosidade e autonomia dos alunos.

Os alunos interagem com o assunto em estudo – ouvindo, falando, perguntando, discutindo, fazendo e ensinando – sendo estimulados a construir o conhecimento em vez de recebê-lo passivamente do professor. Em um

ambiente de aprendizagem ativa, o professor atua como orientador, supervisor e facilitador do processo de aprendizagem, e não apenas como a única fonte de informação e conhecimento (BARBOSA; MOURA, 2013, p.55).

Este projeto contribuiu com a difusão de ações de extensão universitária voltadas para a educação em saúde, bem como para a formação de conhecimento dos acadêmicos de diferentes faixas socioeconômicas, destacando a importância da qualidade de vida por meio de práticas alimentares promotoras de saúde e autocuidado.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1. Envelhecimento no Brasil e no Estado do Tocantins**

O envelhecimento demográfico é uma característica de grande importância e impacto nas sociedades atuais, também referida como envelhecimento populacional. Esse é caracterizado pelo crescimento do número de idosos em relação aos segmentos mais jovens da população, um processo geralmente impulsionado por uma combinação de fatores, sendo os principais a redução da taxa de natalidade e o prolongamento da expectativa de vida (GOMES, 2014).

A redução da taxa de natalidade indica que estão nascendo menos crianças em relação às gerações anteriores, um específico que pode ser designado a diversas estratégias de planejamento familiar e aprimoramento dos métodos anticoncepcionais. O Brasil experimenta uma transição demográfica notavelmente rápida, com uma taxa de fecundidade de 1,8 filho por mulher em idade reprodutiva, um marco que, conforme projeções, seria realizado somente em 2045 (GUIMARÃES, 2008).

Esse aumento na expectativa de vida é impulsionado pelo progresso na medicina, melhorias nas condições de saúde e na redução da mortalidade infantil. Esses elementos são os principais propulsores do envelhecimento populacional. Globalmente, a expectativa de vida em 2019 alcançou 72,8 anos, um incremento de quase 12% em comparação com 1990. Contudo, devido à pandemia de COVID-19, a expectativa média global de vida recuou para 71,0 anos em 2021.

Esses desafios, projetam-se que até 2050, a expectativa de vida média global poderá atingir aproximadamente 77,2 anos (ONU, 2022). Embora este avanço represente um sucesso em termos de saúde pública, a longevidade crescente também traz desafios significativos, como a necessidade de abordagens inovadoras para a previdência social, cuidados geriátricos especializados e a promoção de hábitos de vida saudáveis ao longo de toda a vida (ONU, 2022).

O envelhecimento fisiológico é caracterizado por uma série de transformações que ocorrem no organismo humano, marcadas pela redução progressiva da capacidade funcional, embora não comprometam funções específicas (FERREIRA et al., 2014). As limitações resultantes do envelhecimento são frequentemente condicionadas pelo ambiente em que vivemos, que determinam a qualidade dos serviços de saúde disponíveis e influenciam a adoção de um estilo de vida saudável.

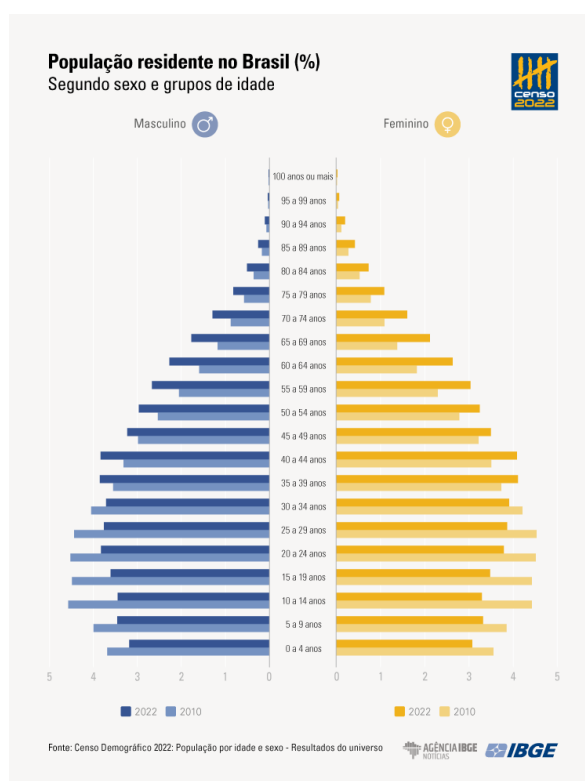
Especificamente, os idosos que residem em cidades menores enfrentam desafios como a falta de saneamento básico e o acesso limitado a serviços de saúde e educação de qualidade. Essas adversidades são fatores determinantes para que os mais jovens migrem das áreas mais interioranas para as capitais, aumentando a proporção de idosos nessas áreas em relação aos mais jovens (RODRIGUES, 2019).

O envelhecimento demográfico é moldado por uma diversidade de fatores socioeconômicos que configuram a estrutura etária de uma sociedade. O nível de desenvolvimento econômico de um país desempenha um papel crucial. À medida que as nações avançam economicamente, observa-se uma tendência de redução das taxas de natalidade devido ao aumento da urbanização (RIGOTTI, 2012).

Em países com sistemas abrangentes de assistência social e cuidados de saúde, os idosos têm maior probabilidade de desfrutar de uma qualidade de vida superior e, conseqüentemente, de viver mais tempo. No entanto, em nações com disparidades socioeconômicas marcantes, o envelhecimento populacional pode ser acompanhado por disparidades na longevidade, com grupos mais abastados vivendo mais do que os mais pobres (REIS, 2016).

No Brasil, a distribuição da população idosa varia significativamente entre os estados. Por exemplo, o Rio Grande do Sul apresenta uma maior prevalência de pessoas com 60 anos ou mais, chegando a 13,6%, enquanto no Amapá a proporção é menor, com apenas 5,1% (RODRIGUES, 2019).

Figura 1 - População residente no Brasil



Fonte: IBGE (2022)

O envelhecimento demográfico é quantificado por meio de diversos indicadores demográficos, que oferecem percepções sobre a mudança na estrutura etária de uma população. A proporção de idosos, razão de sexo, índice de envelhecimento e a idade média da população são alguns dos principais indicadores utilizados em estudos de demografia (VASCONCELOS, 2012) Apresento essas métricas utilizando exemplo de dados do Estado do Tocantins.

A proporção de idosos se refere à relação entre o número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e o número total de indivíduos em uma determinada população, quanto maior a proporção de idosos, maior a necessidade de atender às demandas específicas dessa faixa etária, como cuidados de saúde, aposentadoria e políticas de envelhecimento ativo, no Tocantins a população idosa aumentos 62%, passando de 80,646 em 2010 para 130,464 em 2022 (IBGE, 2022).

A razão de sexo, também conhecida como proporção de sexo, se refere à relação numérica entre o número de indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino em uma população. A razão de dependência parte do princípio de que os jovens e idosos em uma população têm uma dependência econômica em relação aos membros em idade ativa.

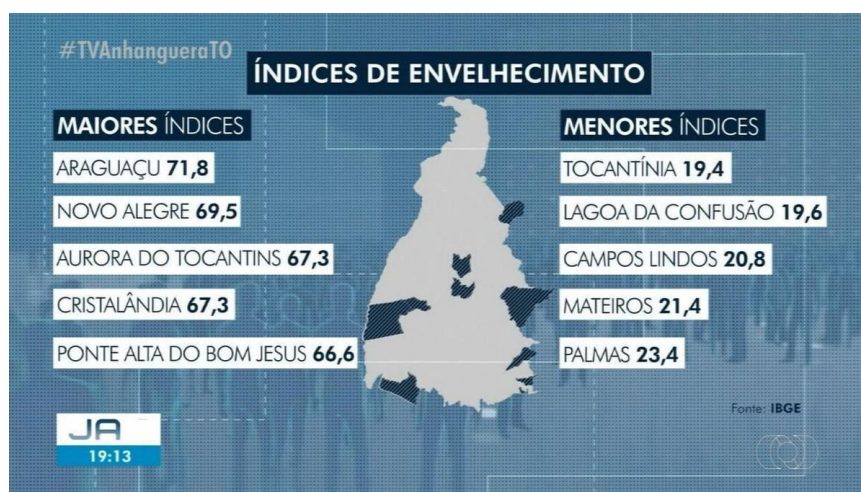
Nesse contexto, são consideradas dependentes as pessoas com idade até 14 anos e aquelas com 65 anos ou mais.

Os novos dados divulgados pelo IBGE apontam que o Brasil está mais velho e mais feminino, o que se difere dos resultados apresentados para o estado do Tocantins, onde a pesquisa destacou um maior quantitativo de homens em relação as mulheres, são 3.058 homens a mais que mulheres, nesse recorte por sexo o censo 2022 aponta que são 754.191(49,9%) mulheres e 757.296(51%) homens, totalizado 1.511.460 idosos (IBGE, 2022).

O índice de envelhecimento demográfico é um indicador que expressa a proporção da população idosa (com 65 anos ou mais) em relação à população jovem (com menos de 15 anos) em uma determinada área, quanto mais alto o valor do índice de envelhecimento, mais velha é aquela população, no Tocantins o município com maior índice de envelhecimento da população é Araguaçu, contando com 71,8 idosos para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos (IBGE, 2022).

Dentre os municípios com menor índice de envelhecimento destacam-se Tocantínia, Lagoa da Confusão, Campos Lindo, Mateiros e Palmas, ambas cidades com menos de 24 idosos para cada 100 crianças.

Figura 2 - Índices de envelhecimento



Fonte: Jornal TV Anhanguera – TO

Em relação a idade média segundo o (IBGE,2022 ) no censo demográfico estado do Tocantins tinha a segunda maior média de idade entre todos os estados da região norte do Brasil, essa média de idade aumentou de 25 anos em 2010 para 31 anos em 2022, esse aumento da idade média abre espaço para diversas discussões, pois quando olhamos para perspectivas futuras, a média de idade continuará a aumentar se não houverem iniciativas das políticas públicas para o aumento da taxa de fecundidade, uma média de idade muito

avançada implica em menos pessoas com idade ativa para trabalhar e também exige mudanças na previdência social, obrigando essas pessoas a se aposentarem mais tarde (NASSAR, 2017).

O fenômeno do envelhecimento demográfico emerge como uma realidade inescapável que redefine os contornos da sociedade. À medida que as populações ao redor do mundo envelhecem, surgem desafios prementes nas esferas econômica, social e de saúde. A necessidade de políticas públicas e estratégias inovadoras que abordem as demandas específicas da população idosa torna-se cada vez mais imperativa.

No entanto, é importante abordar o envelhecimento não apenas como um desafio, mas também como uma oportunidade de valorizar a sabedoria acumulada, promover a inclusão social e repensar os paradigmas tradicionais sobre o ciclo de vida.

