

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

LUANA SANTOS OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ACOMETIDOS POR
DIABETES MELLITUS**

PICOS
2013

LUANA SANTOS OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ACOMETIDOS POR
DIABETES MELLITUS**

Trabalho de Conclusão de Curso
submetido ao curso Bacharelado em
Enfermagem, da Universidade Federal
do Piauí/CSHNB como requisito final
para a obtenção do Grau Bacharel em
Enfermagem. Orientadora: Prof^ª. Ms.
Marília Braga Marques

PICOS

2013

Eu, **Luana Santos Oliveira**, abaixo identificado(a) como autor(a), autorizo a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação abaixo discriminada, de minha autoria, em seu site, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, a partir da data de hoje.

Picos-PI 22 de julho de 2014.


Assinatura

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

O48a Oliveira, Luana Santos.
Avaliação de qualidade de vida de idosos acometidos por diabetes mellitus / Luana Santos Oliveira. – 2013.
CD-ROM : il. ; 4 ¾ pol. (71 p.)
Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2013.

Orientador(A): Profa.MSc. Marília Braga Marques

1.Qualidade de Vida. 2. Diabetes Mellitus. 3. Idosos.
I.Título.

CDD 616.462 07 2

LUANA SANTOS OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ACOMETIDOS POR
DIABETES MELLITUS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Enfermagem, do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Data da aprovação 16 / 04 / 2013

BANCA EXAMINADORA:

Marília Braga Marques

Prof^ª. Ms. Marília Braga Marques

Universidade Federal do Piauí/Campus Sen. Helvídio Nunes de Barros

Presidente da Banca

Gilvan Ferreira Felipe

Prof^ª/Ms Gilvan Ferreira Felipe

Universidade Federal do Piauí/Campus Sen. Helvídio Nunes de Barros

1º Examinador(a)

Ana Karla Sousa de Oliveira

Prof^ª. Ms. Ana Karla Sousa de Oliveira

Universidade Federal do Piauí/Campus Sen. Helvídio Nunes de Barros

2º Examinador(a)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Maria do Rosário e Olímpio Oliveira, pelos ensinamentos que me conduziram ao caminho certo, além de serem meus maiores exemplos de caráter e dedicação.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela presença constante em minha vida, por proporcionar-me sonhos e capacitar-me a realizá-los. Agradeço a ti pelo que sou e pelo que virei a ser.

Aos meus pais pelo amor incondicional, por sempre renunciarem seus sonhos em favor dos meus pela dedicação e confiança, por sempre acreditarem em mim, sem vocês essa vitória não seria possível.

Aos meus irmãos Ana Raquel, Poliana e Junior pelo companheirismo, pela amizade, e pela torcida.

A minha orientadora Ms. Marília Braga Marques que sempre esteve disponível para contribuir com o meu crescimento enquanto acadêmica, por dedicar parte do seu tempo a me orientar repassando seus conhecimentos sempre com muita sabedoria e competência me estimulando e acreditando que tudo daria certo. Obrigada pelos ensinamentos, pelo carinho e pela paciência. Você foi fundamental para o alcance dessa conquista.

A todos os mestres do saber, que foram o alicerce para minha formação como profissional e como ser humano.

Aos amigos e colegas de sala com quem dividi os melhores momentos da minha vida, em especial Emannuela, Letícia, Iane, Thalita, Evânia, Juliana e Helder, o destino nos separa, porque precisamos ir em busca de novas e maiores conquistas, jamais esquecerei vocês, tantos momentos, lembranças e brincadeiras compartilhadas ficarão sempre guardados.

A todos que contribuíram direto ou indiretamente para a realização deste trabalho meu muito obrigada.

“A mente que se abre a uma nova idéia
jamais voltará ao seu tamanho original.”

(Albert Einstein).