Dentre os desafios e oportunidades na agenda do envelhecimento saudável, a atividade física é uma estratégia adjuvante. Pensar em soluções para maior adesão e aderência dos idosos em programa de atividade física é alvo de estudos desenvolvidos na Universidade da Maturidade (UMA), por meio do grupo de pesquisa PROGERO, que vem a estudar por exemplo a motivação para essa adesão e aderência, tema do próximo capítulo.

## **2.2. Educação em Saúde**

De acordo com a Secretaria-Executiva (2012), a promoção da saúde é definida como um conjunto de atividades educativas com o objetivo de fomentar a inclusão social e a autonomia, visando o cuidado e a prevenção em saúde.

Além disso, é descrita como um conjunto de práticas que contribui para melhorar a atenção à saúde, levando em consideração as necessidades individuais. Essa definição reflete a evolução do conceito de promoção da saúde ao longo dos anos, passando de uma abordagem meramente higienista para um processo que valoriza a diversidade cultural do país, com o intuito de melhorar a saúde da população.

A promoção da saúde é um campo que apresenta características variadas e peculiares, embora direcionadas para o mesmo propósito, seja na esfera da educação ou da saúde, considerando diferentes perspectivas sobre o ser humano e a sociedade.

Compreendemos que o ato de ensinar está intrinsecamente ligado ao aprender, não apenas no ambiente acadêmico, mas também na própria prática. Seguindo essa abordagem, percebemos que a aprendizagem crítica é, essencialmente, a prática e o fortalecimento da independência.

Portanto, ao ministrar os conteúdos, é necessário que os professores estejam preparados para transmiti-los com fundamentos e recursos que facilitem a aprendizagem dos alunos. Embora o conhecimento científico seja crucial nesse processo, ele não é suficiente. Portanto, o conhecimento não deve ser imposto aos outros, mas construído de maneira aberta, participativa e interdisciplinar.

Além disso, os profissionais da educação e saúde podem ser influenciados por suas próprias normas culturais e estilos de vida. Portanto, é importante considerar os valores individuais e coletivos da sociedade ao determinar as estratégias a serem incluídas no processo de ensino.

No que diz respeito à epistemologia da promoção da saúde, destaca-se o conceito de saúde como uma definição mais ampla, englobando a participação de toda a população em seu cotidiano, não se restringindo apenas às pessoas em risco de adoecer.

Essa concepção está fundamentada em uma visão abrangente de saúde, que considera uma condição positiva e dinâmica em busca do bem-estar, englobando aspectos físicos, mentais, ambientais, pessoais/emocionais e socioecológicos.

Ademais, os docentes em educação e saúde podem ser influenciados por suas próprias normas culturais e de estilo de vida, logo, é importante saber os valores individuais e coletivos da sociedade para determinar as estratégias a serem incluídas no processo de ensino.

No que se refere à epistemologia da educação em saúde, sobrepõe-se o pensamento de promoção da saúde como definição mais ampla de um método que inclui a participação de toda a população no seu cotidiano e não exclusivamente das pessoas em risco de adoecer. Essa concepção está fundamentada em uma ideia ampla de saúde, considerada como uma condição positiva e dinâmica em busca do bem-estar que integra aspectos físicos e mentais, ambientais, pessoais / emocionais e socioecológicos.

A educação em saúde, tem como objetivo capacitar indivíduos para atuar diante da realidade cotidiana, com o proveito de experiências anteriores, visando a integração, a continuidade do conhecimento e o progresso no ambiente social. Visa também, à capacitação dos diferentes grupos sociais para lidar com problemas básicos da vida, tais como nutrição, desenvolvimento da mente, reprodução, tudo isso no contexto de uma sociedade mutável.

Sob este olhar, a educação em saúde inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, tal como, propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o

desenvolvimento da responsabilidade e da cidadania, praticando ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na promoção da independência humana.

Contudo, atualmente, muitos projetos na área de educação em saúde seguem sendo registrados na perspectiva da transferência de conhecimentos especializados, que "a gente detém e ensina" para uma "população leiga", do qual saber-viver é desvalorizado nesses processos. Por esse motivo, para "aprender o que nós sabemos".

Dessa forma, educação em saúde passa a ser entendida como uma urgência na construção e veiculação de conhecimentos. Deste modo, a finalidade da educação em saúde pode ser igual a de todo bom ensino, isto é, ajudar as pessoas a descobrirem os princípios, padrões e valores que melhor se adaptem às suas próprias necessidades, visando à opção por uma melhoria da qualidade de vida individual e coletiva.

### **2.3. Envelhecimento e Autocuidado**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde atualmente, espera-se que a maioria das pessoas viva até ou além dos 60 anos de idade, e em 2050, estima-se que 21,4% da população tenha mais de 60 anos (OMS, 2021). No Brasil, as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimam que em 2060, 25,5% dos brasileiros terão mais de 65 anos e com um aumento na expectativa de vida de cerca de 3 anos (75,7 anos em 2016 para 78,6 em 2030) (IBGE, 2021).

As prováveis causas para a mudança da estrutura etária da população mundial são a redução das taxas de fecundidade e mortalidade (SANTOS et al., 2018), as quais também influenciam a pirâmide etária no Brasil desde meados da década de 60 (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Neste contexto, com o aumento da população idosa, também é esperado um aumento da sobrecarga das doenças crônicas sobre o sistema de saúde (SANTOS et al., 2018), mesmo para as doenças menos prevalentes, uma vez que o envelhecimento, a nível biológico, é resultado da soma de uma grande variedade de danos que ocorrem de forma contínua, causando muitas vezes a redução da capacidade mental e física e aumento da suscetibilidade a doenças (OMS, 2021), porém heterogênea (DE MORAES et al., 2016).

Entre as doenças mais comuns observados na população idosa, a OMS (2021) aponta a perda auditiva, catarata, dores cervicais e nas costas, osteoartrite, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes, hipertensão e demência doenças cardíacas e neoplásicas. Além disso, a síndrome da fragilidade do idoso também se mostra uma preocupação (OMS, 2016), mesmo com a falta de consenso da literatura, que pode ser

resumido como perda da capacidade de vários sistemas biológicos e da capacidade de resposta a estressores, como infecções e fraturas (CESARI et al., 2017).

Especificamente, no que concerne ao envelhecimento, existe uma preocupação acerca do envelhecimento cognitivo/cerebral, uma vez que ele pode manifestar reduções nas funções cognitivas, como aprendizagem e memória, velocidade de processamento, percepção sensorial e coordenação motora (ALEXANDER et al., 2012; DYKIERT et al., 2012; LEVIN et al., 2014; MATTSON; ARUMUGAM, 2018), no entanto, algumas dessas alterações decorrentes do avanço da idade, são consideradas normais (HARADA et al., 2013), apesar da grande variabilidade das perdas cognitivas entre cada idoso (WISDOM et al., 2012).

Além disso, em se tratando de capacidade cognitiva, faz-se fundamental citar o comprometimento cognitivo considerado anormal para a idade, denominado de forma mais abrangente como demência, onde a mais prevalente é a Doença de Alzheimer (DA), responsável por cerca de 60 a 70% dos casos (OMS, 2018). Além da DA, no que concerne a doenças degenerativas, podemos citar a Demência associada com corpúsculos de Lewy, Doença de Parkinson, Doença de Pick, Doença de Huntington, Paralisia supranuclear progressiva, entre outras (KANE et al., 2015). A Demência é apontada pela OMS (2022) como a 7ª maior causa de mortes no mundo e uma das maiores causas de dependência entre idosos.

É inegável a importância do diagnóstico clínico de todas as patologias que acometem o idoso, através da Classificação Internacional de Doenças (CID), no entanto, baseado na heterogeneidade do processo de envelhecimento, é possível que uma patologia possa causar diferentes alterações funcionais nos idosos (MORAES e MORAES, 2014).

A capacidade funcional do idoso, que é um reflexo do seu nível de independência, pode ser medida pela sua capacidade em realizar atividades cotidianas e estas podem ser agrupadas em duas classes, as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) e as Atividades de Vida Diária (AVDs) (KANE et al., 2015).

As AIVDs compreendem a realização independente das atividades como usar o telefone, lidar com dinheiro, fazer compras, preparar refeições, fazer serviços leves de limpeza, passear pela vizinhança. Já as AVDs compreendem atividades mais básicas de autocuidado principalmente, como alimentar-se sozinho, usar o banheiro, vestir-se, locomover-se em casa, tomar banho e caminhar (KANE et al., 2015).

De estreita relação com o processo de saúde e doença no idoso é possível citar a capacidade de autocuidado, uma vez que seu conceito se refere à capacidade do indivíduo

em realizar ações conscientes e intencionais que o beneficiem, num contexto de promoção e manutenção de saúde e bem-estar (DIAS, 2020), o que pode resultar em melhora ou prevenção de agravos de saúde nessa população, e a manutenção da capacidade funcional e independência no idoso.

A teoria do Autocuidado, uma das três teorias de ordem definiu a Teoria do Déficit de Autocuidado em Enfermagem, com um enfoque na necessidade de cuidados de enfermagem, foi publicada entre 1971 e 1980, acredita que a profissional da enfermagem e o indivíduo atendido devem identificar quaisquer déficits na capacidade do indivíduo em executar tarefas de autocuidado (LIANA et al., 2014). Esta teoria destaca um dos conceitos mais importantes no contexto de promoção de saúde, que são relacionados à capacidade do indivíduo em agir em seu próprio benefício (SILVA; DOMINGUES, 2017).

#### **2.4. Educação em Saúde para Idosos**

O processo de envelhecimento provoca uma série de modificações em vários sistemas biológicos, possibilitando classificá-la como de caráter biopsicossocial, que inclusive podem levar o indivíduo para uma vulnerabilização, podendo resultar na síndrome da fragilidade do idoso, quando estas modificações são maiores do que a esperada para a idade (LANG et al., 2009; HARADA et al., 2013; VIEIRA et al., 2013; MALLMANN et al., 2015;).

Assim sendo, estratégias que visem promover a saúde e reduzir o impacto das modificações ou que atuem como caráter preventivo no que concerne às doenças mais comuns e debilitantes no idoso, são muito bem-vindas (RUMOR et al. 2010; MALLMANN et al., 2015).

Nesse sentido, considerando que programas de educação em saúde, segundo seu conceito baseado em participação ativa dos indivíduos da comunidade e que são alvo dessas intervenções para mudança de comportamentos específicos relacionados às patologias alvo identificadas previamente são uma alternativa viável (BUSS, 2000; ALVES, 2005; ALVES; AERTS, 2011a; FLORES, s/d).

Especificamente, práticas de educação em saúde para o idoso, que muitas vezes contam com a participação de familiares, é apontado por (SEABRA et al., 2019) como um método efetivo na promoção de saúde e de qualidade de vida.

No estudo de Janini et al. (2015) que teve como objetivo analisar o impacto das ações de educação em saúde para o idoso, verificou-se, através de um estudo de caráter

qualitativo, com entrevistas semiestruturadas, que a educação em saúde é uma ferramenta eficaz para a promoção de saúde, melhorar a qualidade de vida e autonomia para o idoso.

Em outro estudo, que investigou os efeitos de uma intervenção educativa para idosos com diabetes mellitus, foi verificado que os 103 idosos que participaram do estudo melhoraram significativamente seu comportamento de autocuidado com a doença, com melhorias nos quesitos de dieta saudável, instrução dietética e exames dos pés (MARQUES et al., 2019).

Para investigar a associação da educação em saúde com a progressão para fragilidade, (YOSHIZAWA et al., 2021) avaliaram a influência da educação em saúde em idosos japoneses, residentes da comunidade, através da análise dos resultados de duas pesquisas, realizadas em 2012 e 2016, apenas de indivíduos idosos saudáveis.

Nesse estudo, verificaram que a progressão dos idosos para fragilidade foi associada com uma baixa educação em saúde, mas uma vez evidenciando a importância sobre obtenção de informações sobre promoção de saúde e autocuidado.

No entanto, como já discutido neste trabalho, conduzir programas de educação em saúde demanda grande esforço, tanto dos gestores públicos em saúde, quanto das equipes em cada unidade básica de saúde, uma vez que a população idosa, além de necessitar de grande atenção no que concerne à saúde, também tem características específicas que podem trazer problemas para programas de educação em saúde para o idoso.

Dentre estes, Zhang et al. (2022) elencam 3 (três) principais problemas, que são a popularização insuficiente e falta de consciência da participação social, as deficiências na forma de ensinar e a falta de cursos de formação de alta qualidade para educadores em saúde, apontando também possíveis soluções para estes problemas, como o desenvolvimento e melhora de programa de educação em saúde para idosos nas universidades e campanhas públicas que foquem no aumento da consciência da participação popular nestes programas, diversificação das formas de ensinar, inclusive buscando amparo nas tecnologias, desenvolver cursos específicos e de alta qualidade para as equipes responsáveis pelos programas.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Analisar, por meio de dados tabulados, o impacto da educação em saúde com ênfase na alimentação e nutrição, através de encontros presenciais, no engajamento do autocuidado dos idosos da Universidade da Maturidade de Porto Nacional – TO.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Avaliar o nível de conhecimento dos idosos sobre alimentação e nutrição antes e após os encontros presenciais.
- Identificar as mudanças nas atitudes e comportamentos dos idosos em relação ao autocuidado após participarem dos encontros presenciais.
- Comparar os dados tabulados de engajamento antes e após os encontros para medir o impacto da intervenção.
- Propor melhorias para futuras iniciativas de educação em saúde direcionadas aos idosos, com base nos resultados obtidos.

### **4. QUESTÃO DO PROBLEMA**

Quais são os relatos de mudanças nos hábitos alimentares dos idosos após a participação nas atividades educacionais?

### **5. MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **5.1. Desenho do Estudo**

Tratou-se de um estudo quase experimental de natureza qualitativa, exploratória, no sentido de buscar conhecimento sobre uma questão norteadora, que ainda se sabe pouco, e quantitativo, com a utilização de questionários para coletar dados sobre comportamentos, hábitos alimentares, uso de medicamentos e outras práticas relacionadas à saúde entre um grupo de pessoas.

#### **5.2. Amostra**

Foram inseridos neste estudo entre 30 e 36 acadêmicos do polo da Universidade da Maturidade – UMA/UFT de Porto Nacional – TO. O recrutamento da amostra foi por conveniência e aplicação de encontros em sala.

### **5.3. Local e Período**

A pesquisa foi realizada no projeto Universidade da Maturidade (UMA) do polo de Porto Nacional – TO da Universidade Federal do Tocantins (UFT). A Universidade da Maturidade (UMA) é um programa de extensão da Universidade Federal do Tocantins (UFT) com sua estrutura técnica no formato de Tecnologia Social Educacional, voltada à melhoria da qualidade de vida das pessoas adultas e dos idosos.

É um espaço educacional de convivência social de aquisição de novos conhecimentos voltados para o envelhecer saudável e digno e, sobretudo na tomada de consciência da importância de participação do idoso na sociedade enquanto sujeito histórico.

### **5.4. Público-alvo**

Indivíduos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 45 anos, regularmente matriculados no projeto UMA da UFT.

### **5.5. Critérios de Inclusão e Exclusão**

Foram incluídos nesse estudo: idosos de ambos os sexos com 45 anos ou mais, regularmente matriculados na UMA de Porto Nacional. Foram excluídos: idosos que faltaram a 3 (três) intervenções e que não responderam os questionários pré-teste.

### **5.6. Critérios de Encerramento ou Suspensão da Pesquisa**

A suspensão ou encerramento da pesquisa ocorrerá caso seja percebido que a pesquisa está sendo prejudicial aos participantes. Reforça-se o fato que estes se encontrarão no direito de retirar da pesquisa a qualquer momento.

### **5.7. Cuidados éticos**

Os dados coletados no presente estudo tiveram um caráter confidencial, com acesso restrito aos pesquisadores responsáveis e ao próprio indivíduo, podendo este retirar os dados dos bancos de armazenamento a qualquer momento. Inicialmente os participantes do estudo, após esclarecimentos detalhados fornecidos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A), conforme preconizado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os participantes leram atentamente, ou foram instruídos, sobre o documento e assinaram que concordaram em participar do estudo, identificando seu respectivo nome. A coordenação nacional do projeto UMA/UFT e a Reitoria da UFT autorizaram a

realização das atividades desta pesquisa. O início da coleta de dados foi realizado somente após a aprovação do CEP/UFT sob o número de protocolo CAEE: 67447123.2.0000.5519.

## **5.8. Instrumentos**

### **5.8.1. Intervenções**

Foram realizados quatro encontros como metodologia desse projeto, servindo como intervenções educacionais para abordar e potencialmente mudar os hábitos alimentares e práticas de saúde dos participantes. Cada encontro foi planejado para impactar diferentes aspectos da alimentação e nutrição, visando promover uma compreensão mais profunda e a adoção de comportamentos mais saudáveis. Os temas abordados foram: Educação Alimentar e Nutricional (EAN), Alimentação saudável para um sistema digestivo sadio, Uso racional de medicamentos na maturidade, e Intervenções para a saúde nutricional e autocuidado. Ao final de cada encontro, foi aplicado um questionário sobre o tema discutido no encontro anterior, com o objetivo de medir o nível de conhecimento dos participantes. Ao final dos quatro encontros, os dados dos questionários foram tabulados para avaliar os resultados e propor melhorias para iniciativas de educação em saúde nos idosos da Universidade da Maturidade – UMA/UFT.

O primeiro encontro focou na Educação Alimentar e Nutricional (EAN). Foram discutidos os conceitos básicos de EAN, destacando sua importância como abordagem interdisciplinar para promover hábitos alimentares saudáveis e que fazem parte do Direito Humano à Alimentação Adequada e da Segurança Alimentar e Nutricional.

Utilizando métodos participativos, a EAN busca engajar indivíduos e grupos em todas as fases da vida e etapas do sistema alimentar, incentivando a adoção voluntária de escolhas alimentares saudáveis. Durante o encontro, foram discutidas estratégias para evitar desnutrição e desidratação, com ênfase especial nos idosos, ressaltando a importância de uma rotina regular de refeições e ingestão adequada de água.

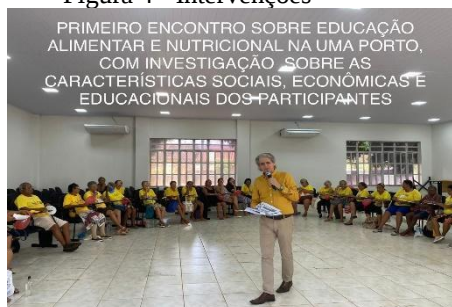
Foram apresentados os grupos de alimentos essenciais para a saúde, como cereais, frutas, verduras, leguminosas, carnes e derivados do leite, além de enfatizar o consumo moderado de gorduras, açúcares e sal. O encontro sublinhou a necessidade de basear a alimentação em alimentos in natura ou minimamente processados, limitar o consumo de

alimentos processados, evitar ultraprocessados e consumir refeições de forma regular e consciente, em ambientes adequados e, quando possível, em companhia.

Figura 3 - Primeiro encontro



Figura 4 - Intervenções



O segundo encontro focou na importância de uma alimentação saudável para manter um sistema digestivo sadio. A apresentação começou destacando como a substituição de refeições balanceadas por lanches altamente calóricos e pobres em nutrientes tem se tornado comum na sociedade. Foi enfatizada a necessidade de retornar a uma dieta rica em alimentos naturais e variados, que fornecem os macronutrientes essenciais como bons carboidratos, lipídios saudáveis e proteínas de qualidade.

O mestrando detalhou os benefícios de cada grupo de macronutrientes:

- Carboidratos: fornecimento de energia, melhora da função cerebral, e auxílio na digestão.
- Lipídios: essenciais para a estrutura celular, proteção, absorção de vitaminas lipossolúveis e saúde cardiovascular.
- Proteínas: cruciais para a construção e reparo tecidual, regulação do apetite, e saúde da pele e cabelo.

Abordou-se também abordou como uma alimentação equilibrada beneficia o sistema digestivo, promovendo uma digestão eficiente, prevenindo problemas gastrointestinais, e facilitando a absorção adequada de nutrientes. Foram enfatizados pontos chave como a importância de fibras, hidratação adequada, e a redução no consumo de alimentos processados para manter a saúde digestiva.

O objetivo do encontro foi sensibilizar sobre os impactos diretos que a escolha de alimentos tem sobre a saúde geral e, especialmente, sobre o funcionamento eficaz do sistema digestivo.

Figura 5 - Segundo encontro



Figura 6 - Intervenção



O terceiro encontro abordou a importante relação entre o uso de medicamentos e a alimentação, destacando como uma interação com a outra para influenciar a eficácia e segurança dos tratamentos. O foco foi em como a alimentação pode afetar a absorção, metabolismo e efeitos dos medicamentos, impactando tanto positiva quanto negativamente na terapia e na saúde geral do indivíduo.