RESUMO

O envelhecimento é um processo natural da vida que acarreta mudanças nos aspectos físico, mental e social do indivíduo, é uma realidade tanto dos países desenvolvidos, quanto daqueles em desenvolvimento, estando conseqüentemente associado ao surgimento de doenças próprias desta faixa etária dentre elas está o diabetes mellitus. O objetivo, deste estudo foi avaliar a qualidade de vida de idosos acometidos por diabetes mellitus, assistidos na estratégia saúde da família. Trata-se de um estudo do tipo descritivo de corte transversal e abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no período de março de 2012 a abril de 2013 em uma Unidade da Estratégia Saúde da Família localizada no município de Picos- Piauí. A amostra foi composta por 29 idosos, acometidos por diabetes mellitus cadastrados na unidade de saúde. Os dados foram coletados no período de fevereiro a março de 2013, por meio de dois instrumentos, sendo um formulário, contendo dados sociodemográficos e clínicos de idosos, juntamente com um questionário de qualidade de vida para idosos. Para análise foram utilizados procedimentos de estatística descritiva (média e desvio padrão). Foram feitas análises estatísticas inferenciais foram calculados os intervalos de confiança de 95% (IC 95%) para os dados. Os dados foram digitados e organizados utilizando o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 17.0. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, obedecendo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Obteve número do CAAE: 05345212.80000.5214. Considerando que o envelhecer é um processo natural, e que está associado ao surgimento de doenças, enfocou-se conhecer o estilo de vida, e compreender como o Diabetes Mellitus repercute na qualidade de vida de idosos acometidos por essa doença.

Palavras Chave: Qualidade de vida. Diabetes Mellitus. Idoso.

ABSTRACT

Aging is a natural process of life that causes changes in the physical, mental and social conditions, is a reality both developed countries as those in development and therefore is associated with the emergence of diseases typical of this age group among them is diabetes mellitus. The aim of this study is to evaluate the quality of life of elderly patients with Diabetes Mellitus, Watched in the Family Health Strategy. This is a descriptive study and cross-sectional quantitative approach. The study was conducted from March 2012 to April 2013 in a unit of the Family Health located in the city of Picos, Piauí. The sample consisted of 29 elderly people, suffering from diabetes mellitus enrolled in the health unit, the location of the research. Data were collected from February to March 2013, through two instruments, with a form containing demographic and clinical data of elderly, along with a questionnaire quality of life for seniors. For analysis procedures were used descriptive statistics (mean and standard deviation). Inferential statistical analyzes were made which were calculated confidence intervals of 95% (95% CI) for the data. Data were entered and organized using the statistical program Statical Package for the Social Sciences (SPSS) version 17.0. The study was submitted to the Ethics Committee of the Universidade Federal do Piauí, following the resolution of the National Health Council 196/96. Obtained number CAAE: 05345212.80000.5214. Considering that aging is a natural process, and that is associated with the emergence of diseases is focused on knowing the lifestyle and understanding how diabetes mellitus affects the quality of life of elderly patients with this disease.

Keywords: Quality of life; Diabetes Mellitus; Elderly.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Tempo de diagnóstico do diabetes.....	26
Figura 2	Tipo de tratamento dos idosos.....	26
Figura 3	Seguimento da dieta alimentar dos idosos diabéticos.....	27
Figura 4	Adesão a prática de atividade física.....	27
Figura 5	Monitorização da glicemia.....	27
Figura 6	Sintomas do diabetes.....	27

LISTA DE QUADRO

Quadro 1	Fármacos para o tratamento da hiperglicemia no idoso diabético-Manual de Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa. Fonte: (BRASIL, 2006).....	37
-----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição dos participantes de acordo com as variáveis socioeconômicas.	25
Tabela 2 Distribuição das frequências e porcentagens de acordo com as questões 1 e 2.....	28
Tabela 3 Distribuição dos participantes de acordo com as variáveis qualidade de vida, domínio físico.....	29
Tabela 4 Distribuição dos participantes de acordo com as variáveis, qualidade de vida, domínio psicológico.....	31
Tabela 5 Distribuição dos participantes de acordo com as variáveis, qualidade de vida, domínio relações sociais.....	32
Tabela 6 Distribuição dos participantes de acordo com as variáveis, qualidade de vida, domínio meio ambiente.....	33