Foi discutido que uma boa alimentação fornece os nutrientes essenciais para sustentar o corpo e pode ser necessária para restaurar a saúde quando afetada por doenças que requerem medicação. Além disso, foi destacado que certos alimentos e bebidas podem interagir negativamente com medicamentos, como alimentos ricos em tiramina que podem causar dilatação dos vasos sanguíneos e impactar a eficácia de certos tratamentos.

Neste encontro, ressaltou-se também a importância de uma alimentação adequada ao tomar medicamentos para minimizar efeitos colaterais e otimizar a absorção dos princípios ativos. Alimentar-se corretamente antes de tomar medicamentos ajuda a evitar irritação gástrica e outros efeitos adversos. Uma dieta saudável e equilibrada fortalece o sistema imunológico, melhora a resposta ao tratamento médico e acelera a recuperação.

Foram dadas dicas sobre como gerenciar a alimentação e o uso de medicamentos, como fazer refeições regulares e equilibradas, conhecer e evitar alimentos que possam interagir com os medicamentos, e tomar os medicamentos com água para facilitar a deglutição e absorção.

Além disso, foi aconselhado monitorar regularmente o tratamento e ajustar a dieta conforme necessário para garantir a ingestão adequada de nutrientes afetados pelos medicamentos.

Esse encontro destacou que uma abordagem integrada de alimentação e uso de medicamentos é essencial para uma gestão eficaz da saúde.

Figura 7 - Terceiro encontro



Figura 8 - Intervenção



O quarto encontro, visou capacitar os participantes para compreender, aplicar e implementar intervenções que promovam a saúde nutricional, o autocuidado e a adoção de práticas saudáveis, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, o bem-estar e a longevidade dos indivíduos.

Ainda, busca-se fomentar a conscientização sobre a importância de hábitos alimentares equilibrados e a adoção de estratégias de autocuidado, integrando conhecimentos científicos e práticas de saúde preventiva para a promoção de um estilo de vida saudável e sustentável.

### **5.8.2. Impacto da metodologia aplicada**

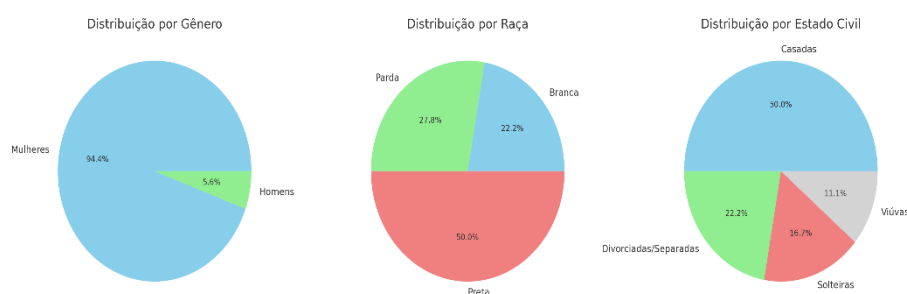
Os encontros realizados são intervenções educativas que podem transformar os hábitos alimentares e práticas de saúde dos participantes. Fornecendo conhecimento e

estratégias práticas, eles ajudam as pessoas a fazerem escolhas mais informadas e conscientes. Com o tempo, essas mudanças podem melhorar a qualidade de vida, reduzir o risco de doenças crônicas e aumentar a eficácia do uso de medicamentos, contribuindo para uma saúde geral melhor.

As intervenções educacionais são ferramentas importantes na promoção da saúde pública. Os encontros deste projeto abordaram questões críticas sobre nutrição e uso de medicamentos, dando aos participantes o conhecimento necessário para fazer mudanças práticas em suas vidas diárias. Esse tipo de educação é essencial para programas de saúde pública que visam melhorar os hábitos alimentares e promover a saúde geral da população.

## 6. RESULTADOS

Participaram um grupo de idosos com 36 pessoas, sendo 93% (34 pessoas) são mulheres e 7% (2 pessoas) são homens. Em relação à raça, 22% (8 pessoas) são brancas, 27% (10 pessoas) são pardas, 50% (18 pessoas) são pretas. Quanto ao estado civil, 50% (18 pessoas) são casadas, 22% (8 pessoas) são divorciadas ou separadas, 17% (6 pessoas) são solteiras, e 11% (4 pessoas) são viúvas.



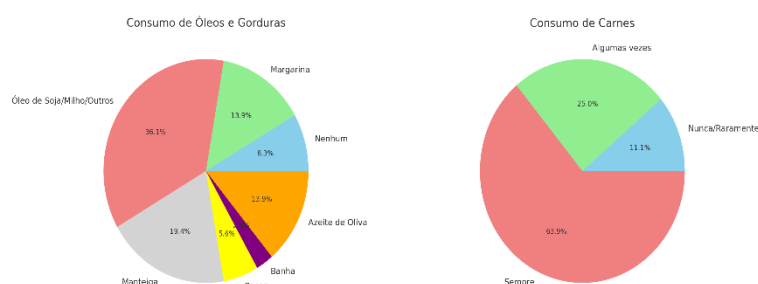
Em termos de faixa etária, 44% dos participantes têm entre 45 e 54 anos (16 pessoas), e 56% têm 55 anos ou mais (20 pessoas). Aproximadamente 22% (8 pessoas) dos entrevistados possuem trabalho remunerado, enquanto 78% (28 pessoas) não trabalham e/ou vivem de algum benefício do governo. No que diz respeito à faixa de rendimento mensal, 19% (7 pessoas) ganham menos que um salário-mínimo, 36% (13 pessoas) ganham de um a dois salários-mínimos, 28% (10 pessoas) recebem de três a quatro salários-mínimos, e 17% (6 pessoas) ganham mais de cinco salários-mínimos.

Sobre a escolaridade, 48% concluíram o ensino fundamental (17 pessoas), 42% têm ensino médio (15 pessoas), e 10% são graduados no ensino superior (04 pessoas).

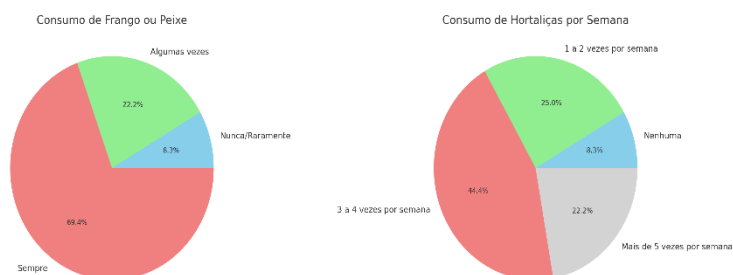
Tabela 1 - Questionário socioeconômico

| Categoria                  | Descrição                         | Porcentagem | Número de Pessoas |
|----------------------------|-----------------------------------|-------------|-------------------|
| Sexo                       | Feminino                          | 92%         | 34                |
|                            | Masculino                         | 27%         | 2                 |
| Raça                       | Branco                            | 22%         | 8                 |
|                            | Pardo                             | 27%         | 10                |
|                            | Preto                             | 50%         | 18                |
| Estado Civil               | Solteiro(a)                       | 17%         | 6                 |
|                            | Casado(a)                         | 50%         | 18                |
|                            | Divorciado/separado               | 22%         | 8                 |
|                            | Viúvo                             | 11%         | 4                 |
| Faixa Etária               | 45 a 54 anos                      | 44%         | 16                |
|                            | 55 ou mais                        | 56%         | 20                |
| Trabalho Remunerado        | Sim                               | 22%         | 8                 |
|                            | Não                               | 78%         | 28                |
| Faixa de Rendimento Mensal | Menor que um salário-mínimo       | 19%         | 7                 |
|                            | De um a dois salários-mínimos     | 36%         | 13                |
|                            | De três a quatro salários-mínimos | 28%         | 10                |
|                            | Mais de cinco salários-mínimos    | 17%         | 6                 |
| Escolaridade               | Fundamental                       | 48%         | 17                |
|                            | Médio                             | 42%         | 15                |
|                            | Superior                          | 10%         | 04                |

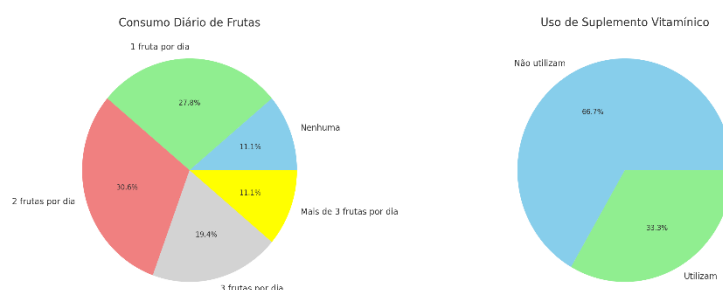
No grupo analisado, 8% das pessoas (3 indivíduos) não utilizam nenhum tipo de óleo ou gordura, enquanto 14% (5 pessoas) utilizam margarina, 36% (13 pessoas) optam por óleo de soja, milho ou outros tipos, 19% (7 pessoas) usam manteiga, 6% (2 pessoas) incluem bacon, 3% (1 pessoa) usam banha, e 14% (5 pessoas) preferem azeite de oliva. No que se refere ao consumo de carne de boi, vaca ou porco, 11% (4 pessoas) nunca ou raramente consomem, 25% (9 pessoas) consomem algumas vezes, e 64% (23 pessoas) sempre incluem essas carnes em sua dieta.



Quando se trata de carne de frango ou peixe, 8% (3 pessoas) nunca ou raramente consomem, 22% (8 pessoas) fazem isso algumas vezes, e 70% (25 pessoas) sempre consomem. Em relação ao consumo de hortaliças por semana, 8% (3 pessoas) não consomem nenhuma, 25% (9 pessoas) consomem de 1 a 2 vezes, 44% (16 pessoas) de 3 a 4 vezes, e 23% (8 pessoas) mais de 5 vezes por semana.



No que diz respeito à ingestão diária de frutas, 11% (4 pessoas) não consomem frutas, 28% (10 pessoas) consomem 1 fruta por dia, 31% (11 pessoas) consomem 2 frutas, 19% (7 pessoas) consomem 3 frutas, e 11% (4 pessoas) consomem mais de 3 frutas por dia. A respeito do uso de suplemento vitamínico, 67% (24 pessoas) não utilizam, enquanto 33% (12 pessoas) fazem uso de suplementos.



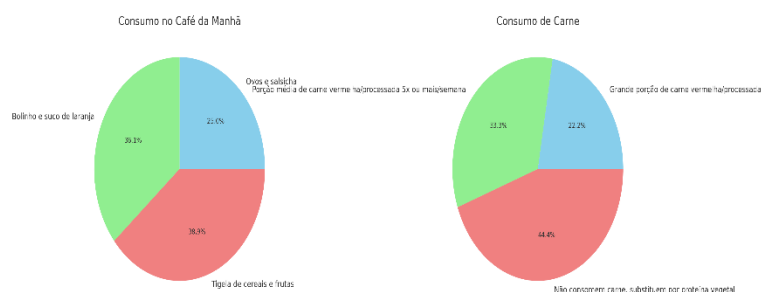
Por fim, sobre a frequência de exercício físico, 17% (6 pessoas) nunca ou raramente se exercitam, 33% (12 pessoas) praticam exercícios algumas vezes, e 50% (18 pessoas) sempre se exercitam regularmente.

Tabela 2 - Questionário EAN

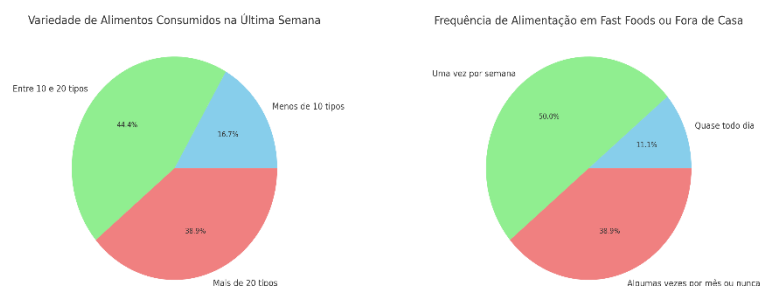
| Categoria                             | Descrição                 | Porcentagem | Número de Pessoas |
|---------------------------------------|---------------------------|-------------|-------------------|
| Tipo de Óleo/Gordura Usado            | Não usa                   | 0,08        | 3                 |
|                                       | Margarina                 | 0,14        | 5                 |
|                                       | Óleo de soja/milho/outros | 0,36        | 13                |
|                                       | Manteiga                  | 0,19        | 7                 |
|                                       | Bacon                     | 0,06        | 2                 |
|                                       | Banha                     | 0,03        | 1                 |
|                                       | Azeite de oliva           | 0,14        | 5                 |
| Consumo de Carne de Boi/Vaca ou Porco | Nunca/raramente           | 0,11        | 4                 |
|                                       | Algumas vezes             | 0,25        | 9                 |
|                                       | Sempre                    | 0,64        | 23                |
| Consumo de Carne de Frango ou Peixe   | Nunca/raramente           | 0,08        | 3                 |
|                                       | Algumas vezes             | 0,22        | 8                 |
|                                       | Sempre                    | 0,7         | 25                |
| Consumo de Hortaliça por Semana       | Nenhuma                   | 0,08        | 3                 |
|                                       | 1 a 2 vezes               | 0,25        | 9                 |

|                                     |                 |      |    |
|-------------------------------------|-----------------|------|----|
|                                     | 3 a 4 vezes     | 0,44 | 16 |
|                                     | Mais de 5 vezes | 0,23 | 8  |
| Número de Ingestão Diária de Frutas | Nenhuma         | 0,11 | 4  |
|                                     | 1               | 0,28 | 10 |
|                                     | 2               | 0,31 | 11 |
|                                     | 3               | 0,19 | 7  |
|                                     | Mais de 3       | 0,11 | 4  |
|                                     |                 |      |    |
| Uso de Suplemento Vitamínico        | Não             | 0,67 | 24 |
|                                     | Sim             | 0,33 | 12 |
| Frequência de Exercício             | Nunca/raramente | 0,17 | 6  |
|                                     | Algumas vezes   | 0,33 | 12 |
|                                     | Sempre          | 0,5  | 18 |

Na análise sobre se a alimentação do grupo é saudável, observa-se que no café da manhã, 25% dos indivíduos (9 pessoas) consomem ovos e salsicha, 36% (13 pessoas) optam por um bolinho e um copo de suco de laranja, e 39% (14 pessoas) preferem uma tigela de cereais e frutas. Em relação ao consumo de carne, frango ou peixe, 22% (8 pessoas) sempre incluem uma grande porção de carne vermelha ou processada nas refeições, 33% (12 pessoas) têm uma porção média de carne vermelha ou processada cinco vezes ou mais por semana, e 45% (16 pessoas) não consomem carne, substituindo-a por outra fonte de proteína vegetal.



Quando perguntados sobre a variedade de frutas, oleaginosas, grãos integrais e vegetais consumidos na última semana, 17% (6 pessoas) consumiram menos de 10 tipos, 44% (16 pessoas) consumiram entre 10 e 20 tipos, e 39% (14 pessoas) consumiram mais de 20 tipos. Sobre a frequência de alimentação em fast foods ou fora de casa, 11% (4 pessoas) comem quase todo dia nesses locais, 50% (18 pessoas) uma vez por semana, e 39% (14 pessoas) algumas vezes por mês ou nunca.



Em relação ao consumo diário de vegetais, 28% (10 pessoas) consomem uma porção ou nenhuma, 42% (15 pessoas) consomem entre duas a quatro porções, e 30% (11 pessoas) consomem cinco ou mais porções por dia. Esta análise reflete os hábitos alimentares e as escolhas de dieta do grupo estudado.

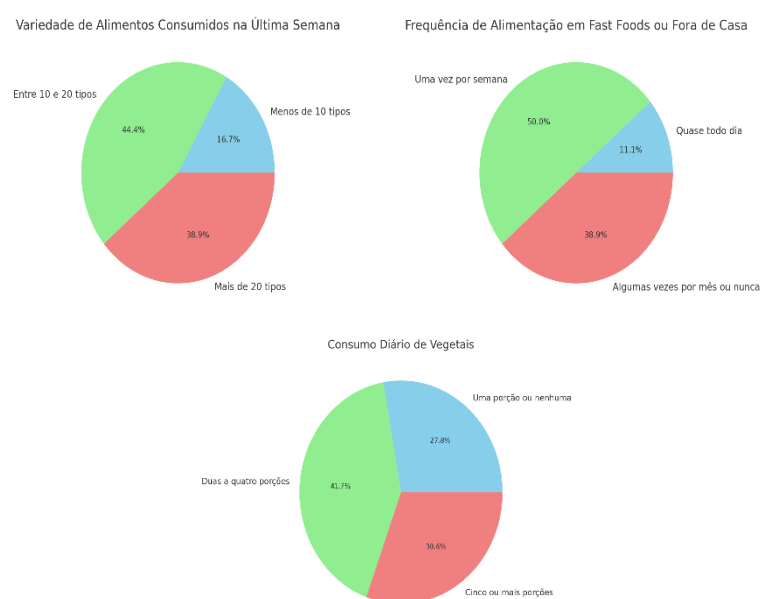


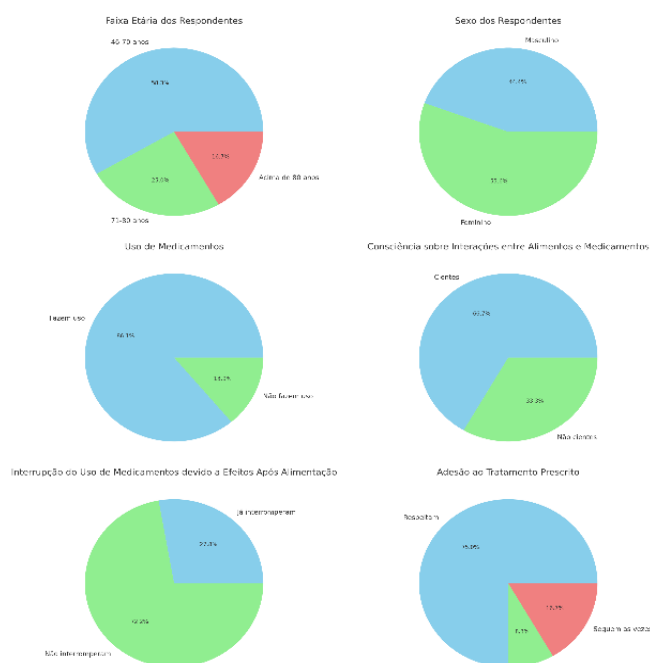
Tabela 3 - Questionário Alimentação saudável para um sistema digestivo sadio

| Questão                                                       | Resposta                                                                               | Porcentagem | Número de Pessoas |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------|
| Como é o seu café da manhã normalmente?                       | (A) Com ovos e salsicha                                                                | 0,25        | 9                 |
|                                                               | (B) Um bolinho e um copo de suco de laranja                                            | 0,36        | 13                |
|                                                               | (C) Uma tigela de cereais e frutas                                                     | 0,39        | 14                |
| Quantas vezes por semana você consome carne, frango ou peixe? | (A) Sempre incluo uma grande porção de carne vermelha ou processada nas refeições      | 0,22        | 8                 |
|                                                               | (B) Tenho uma porção média de carne vermelha ou processada, 5 vezes ou mais por semana | 0,33        | 12                |
|                                                               | (C) Não consumo carne, mas substituo por outra fonte de proteína vegetal               | 0,45        | 16                |

|                                                                                                            |                                    |      |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------|----|
| Quanto tipos diferentes de frutas, oleaginosas, grãos integrais e vegetais você consumiu na última semana? | (A) Menos de 10                    | 0,17 | 6  |
|                                                                                                            | (B) Entre 10 e 20                  | 0,44 | 16 |
|                                                                                                            | (C) Mais de 20                     | 0,39 | 14 |
| Você come com que frequência em fast foods ou fora de casa?                                                | (A) Quase todo dia                 | 0,11 | 4  |
|                                                                                                            | (B) Uma vez por semana             | 0,5  | 18 |
|                                                                                                            | (C) Algumas vezes por mês ou nunca | 0,39 | 14 |
| Quantas vezes/porções por dia você consome vegetais?                                                       | (A) Uma ou nenhuma                 | 0,28 | 10 |
|                                                                                                            | (B) Duas a quatro                  | 0,42 | 15 |
|                                                                                                            | (C) Cinco ou mais                  | 0,3  | 11 |

No questionário sobre o uso racional de medicamentos na maturidade, observa-se que 58% dos respondentes (21 pessoas) têm entre 46 e 70 anos, 25% (9 pessoas) entre 71 e 80 anos, e 17% (6 pessoas) acima de 80 anos. Em relação ao sexo, 44% são masculinos (16 pessoas) e 56% femininos (20 pessoas). A grande maioria, 86% (31 pessoas), faz uso de algum medicamento, enquanto 14% (5 pessoas) não o fazem.

Quanto à consciência sobre interações entre alimentos e medicamentos, 67% (24 pessoas) estão cientes, contra 33% (12 pessoas) que não estão. Cerca de 28% (10 pessoas) já deixaram de tomar medicamento prescrito devido a algum efeito após se alimentar, enquanto 72% (26 pessoas) não interromperam o uso. A adesão ao tratamento prescrito é respeitada por 75% (27 pessoas), não é seguida por 8% (3 pessoas), e 17% (6 pessoas) seguem o tratamento apenas às vezes.