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CSHNB	Campos Senador Helvídio Nunes de Barros
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de vida
SSPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UFPI	Universidade Federal do Piauí
WHOQOL Bref	Questionário de qualidade de vida para idosos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Geral	15
2.2 Específicos	15
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1 Envelhecimento Populacional.....	16
3.2 Diabetes Mellitus em Idoso.....	17
3.3 Avaliação da Qualidade de Vida em Idosos.....	20
4 METODOLOGIA	21
4.1 Tipo de Estudo.....	21
4.2 Local e Período de Realização do Estudo.....	21
4.3 População e Amostra.....	22
4.4 Coleta de Dados.....	22
4.5 Análise de Dados	24
4.6 Aspectos Éticos.....	24
5 RESULTADOS.....	25
5.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo.....	25
5.2 Características clínicas dos idosos.....	26
5.3 Distribuição das frequências de acordo com as respostas do questionário.....	29
6 DISCUSSÃO.....	36
6.1 Caracterizações sociodemográficas e econômicas.....	36
6.2 Características clínicas dos idosos.....	37
6.3 Questionário de qualidade de vida para idosos.....	40
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS.....	49
APÊNDICES.....	56
ANEXOS.....	62

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural da vida que acarreta mudanças nos aspectos físico, mental e social do indivíduo. É uma realidade tanto dos países desenvolvidos, quanto daqueles em desenvolvimento, estando conseqüentemente associado ao surgimento de doenças próprias desta faixa etária dentre elas está o diabetes mellitus, interferindo diretamente na qualidade de vida no que diz respeito à saúde dos idosos.

O Diabetes Mellitus (DM) é definido como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina ou incapacidade da insulina exercer adequadamente suas ações, sendo caracterizado pela hiperglicemia crônica e alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. É um problema de saúde pública, o responsável pela elevação das taxas de mortalidade nesta faixa etária, correspondendo a 6,25 em 2008 e 6,47 em 2010. Os sintomas característicos são: polidipsia, poliúria, alterações da visão e perda de peso (MIRANZI *et al.*, 2008).

No Brasil, tem sido encontrada uma incidência desta doença, variando de 13,1% a 15,4% entre idosos. O DM pode comprometer a qualidade de vida de idosos com a doença, este fato pode ser decorrente de fatores psicológicos ou de outros como, educação, conhecimento sobre a doença, tipo de assistência, uso de insulina, idade, complicações, nível social entre outros aspectos (TAVARES; CORTEZ; DIAS, 2011).

É importante destacar que o DM influencia diretamente na qualidade de vida desses idosos, sendo uma doença altamente limitante, podendo causar cegueira, amputações, nefropatias, complicações cardiovasculares e encefálicas, entre outras, acarretando prejuízos à capacidade funcional, e autonomia, podendo esta relacionada, à baixo auto-estima decorrente das complicações crônicas, abrangendo uma série de aspectos como, o estado emocional, capacidade funcional, e interação social, fazendo com que esses idosos sintam-se excluídos do convívio social.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, definiu saúde como completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença. A expressão qualidade de vida (QV) passou a ser aplicada por médicos e pesquisadores interessados em avaliar o conhecimento dos pacientes sobre a doença e o seu respectivo tratamento, estando associadas à satisfação e bem-estar nos âmbitos físico, psíquico, socioeconômico e cultural (AGUIAR, *et al.*, 2008).

Entende-se por QV, a relação entre auto-estima e bem estar pessoal, sendo relacionada ao grau de participação, encontrada no âmbito familiar, social, ambiental e à própria estética existencial, estando ligada há uma série de elementos que a sociedade

considera como padrão de conforto e bem estar, variando com a época, os valores, os espaços e o estilo de vida (MIRANZI et al., 2008).

A QV dos idosos está diretamente relacionada às mudanças no estilo de vida em decorrência da modernização da sociedade hábitos alimentares precários, exagerado consumo de glicose associado em parte com o sedentarismo, podendo levar à ocorrência de doenças crônicas, entre elas o DM, ocasionando diminuição na qualidade de vida dos mesmos.

O tratamento do diabetes mellitus deve enfatizar a manutenção dos níveis glicêmicos em taxas consideradas normais e as ações preventivas, de forma a postergar as complicações. Assim, adaptando seu cotidiano, o idoso poderá manter vida saudável e digna. Ademais, o aumento da expectativa de vida deve estar acompanhado da QV, assim como da manutenção da inserção social e de boas condições de saúde, e se associado á realização da atividade física pode proporcionar inúmeros benefícios, dentre eles a redução da taxa metabólica, melhoria tanto do perfil glicêmico quanto lipídico, melhoria da força e da flexibilidade, além de melhorar a auto-estima (TAVARES; CÔRTEZ; DIAS, 2010).

Observar o indivíduo, em particular os idosos, dentro de um contexto familiar e social com suas limitações, rede de relações e crenças, é fundamental para a compreensão e o entendimento do processo saúde doença e dos determinantes da qualidade de vida (FLORIANDO; DALGALARRONDO, 2007).

A Enfermagem tem um importante papel nesse processo, o de reintegrar e orientar esse idoso tanto no convívio social, quanto no âmbito familiar buscando atender suas necessidades com uma abordagem planejada e individualizada de forma clara, a fim de melhorar as condições de vida e saúde desta população.

Considerando que o envelhecer é um processo natural, e que está associado ao surgimento de doenças, enfocou-se conhecer o estilo de vida, e compreender como o DM repercute na QV de idosos acometidos por essa doença, compreendendo como os mesmos lidam com as diferentes formas de complicações, e qual o impacto da mesma sobre sua vida.

A relevância deste estudo consiste em apresentar um novo olhar, acerca do tema exposto, qualidade de vida em idosos portadores de DM, com a finalidade de ampliar o conhecimento sobre esta temática e compreender como esses idosos lidam com as limitações decorrentes da doença, abordando-se como as modificações na QV influenciam na redução das complicações decorrentes da doença e que com há adaptação do seu cotidiano o idoso poderá manter uma vida mais saudável.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Avaliar a qualidade de vida de idosos acometidos por diabetes mellitus, assistidos na Estratégia Saúde da Família.

2.2 ESPECÍFICOS

- Conhecer o estilo de vida de idosos acometidos pelo Diabetes Mellitus.
- Verificar a relação do tempo de diagnóstico com a qualidade de vida do idoso.
- Analisar o conhecimento dos idosos portadores de diabetes acerca do tratamento e controle da doença.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Envelhecimento Populacional

O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Assim, qualquer política destinada aos idosos deve levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado, de auto-satisfação. Também deve abrir campo para a possibilidade de atuação em variados contextos sociais e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada é incentivar, fundamentalmente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde (VERAS, 2009).

Segundo a lei nº10. 741, de 1º de outubro de 2003 considera idoso a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) considera a pessoa idosa nos países desenvolvidos, ao completar 65 anos de idade, e nos países em desenvolvimento, aos 60 anos.

Com o avançar da idade o organismo vai sofrendo mudanças, perdas gradativas, no que diz respeito á saúde, o que ocasiona o aparecimento de diversas doenças, principalmente as crônicas não transmissíveis, dentre elas está o DM, que sem o devido controle podem comprometer a autonomia e a independência dos idosos, acarretado danos na qualidade de vida.

O envelhecimento populacional é hoje um fenômeno universal, característico tanto dos países desenvolvidos, em que o mesmo deu-se associado às melhorias nas condições gerais de vida, como dos países em desenvolvimento em que esse processo se deu de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes. Trata--se de um fenômeno complexo e heterogêneo que interfere diretamente na qualidade de vida (BRAGA, 2011).

O processo natural de envelhecimento das células dos diversos tecidos do corpo humano não implica, necessariamente, em incapacidade de trabalhar, raciocinar e realizar atividade física. Mas isso requer um preparo da sociedade para permitir esta participação ativa. Envelhecer significa compartilhar experiências sociais e culturais, não precisa ser uma forma de punição ou discriminação social, tanto a melhoria dos aspectos socioeconômicos quanto os avanços na área da saúde permitiram aos brasileiros um aumento da expectativa de vida, mais existem indicadores que podem interferem na qualidade de vida desta população

positiva ou negativamente, como o nível de escolaridade, e o surgimento de doenças crônicas dentre elas o DM que é uma doença muito comum nesta faixa etária. (DRUMOND, 2011).

A população idosa, segmento que mais vem crescendo em todo o mundo, é mais vulnerável ao surgimento de doenças, uma vez que à proporção que a expectativa de vida aumenta há o aumento dos fatores de risco, associados às doenças crônicas, os quais levam essa população a perderem gradativamente a sua independência no que diz respeito ao autocuidado e a realização das atividades necessárias a vida ocasionando diminuição na qualidade de vida dessa faixa etária.

Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) - estados permanentes ou de longa permanência - que requerem acompanhamento constante, pois em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, freqüentemente, estão associadas (comorbidades). Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos (BRASIL, 2006).