Em relação às restrições alimentares que influenciam o uso de medicamentos, 39% (14 pessoas) fazem alguma restrição, e 61% (22 pessoas) não fazem. Sobre o uso de medicamentos em relação às refeições, 61% (22 pessoas) tomam medicamentos perto das refeições e 64% (23 pessoas) após as refeições.

Além disso, 78% (28 pessoas) usam medicamentos para tratamento de doenças crônicas. A automedicação é praticada por 33% (12 pessoas), 44% (16 pessoas) nunca se automedicam, e 23% (8 pessoas) o fazem às vezes. Em termos de hábitos prejudiciais, 14% (5 pessoas) usam cigarro, 25% (9 pessoas) consomem bebida alcoólica, 11% (4 pessoas) fazem uso de ambos, e 50% (18 pessoas) não usam nenhum.

58% (21 pessoas) têm o hábito de ler as informações contidas na bula dos medicamentos, 22% (8 pessoas) não leem, e 20% (7 pessoas) leem às vezes. Este perfil reflete as práticas e o comportamento dos indivíduos em relação ao uso de medicamentos e sua interação com outros fatores na maturidade.

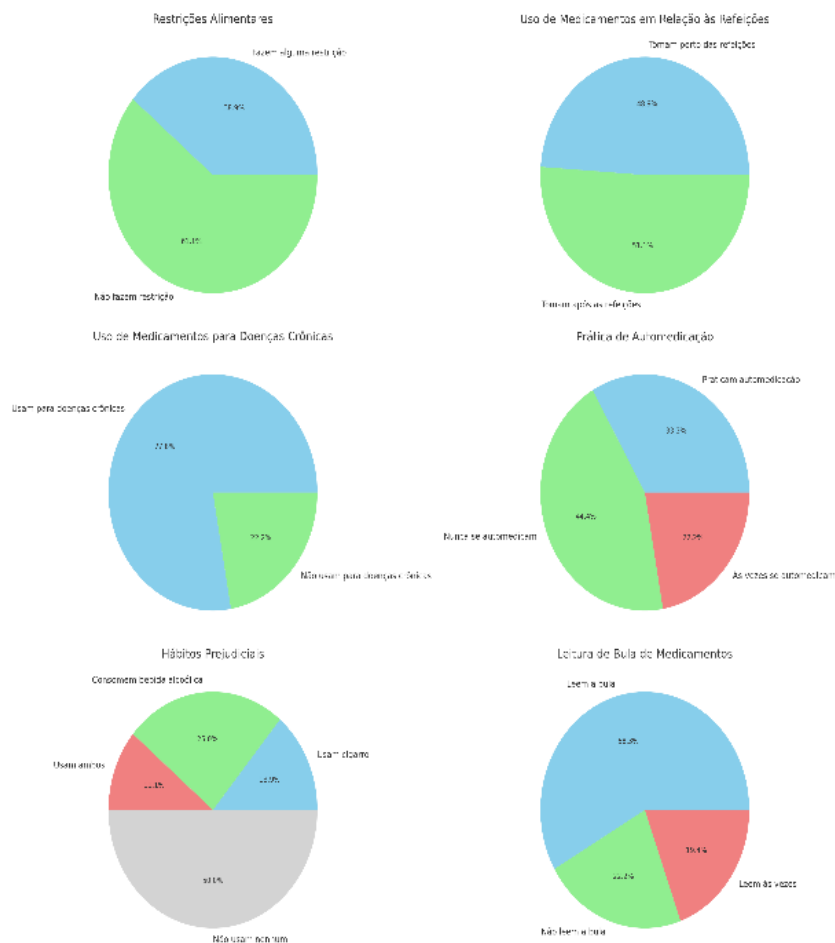


Tabela 4 - Questionário Uso racional de medicamentos na maturidade

| Categoria                                              | Resposta           | Porcentagem | Número de Pessoas |
|--------------------------------------------------------|--------------------|-------------|-------------------|
| Idade                                                  | Entre 46 e 70 anos | 0,58        | 21                |
|                                                        | Entre 71 e 80 anos | 0,25        | 9                 |
|                                                        | Acima de 80 anos   | 0,17        | 6                 |
| Sexo                                                   | Masculino          | 0,44        | 16                |
|                                                        | Feminino           | 0,56        | 20                |
| Uso de Medicamento                                     | Sim                | 0,86        | 31                |
|                                                        | Não                | 0,14        | 5                 |
| Consciência sobre Interação Alimento-Medicamento       | Sim                | 0,67        | 24                |
|                                                        | Não                | 0,33        | 12                |
| Interrupção de Medicamento Após Alimentação            | Sim                | 0,28        | 10                |
|                                                        | Não                | 0,72        | 26                |
| Uso Correto dos Medicamentos                           | Sim                | 0,75        | 27                |
|                                                        | Não                | 0,08        | 3                 |
|                                                        | Às vezes           | 0,17        | 6                 |
| Restrição alimentar que Influencia Uso de Medicamentos | Sim                | 0,39        | 14                |
|                                                        | Não                | 0,61        | 22                |
| Uso de Medicamentos Perto das Refeições                | Sim                | 0,61        | 22                |
|                                                        | Não                | 0,39        | 14                |
| Uso de Medicamentos Após as Refeições                  | Sim                | 0,64        | 23                |
|                                                        | Não                | 0,36        | 13                |
| Uso de Medicamentos para Doenças Crônicas              | Sim                | 0,78        | 28                |
|                                                        | Não                | 0,22        | 8                 |
| Hábito de Automedicação                                | Sim                | 0,33        | 12                |
|                                                        | Não                | 0,44        | 16                |
|                                                        | Às vezes           | 0,23        | 8                 |
| Uso de Substâncias Nocivas                             | Cigarro            | 0,14        | 5                 |
|                                                        | Bebida alcoólica   | 0,25        | 9                 |
|                                                        | Ambos              | 0,11        | 4                 |
|                                                        | Nenhum             | 0,5         | 18                |
| Leitura de Bulas de Medicamentos                       | Sim                | 0,58        | 21                |
|                                                        | Não                | 0,22        | 8                 |
|                                                        | Às vezes           | 0,2         | 7                 |

Os resultados tabulados mostraram um panorama detalhado dos hábitos alimentares e de saúde de um grupo específico. Entre os principais pontos observados, destaca-se a diversidade no uso de gorduras e óleos para cozinhar, com prevalência de óleo de soja, milho ou outros (36%), seguido por manteiga (19%) e azeite de oliva (14%).

A margarina e a ausência total de óleos ou gorduras são menos comuns, com 14% e 8%, respectivamente.

Quanto ao consumo de carnes, a maioria (64%) sempre inclui carne de boi, vaca ou porco em suas dietas, enquanto o consumo de frango ou peixe é ainda mais frequente, com 70% consumindo regularmente. Esses dados indicam uma preferência por proteínas animais no grupo.

A ingestão de hortaliças e frutas mostra uma variação significativa. Enquanto 23% consomem hortaliças mais de cinco vezes por semana, 11% não consomem frutas diariamente. A adesão a uma dieta rica em vegetais e frutas é variada, refletindo diferentes níveis de adoção de hábitos alimentares recomendados para uma saúde ótima.

O uso de suplementos vitamínicos é limitado, com 33% do grupo adotando essa prática. Isto sugere uma confiança maior na obtenção de nutrientes através da dieta regular, embora a qualidade dessa dieta possa variar. A frequência de exercícios físicos é notavelmente alta, com 50% do grupo se exercitando regularmente, o que é positivo para a saúde geral.

Os encontros ministrados enfocaram a educação alimentar e nutricional, destacando a importância de uma alimentação balanceada e consciente. As discussões abrangeram a necessidade de evitar alimentos ultraprocessados, o valor dos alimentos *in natura*, e a influência da alimentação no uso eficaz de medicamentos. O mestrando também destacou a interação entre alimentos e medicamentos, um aspecto crítico para a saúde, especialmente para indivíduos que fazem uso contínuo de medicação para doenças crônicas.

O grupo estudado mostra uma combinação de hábitos saudáveis e áreas que necessitam de melhoria. As intervenções educacionais, focadas na melhoria da qualidade da dieta e no entendimento da interação entre dieta e saúde, são vitais para promover mudanças positivas nos hábitos alimentares e na gestão da saúde.

Este tipo de estudo realizado contribuiu significativamente para a compreensão do autocuidado relacionado à alimentação, destacando as diversas possibilidades de intervenção.

Através da análise detalhada dos hábitos alimentares e das práticas de autocuidado dos participantes, foi possível identificar áreas críticas que necessitam de atenção e propor estratégias eficazes para promover uma alimentação mais saudável e equilibrada. Além disso, o estudo permitiu explorar abordagens inovadoras para incentivar mudanças

positivas nos comportamentos alimentares, reforçando a importância de uma nutrição adequada para a manutenção da saúde e do bem-estar geral.

## **7. DISCUSSÃO**

A discussão dos resultados do estudo revela percepções importantes sobre os padrões alimentares e de saúde do grupo analisado, destacando tanto práticas saudáveis quanto áreas que requerem intervenções para melhorar o bem-estar geral.

O uso diversificado de gorduras e óleos na culinária mostra uma tendência predominante para o óleo de soja, milho ou outros (36%), o que pode ser reflexo de uma preferência cultural ou da acessibilidade econômica desses óleos. A utilização de manteiga (19%) e azeite de oliva (14%) reflete uma inclinação para gorduras consideradas mais saudáveis, embora ainda haja 8% do grupo que não utiliza nenhum tipo de óleo ou gordura, o que pode indicar uma prática dietética restritiva ou a falta de conhecimento sobre a importância das gorduras na dieta.

A alta frequência no consumo de carnes (64% para carnes de boi, vaca ou porco; 70% para frango ou peixe) sugere uma dieta rica em proteínas animais, o que pode ser benéfico para a saúde se as carnes forem magras e preparadas de maneira saudável. Contudo, o consumo elevado de carnes vermelhas e processadas pode estar associado a riscos de saúde, como doenças cardiovasculares e certos tipos de câncer, indicando a necessidade de promover alternativas mais saudáveis, como proteínas vegetais ou peixes ricos em ômega-3.

Embora uma porção significativa do grupo consuma hortaliças e frutas regularmente, a existência de 11% que não consomem frutas diariamente e 8% que não consomem hortaliças é preocupante. Este dado sugere uma oportunidade para intensificar a educação nutricional focada nos benefícios de uma dieta rica em frutas e vegetais, que são essenciais para a prevenção de doenças crônicas e para a manutenção da saúde geral.