No contexto do envelhecimento populacional brasileiro, associado ao aumento da expectativa de vida, configura-se o quadro de transição epidemiológica, expresso pela diminuição de doenças transmissíveis e consequente incremento das crônicas não transmissíveis. Entre as doenças crônicas não transmissíveis, o DM aparece como importante causa de morbimortalidade, principalmente entre os idosos. (RIBEIRO; ROCHA; POMPIM, 2010).

Considerando que com o envelhecimento o organismo passa por mudanças, verifica-se que com o aumento da longevidade este grupo etário está mais susceptível ao surgimento de enfermidades crônicas não transmissíveis que se justifica pelo avançar da idade, sendo que há uma maior prevalência, principalmente do DM, causando perdas significativas na qualidade de vida principalmente dos idosos.

3.2 Diabetes Mellitus em idosos

O DM é uma enfermidade crônica, que atinge todas as faixas etárias, mais tem se verificado que com o aumento da expectativa de vida, há uma maior prevalência entre os idosos, devido principalmente ao estilo de vida em decorrência do acelerado processo de

modernização, a dieta alimentar, o sedentarismo e as modificações naturais do organismo o mesmo causa limitações importantes que diminuem a qualidade de vida neste grupo.

O diabetes mellitus é considerado uma epidemia global, que atinge aproximadamente 194 milhões de pessoas no mundo. No Brasil, estima-se que 7,6% da população, na faixa etária de 30 a 69 anos, sejam portadores dessa enfermidade sistêmica (SANTANA et al., 2007).

A prevalência do diabetes mellitus está aumentando de forma exponencial, adquirindo características epidêmicas em vários países, particularmente os em desenvolvimento. As principais alterações do DM podem ser representadas por modificações na estrutura da dieta, pelo sedentarismo e o conseqüente aumento da prevalência da obesidade neste processo (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

O Diabetes Mellitus é uma desordem metabólica de etiologia múltipla, caracterizada por hiperglicemia crônica, estando associados a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos com distúrbios no metabolismo dos carboidratos, gorduras e proteínas, originários de uma defeituosa secreção ou ação da insulina nos tecidos alvo. Os pacientes portadores de DM apresentam mortalidade três vezes maior do que a população em geral, em grande parte devido ao aumento no risco de mortalidade por doença do aparelho circulatório. Entre as doenças crônicas, o DM é um importante problema de saúde pública, e está associado a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos, além de acarretar altos custos no controle metabólico e tratamento de suas complicações (FRANCHI et al., 2008).

Esse quadro que atinge boa parte da população idosa pode ser mudado, através de políticas públicas que incentivem a promoção da saúde bem como a prevenção de doenças. Prevenção esta que se inicia com mudanças nos hábitos de vida: uma alimentação saudável, seguida da prática de exercícios físicos regulares e do lazer os quais, são um requisito para um envelhecimento saudável.

Os principais fatores para o surgimento de doenças crônicas estão associados ao rápido envelhecimento da população, a urbanização ao estilo de vida relacionado como a dieta inadequada, o sedentarismo, e o consumo de tabaco e álcool são os responsáveis por essas doenças serem a principal causa de mortalidade no mundo. O diabetes mellitus está entre essas enfermidades crônicas que representam um grave problema de saúde pública pela alta prevalência no mundo e maior entre os idosos, pela morbidade e por ser um dos principais fatores de risco cardiovasculares e cerebrovascular (MENDES et al., 2011).

Considerando a elevada carga de morbimortalidade associada, a prevenção do diabetes e de suas complicações é hoje prioridade de saúde pública. Na atenção básica, ela pode ser efetuada por meio da prevenção de fatores de risco para diabetes como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes (prevenção primária); da identificação de casos não diagnosticados de diabetes (prevenção secundária) para tratamento; e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados visando prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária). (BRASIL, 2006).

As mudanças no estilo de vida ocasionada pelo acelerado processo de modernização, e seus avanços tem provocado a queda da qualidade de vida e a elevação dos níveis de morbimortalidade pelo desenvolvimento das doenças crônico degenerativas, dentre elas está o diabetes mellitus. Os índices do DM no Brasil e no mundo demonstram que tal síndrome apresenta-se como problema de saúde pública, ora pela clara evidência de morte precoce dos portadores da doença, ora pelos altos gastos com medicamentos e tratamento das complicações tardias associadas (FIDELLES et al.,2009).

O DM é uma doença que causa importantes limitações, estando relacionado a cegueira, amputações de membros, complicações cardiovasculares e encefálicas, entre outras, que acarretam prejuízos à capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida do indivíduo. Também é uma das principais causas de mortes prematuras, em virtude do aumento do risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, as quais contribuem com 50% a 80% das mortes dos diabéticos. Esses dados ilustram o impacto do alto custo social e financeiro do diabetes ao sistema de saúde, à família e à pessoa portadora da doença (FRANCISCO et al., 2010).

Considerando que o DM é uma doença que causa redução na qualidade de vida, faz-se necessário uma reeducação, ou seja, proporcionar mudanças no cotidiano do idoso ensinando o mesmo a ter hábitos de vida mais saudáveis como, mudanças na dieta alimentar como no modo de vida, incentivando o idoso a reservar um momento do seu tempo para prática de atividade física e para o lazer o qual também faz com que o indivíduo tenha momentos de prazer, que promovem o bem estar, bem como, a movimentação do corpo, ajudando no desempenho corporal, habilitando-os no desempenho das suas atividades, tornando-os mais independentes na realização de suas tarefas e conseqüentemente contribuindo para o retardamento dos efeitos das enfermidades, e do envelhecimento.

3.3 Avaliação da qualidade de vida em idosos

Entende-se por qualidade de vida, “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o seu contexto cultural e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Trata-se, portanto, de um conceito marcado pela subjetividade e multidimensionalidade, uma vez que envolve os componentes essenciais da condição humana, sejam eles físicos, psicológicos, sociais, culturais ou espirituais (OTERO; ZANETTI; OGRIZIO, 2008).

O bem-estar na velhice está relacionado com o equilíbrio entre várias dimensões da qualidade de vida. O aumento do número de morbidades e o aumento da idade influenciam de modo significativo, vários domínios da qualidade de vida dos indivíduos idosos, em especial a capacidade funcional, que parece ser o único domínio a sofrer influência diretamente da idade (CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2009).

A atividade em geral, seja física ou de outra ordem, é uma variável freqüentemente citada na literatura como sendo de grande relevância para a qualidade de vida na velhice. Estar ativo é afastar-se do sedentarismo, uma das causas de quase todas as doenças mais comuns na velhice (MIRANDA; GODELI, 2003).

O conceito de qualidade de vida muitas vezes, é adotado como sinônimo de saúde, bem estar, felicidade, dentre outros e seus indicadores vão desde a renda até a satisfação com determinados aspectos da vida. Em termos gerais, pode ser considerada como a satisfação com a vida e trata-se de um termo que designa uma construção social importante e varia de pessoa para pessoa, grupo para grupo, cultura para cultura. Quando se aborda a terceira idade, acredita-se que o bem estar e a autonomia sejam importantes variáveis de análise. O estilo de vida, que trata do conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, valores e oportunidades da vida, poderá ter grande influência no bem estar do idoso. (TEIXEIRA; PEREIRA; ROSSI, 2007).

A prática de atividade física pode prevenir o surgimento precoce, atuar no tratamento de diversas doenças metabólicas e interferir positivamente na capacidade funcional de adultos e idosos. Os mecanismos que ligam a atividade física à prevenção e ao tratamento de doenças e à incapacidade funcional envolvem principalmente a redução da adiposidade corporal, a queda de pressão arterial, a melhora do perfil lipídico e da sensibilidade à insulina, o aumento do gasto energético, da massa e da força muscular, da capacidade cardiorrespiratória, da flexibilidade e do equilíbrio. (COELHO; BURINI, 2009).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de corte transversal e abordagem quantitativa. As pesquisas descritivas têm por objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como questionários e a observação sistemática. (GIL, 2010).

Nos estudos transversais, a exposição e o desfecho são aferidos num mesmo momento, pelo fato de já terem ocorrido. Não há período de seguimento ou observação e não há como definir com exatidão a sequência temporal dos eventos (DYNIEWICZ, 2009). Para Polit; Beck; Hunger (2011). Os estudos transversais envolvem coletas de dados em determinado ponto do tempo.

O método quantitativo é conceituado como estudo que se apropria de análise estatística para o tratamento dos dados (FIGUEIREDO, 2008).