O uso limitado de suplementos vitamínicos pode indicar uma confiança na dieta como fonte principal de nutrientes. No entanto, a verificação da adequação nutricional da dieta se faz necessária para confirmar se as necessidades vitamínicas estão sendo atendidas. Por outro lado, a alta taxa de regularidade no exercício físico (50%) é um indicativo positivo de um estilo de vida ativo, contribuindo para a saúde cardiovascular e o bem-estar mental.

Os encontros ministrados ofereceram uma oportunidade valiosa para abordar a importância de escolhas alimentares conscientes e informadas, especialmente no que tange à interação entre alimentação e medicação. A conscientização sobre como certos alimentos podem afetar a eficácia dos medicamentos é crucial, principalmente para indivíduos que consomem remédios regularmente devido a condições crônicas.

Os resultados do estudo ressaltam a necessidade de estratégias de intervenção nutricional personalizadas que considerem as preferências culturais, acesso econômico e necessidades de saúde específicas do grupo. Promover uma dieta equilibrada, rica em vegetais, frutas e proteínas saudáveis, e educar sobre a interação positiva entre dieta e saúde podem ajudar a mitigar riscos de doenças e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos envolvidos.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho explorou o impacto do envelhecimento populacional no Brasil, com ênfase particular na educação em saúde nutricional e autocuidado entre os idosos da Universidade da Maturidade de Porto Nacional – TO. A análise dos dados coletados revela aspectos significativos sobre os padrões alimentares, uso de medicamentos e práticas de saúde desse grupo demográfico, fornecendo percepções valiosas para a formulação de **políticas públicas e estratégias educacionais**.

A educação em saúde nutricional provou ser uma ferramenta eficaz para promover o autocuidado entre os idosos, destacando a importância de uma dieta equilibrada e conscientização sobre a interação entre alimentos e medicamentos. Os encontros teóricos e práticas oferecidas proporcionaram uma plataforma para o engajamento ativo dos idosos em sua saúde, permitindo-lhes fazer escolhas mais informadas e saudáveis, o que é crucial para manter a autonomia e independência alimentar, essenciais para a qualidade de vida na terceira idade.

Os desafios associados ao envelhecimento populacional incluem o aumento das doenças crônicas e a demanda por serviços de saúde mais complexos, que requerem atenção contínua. No entanto, o estudo também destaca as oportunidades que surgem com um segmento populacional mais velho, como o potencial para impulsionar setores econômicos ligados à saúde, turismo e lazer.

Para atender efetivamente às necessidades dos idosos, é fundamental que as políticas públicas sejam adaptadas para apoiar a educação em saúde e promover um

envelhecimento saudável. Isso inclui investimento em programas de educação nutricional, facilitação do acesso a serviços de saúde adequados e criação de ambientes que suportem o bem-estar físico e mental dos idosos.

**Este estudo contribui para um entendimento mais profundo de como as intervenções educacionais podem impactar positivamente a gestão da saúde e do autocuidado entre os idosos.** As percepções obtidas podem servir de base para futuras pesquisas e ações em saúde pública, com o objetivo de otimizar as estratégias de engajamento e educação dessa população.

Em conclusão, o envelhecimento da população brasileira apresenta tanto desafios quanto oportunidades. As intervenções focadas na educação em saúde nutricional são essenciais para equipar os idosos com as habilidades necessárias para gerenciar sua saúde de forma proativa. O método usado, por meio de encontros, se mostrou útil, proporcionando a melhor aplicação das intervenções.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDER, G.E.; RYAN, L.; BOWERS, D.; FOSTER, T.C.; BIZON, J.L.; GELDMACHER, D.S.; GLISKY, E.L. **Characterizing cognitive aging in humans with links to animal models**. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 2012.
- BARBOSA, E. F.; MOURA, D. G. **Escuta ativa de aprendizagem na Educação Profissional e Tecnológica**. B. Tec. Senac, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 48-67, maio/ago. 2013.
- BRASIL. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- CARDOSO, D.H.; MUNIZ, R.M.; SCHWARTZ, E.; ARRIEIRA, I.C.O. **Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional**. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 22, n. 4, p. 1134-1141, 2013.
- CARVALHO, C. P.; PINHEIRO, M. R. M.; GOUVEIA, J. A. **Questionário de Atitudes e Crenças sobre Sexualidade e Educação Sexual (QACSES) para adolescentes: estudos de validação psicométrica**. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, v. 7, p. 1-2, 2016.
- CARVALHO, J. A. M. **Regional trends in fertility and mortality in Brazil**. *Population Studies*, v. 28, p. 401-421, 2003.
- CESARI, M.; LEEUWENBURGH, C.; LAURETANI, F.; ONDER, G.; BANDINELLI, S.; MARALDI, C.; et al. **Frailty syndrome and skeletal muscle: results from the Invecchiare in Chianti study**. *Clinical Geriatric Medicine*, v. 29, p. 737-752, 2013. *Am J Clin Nutr*, v. 83, n. 5, p. 1142-1148, 2017.
- DIAS, F. C. F. **Análise do impacto da educação em saúde no engajamento dos idosos sobre o autocuidado durante a pandemia de Covid-19**. 2020. Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins, Campus Universitário de Palmas, Curso de Pós-Graduação em Ensino Ciências e Saúde, Palmas - TO, 2020.
- DYKIERT, D.; DER, G.; STARR, J.M.; DEARY, I.J. **Age differences in intra-individual variability in simple and choice reaction time: systematic review and meta-analysis**. *Enfermagem*, v. 16, n. 4, p. 661-666, 2011.
- GALVÃO, M. T. R. L. S.; JANEIRO, J. M. S. **O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados**. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 17, n. 1, p. 225-230, 2013. *Gerontologia*, v. 16, n. 5, p. 09-32, 2013.
- HARADA, C.N.; LOVE, M.C.N.; TRIEBEL, K. **Normal cognitive aging**. *Nations*, 2013.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2021.
- KANE, G. C.; PALMER, D.; PHILLIPS, A. N.; KIRON, D.; BUCKLEY, N. **Strategy, not technology, drives digital transformation**. MIT Sloan Management Review and Deloitte University Press, 2015.

- LEVIN, O.; FUJIYAMA, H.; BOISGONTIER, M.P.; SWINNEN, S.P.; SUMMERS, J.J. **Aging and motor inhibition: a converging perspective provided by brain stimulation and imaging approaches.** Neuroscience & Biobehavioral Reviews, v. 43, p. 100-117, 2014.
- MARQUES, M. B.; et al. **Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, n. 2, p. 415-420, 2019.
- MARUCCI, M.F.; ALVES, R.P.; GOMES, M.M. **Nutrição em gerontologia.** In: SILVA, S.M.; MURA, J.D. Tratado de alimentação, nutrição & dietoterapia. 2. ed. São Paulo: Roca, 2013. p. 461-488.
- MATTSON, M.P.; ARUMUGAM, T.V. **Hallmarks of brain aging: adaptive and pathological modification by metabolic states.** Cell Metabolism, v. 27, p. 1176, 2018.
- MORAES, E. N.; MARIANO, M. C. A.; SANTOS, R. R. **Principais síndromes geriátricas.**
- OMS/INPEA. Missing Voices: Views of Older Persons on Elder Abuse. OMS/NMH/NPH/02.2 Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2021.
- PEDRO, W. J. A. **Reflexões sobre a promoção do Envelhecimento Ativo.** Revista Kairós.
- RAMOS, N. **Educar para a interculturalidade e cidadania: princípios e desafios. Educação e Formação de Adultos.** Políticas, Práticas e Investigação, p. 189-200, 2011.
- SÁ, S. P. C.; et al. **Uma proposta de mensuração do autocuidado em idosos.** Cogitare Enfermagem, v. 16, n. 4, p. 661-666, 2011.
- SANTOS, A. A. A. **Delineamento quase experimental.** In: BAPTISTA, M. N.; DINAEL, D. C. Metodologias de pesquisa em ciências: análises quantitativa e qualitativa. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2018.
- SEABRA, A.G.; CAPOVILLA, F.C. **Prova de consciência fonológica por produção oral.** In: SEABRA, A.G.; DIAS, N.M. (org). Avaliação neuropsicológica cognitiva: linguagem oral. São Paulo: Memnon, 2019. p. 117-122.
- YOSHIZAWA, K.; LIENHARD, C. Cormopsocidae: a new family of the suborder Trogiomorpha (Insecta: Psocodea) from Burmese amber, 2021.

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE ESTUDANTE DA UMA/UFT**

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa **UMA ANÁLISE DO IMPACTO DA EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO AUTOCUIDADO DA PESSOA IDOSA DA UNIVERSIDADE DA MATURIDADE DE PORTO NACIONAL - TOCANTINS**, sob a responsabilidade do pesquisador Raimundo Célio Pedreira. O projeto visa analisar o impacto da educação em saúde no âmbito alimentar e nutricional no engajamento do autocuidado dos idosos da Universidade da Maturidade de Porto Nacional – TO. O objetivo desta pesquisa é descrever o perfil socioeconômico dos acadêmicos da UMA/UFT do Polo de Porto Nacional. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A sua participação se dará por meio de questionário semiestruturado e foram realizados de forma presencial na sede da Universidade da Maturidade em Porto Nacional - TO, com um tempo estimado de 10 minutos. Os riscos que podem ser apresentados são: cansaço, aborrecimento ao responder questionários, podendo apresentar também constrangimento, exposição, inibição, medo, vergonha, receio de revelar informações, retaliação, sentimento de invasão de privacidade, recordações negativas e estigmatização. Para minimizar a exposição aos riscos, as perguntas foram realizadas individualmente, em local apropriado sem a presença de outras pessoas, e foi assegurado a todo momento o sigilo das informações prestadas. Se você aceitar participar, estará contribuindo para o desenvolvimento de conhecimento acadêmico no que tange a questão educativa e social do Envelhecimento Humano no Brasil, na região Norte, em especial no Estado do Tocantins, na cidade de Araguaína. O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação, que foi voluntária. Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Raimundo Célio Pedreira, na Universidade da Maturidade - UMA/UFT no telefone (63) 9-8403-5828, disponível inclusive para ligação a cobrar, e no e-mail [celiopedreira@uft.edu.br](mailto:celiopedreira@uft.edu.br).

As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (63) 3229-4023 ou do e-mail cep\_uft@uft.edu.br, horário de atendimento: segundas e terças-feiras, das 14h às 17h e quartas e quintas-feiras, das 9h às 12h. O CEP/UFT se localiza na Universidade Federal do Tocantins - UFT, Prédio do Almoxarifado, Câmpus de Palmas. Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

---

Entrevistado

**APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO PARA APLICAÇÃO COM OS ACADÊMICOS DA UNIVERSIDADE DA MATURIDADE DO POLO DE PORTO NACIONAL – TO**

Nome:

Telefone:      Cidade:      Polo da UMA:

Sexo ( ) F ( ) M

Raça: ( ) Branco ( ) Pardo ( ) Preto ( ) Amarelo ( ) Indígena ( ) Outra. Qual?

Estado Civil: ( ) Solteiro (a) ( ) Casado (a) Divorciado/separado ( ) Viúvo ( )

Qual sua faixa etária? ( ) Até 24 anos ( ) de 25 a 34 anos ( ) de 35 a 44 anos ( ) de 45 a 54 anos ( ) 55 ou mais

Tem trabalho remunerado? ( ) Sim ( ) Não

Qual é a sua faixa de rendimento mensal? ( ) menor que um salário mínimo ( ) de um a dois salários mínimos ( ) de três a quatro salários mínimos ( ) mais de cinco salários mínimos

Quantos filhos você tem? ( ) Nenhum ( ) 1 ( ) 2 a 3 ( ) 4 ou mais

Quantas pessoas moram com você? ( ) Moro sozinho (a) ( ) 1 ( ) 2 ( ) acima de 3

Qual a sua escolaridade? ( ) Fundamental ( ) Médio ( ) Superior ( ) Pós-graduação

Possui alguma horta na sua residência? ( ) Sim ( ) Não

Possui alguma enfermidade? ( ) Obesidade ( ) Diabetes Mellitus ( ) Hipertensão Arterial Sistêmica ( ) Anemia ( ) Outros

**ANÁLISE DO PERFIL ALIMENTAR E DO CONSUMO NUTRICIONAL**

Quantas refeições você faz por dia?

Possui restrições alimentares? ( ) Não ( ) Sim Quais?

Que tipo de óleo/gordura você costuma usar no cozimento/preparo de refeições?

|                               |               |
|-------------------------------|---------------|
| ( ) Não usa                   | ( ) Margarina |
| ( ) Óleo de soja/milho/outros | ( ) Manteiga  |
| ( ) Bacon                     | ( ) Banha     |

|                                          |                                               |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Azeite de oliva | <input type="checkbox"/> Não sabe/não cozinha |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------|

Obs: Caso use mais de um, favor marcar mais de uma opção.

Quantas latas de óleo você consome por mês?

Você come carne de boi/vaca ou de porco?

☐ Nunca/raramente ☐ Algumas vezes ☐ Sempre

Você come carne de frango ou peixe?

☐ Nunca/raramente ☐ Algumas vezes ☐ Sempre

Quantas vezes na semana consomem hortaliça ☐ Nenhuma ☐ 1 a 2x ☐ 3 a 4x ☐ mais de 5x

Número de ingestão diária de frutas

☐ Nenhuma ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ mais de 3

Você usa suplemento vitamínico?

☐ Não ☐ Sim Qual?\_Quantas vezes ao dia? ou semana

Costuma se exercitar?

☐ Nunca/raramente ☐ Algumas vezes ☐ Sempre

**APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL**  
**IDENTIFICAÇÃO**

Nome Completo:

Sexo: ( ) M ( ) F

Idade: ( ) 10-19 ( ) 20-29 ( ) 30-39 ( ) 40-49 ( ) 50-59 ( ) Acima de 60

**QUESTIONÁRIO PESSOAL**

Qual a sua orientação alimentar? ( ) Onívoro ( ) Vegetariano ( ) Ovolacto ( )

Macrobiótica ( ) Outros \_\_\_\_\_

Possui restrições alimentares? ( ) Não ( ) Sim Quais? \_\_\_\_\_

Possui alguma enfermidade? ( ) Obesidade ( ) Diabetes Mellitus ( ) Hipertensão Arterial  
Sistêmica ( ) Anemia ( ) Outros \_\_\_\_\_

Renda (R\$): \_\_\_\_\_

**QUESTIONÁRIO RELAÇÃO DE CONSUMO**

Número de ingestão diária de frutas: ( ) Nenhuma ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) Mais de 3

Quais são as frutas usualmente consumidas? ( ) Acerola ( ) Abacaxi ( ) Abacate ( )

Ameixa ( ) Banana ( ) Caju ( ) Caqui ( ) Jaca ( ) Laranja ( ) Lima ( )

Limão ( ) Maçã ( ) Mamão ( ) Manga ( ) Maracujá ( ) Melão ( ) Morango ( ) Pera ( )

Pêssego ( ) Tangerina ( ) Umu ( ) Uva ( ) Outras:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Com que frequência você ingere frutas? ( ) Naturalmente ( ) Sucos ( ) Vitaminas ( )

Artificialmente ( ) Outras: \_\_\_\_\_

Qual o local de compra? ( ) Feira ( ) Supermercado ( ) Outro local: \_\_\_\_\_

Em quais refeições você ingere essas frutas? ( ) Café da manhã ( ) Lanche da manhã

( ) Almoço ( ) Lanche da tarde ( ) Jantar

Onde você costuma realizar o consumo de frutas durante o dia?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Você consome alimentos orgânicos com que frequência? ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Raramente ☐ Nunca

### **QUESTIONÁRIO-RELAÇÃO DE CONSUMO**

Número de refeições semanais realizadas na universidade:

☐ Nenhuma ☐ 1 a 2x ☐ 3 a 4x ☐ Mais de 5 refeições.

Quantas vezes na semana consomem hortaliças: ☐

Nenhuma ☐ 1 a 2x ☐ 3 a 4x ☐ Mais de 5x.

Qual a forma de consumo das hortaliças?

☐ Cru ☐ Cozido ☐ Ambos

Motivo (os) para o consumo de hortaliças:

☐ Sabor ☐ Valor nutritivo ☐ Estética ☐ Outro: \_\_\_\_\_

Dificuldade para o consumo:

☐ Preço ☐ Sabor ☐ Acesso ☐ Outro: \_\_\_\_\_

Considera importante o consumo de hortaliças?

☐ Sim ☐ Não

Acredita que seu consumo de hortaliças é:

☐ Baixo ☐ Adequado ☐ Elevado ☐ Não sabe responder

Qual (is) hortaliça mais consome?

---

---

### **OBSERVAÇÕES:**

---

---

## **APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO SOBRE INTERVENÇÕES PARA A SAÚDE NUTRICIONAL E AUTOCUIDADO**

**Qual é a importância de uma alimentação saudável para pessoas idosas?**

- a) Não é importante
- b) Importante apenas para manter o peso
- c) Importante para manter a saúde e o bem-estar
- d) Importante para a saúde física, mas não para a saúde mental

**O que é autocuidado na alimentação?**

- a) Ignorar a alimentação
- b) Comer somente alimentos processados
- c) Escolher alimentos conscientemente para cuidar da saúde
- d) Deixar que outras pessoas decidam o que você come

**Qual é o benefício de manter-se hidratado na terceira idade?**

- a) Aumento da pressão arterial
- b) Maior risco de osteoporose
- c) Melhor função cognitiva e renal
- d) Nenhum benefício

**Quais são os principais grupos de alimentos recomendados para uma dieta equilibrada para a pessoa idosa?**

- a) Alimentos doces e salgados
- b) Proteínas e gorduras saturadas
- c) Frutas, vegetais, grãos integrais e proteínas magras
- d) Fast-food e alimentos processados

**O que pode ser considerado uma prática de autocuidado específica para idosos?**

- a) Assistir TV o dia todo

- b) Exercícios regulares, como caminhadas, academia entre outros
- c) Ignorar exames médicos
- d) Comer fast food, balas, doces e guloseimas frequentemente

**Como pequenas mudanças nas escolhas alimentares e nos hábitos de autocuidado podem afetar a qualidade de vida na terceira idade?**

- a) Não fazem diferença
- b) Podem melhorar a qualidade de vida
- c) Podem piorar a qualidade de vida
- d) São irrelevantes para a qualidade de vida

**O que é necessário para alcançar um estilo de vida saudável na terceira idade?**

- a) Não é possível
- b) Apenas sorte
- c) Autocuidado, alimentação saudável e práticas de bem-estar
- d) Ignorar a saúde

**Qual é a importância de aprender sobre intervenções para a saúde nutricional e autocuidado na terceira idade?**

- a) Não é importante
- b) Ajuda a melhorar a qualidade de vida
- c) Não tem impacto na saúde
- d) É apenas para pessoas mais jovens

## **APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO SOBRE O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NA MATURIDADE**

Qual a sua idade?

( ) Entre 30 e 45 anos ( ) Entre 46 e 70 anos ( ) Entre 71 e 80 anos ( ) Acima de 80 anos

Sexo ( ) Masculino ( ) Feminino

Você faz uso de algum medicamento?

( ) Sim ( ) Não

Você está ciente de que alguns alimentos podem interagir com os medicamentos que você toma?

( ) Sim ( ) Não

Já deixou de tomar o medicamento prescrito por ter ocorrido algum efeito após se alimentar?

( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, o que você tinha consumido antes de sentir o (s) efeito (s)? Você faz o uso correto dos medicamentos? Respeita o tratamento prescrito?

( ) Sim ( ) Não ( ) Às vezes

Você faz alguma restrição alimentar (por exemplo, vegetarianismo, dieta sem glúten etc.)?

Como isso influencia a forma como você toma seus medicamentos?

( ) Sim ( ) Não

Faz uso de medicamentos perto das refeições?

( ) Sim ( ) Não

Faz uso de medicamentos após as refeições?

( ) Sim Não

Você faz uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas (diabetes, hipertensão etc.)?

( ) Sim. Qual?

( ) Não

## **APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO - TESTE PARA SABER SE SUA ALIMENTAÇÃO É SAUDÁVEL**

1 – Como é o seu café da manhã normalmente?

- (A) Com ovos e salsicha
- (B) Um bolinho e um copo de suco de laranja
- (C) Uma tigela de cereais e frutas

2 – Quantas vezes por semana você consome carne, frango ou peixe?

- (A) Sempre incluo uma grande porção de carne vermelha ou processada nas refeições
- (B) Tenho uma porção média de carne vermelha ou processada, 5 vezes ou mais por semana
- (C) Não consumo carne, mas substituo por outra fonte de proteína vegetal. Geralmente preenchido 2/3 ou mais do meu prato com comidas naturais e 1/3 ou menos com carne vermelha ou processada

3 – Quantos tipos diferentes de frutas, oleaginosas, grãos integrais e vegetais você consumiu na última semana?

- (A) Menos de 10
- (B) Entre 10 e 20
- (C) Mais de 20

4 – Você come com que frequência em *fast foods* ou fora de casa?

- (A) Quase todo dia
- (B) Uma vez por semana
- (C) Algumas vezes por mês ou nunca

5 – Quantas vezes/porções por dia você consome vegetais?

- (A) Uma ou nenhuma
- (B) Duas a quatro
- (C) Cinco ou mais