4.2 Local e período de realização do estudo

O estudo foi realizado no período de março de 2012 a abril de 2013 em uma Unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF), localizada no município de Picos- Piauí, geograficamente cortado pelo Rio Guaribas, situando-se na região Centro Sul do Piauí. Atualmente o município, possui 30 unidades da (ESF) sendo que 20 localizam-se na zona urbana e 10 na zona rural. A escolha da unidade de saúde deu-se por ser campo de prática dos acadêmicos da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e localizar-se próxima a mesma.

A unidade em questão possui duas equipes que assistem a população circunvizinha, conforme a subdivisão em micro áreas de atenção a saúde. Cada equipe é composta por um enfermeiro, um médico, um dentista, um técnico de enfermagem, e um técnico em saúde bucal, ambas as equipes possuem cinco agentes comunitários de saúde (ACS).

O número de famílias beneficiadas nesta unidade é de aproximadamente 1819, sendo que deste número 90 são idosos diabéticos cadastrados no programa hiperdia.

Na unidade de saúde são desenvolvidas diversas atividades, tais como: consultas médicas, pré-natal, prevenção do câncer de colo uterino, vacinação, consultas de HIPERDIA, puericultura dentre outros.

4.3 População e Amostra

A população do estudo inicialmente seria composta por 90 idosos diabéticos, mas durante o desenvolvimento do estudo, sobretudo durante a coleta de dados surgiram algumas intercorrências que reduziram o tamanho da amostra para 29 idosos, cadastrados na unidade de saúde referida anteriormente. A amostra foi selecionada por conveniência.

Os participantes foram selecionados obedecendo aos seguintes critérios de inclusão:

- Idoso (indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos), de acordo com a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994).
- Está cadastrado no programa Hiperdia da unidade.

Serão excluídos:

- Idosos que possuíam alguma limitação para responder ao questionário.
- Idosos que apresentassem problemas cognitivos aparentes.

4.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados no período de fevereiro a março de 2013, a coleta foi realizada no domicílio dos participantes através de visita domiciliária na companhia do (ACS), através de cadastro prévio indicado pela enfermeira da Unidade de Saúde. O primeiro contato se deu no domicílio do idoso, na ocasião foram apresentados os objetivos da pesquisa e a disponibilidade de participação dos mesmos no estudo em questão.

Para coleta de dados foi utilizado um formulário adaptado de (MARQUES, 2009) composto por dados sociodemográficos e clínicos do idoso, juntamente com um Questionário de Qualidade de Vida para Idosos (WHOQOL, 2000) (ANEXO I).

O formulário foi composto por 19 itens e subdivididos em duas seções:

Seção I dados sócio-econômicos e demográficos e a seção II aspectos clínicos do diabetes (APÊNDICE A).

Para facilitar a compreensão de algumas das variáveis utilizadas no formulário, a seguir detalhamos conforme a apresentação no instrumento de coleta de dados:

Seção I - Dados sócio-econômicos e demográficos.

Idade: Foi computada em anos e referida pelo idoso.

Sexo: a saber, feminino; masculino.

Situação Conjugal: Foram consideradas as seguintes opções a saber: solteiro; casado; viúvo; divorciado.

Religião: Foram consideradas as seguintes opções, a saber, católica; evangélica; espírita; outras.

Grau de Escolaridade: Foi considerado o grau de escolaridade que equivalia ao estudo realizado pelo idoso em sua época escolar.

Renda Familiar: A renda mensal familiar foi ser referida em salários mínimos, considerando família quem resida com o idoso. O salário mínimo atual no Brasil é de R\$678,00.

Quantidade de pessoas que moram em sua residência: Foi solicitado ao idoso o número de pessoas que moram com ele independente do grau de parentesco.

Número de filhos: Foi computada a quantidade de filhos que o idoso possui.

Seção II-Aspectos Clínicos do Diabetes.

Tempo de diagnóstico: Foi computado em anos e auto referido pelo idoso.

Tipo de tratamento: Neste item foi solicitado qual o tipo de tratamento o idoso realiza.

Realiza dieta alimentar para o diabetes: a saber, sim; não; se não qual o motivo.

Realiza algum tipo de atividade física: a saber, sim; não; se sim foi solicitado que especificasse a regularidade.

Quanto aos sinais e sintomas de diabetes: O idoso foi interrogado sobre a frequência da vontade de urinar; sede; cansaço; perda de peso; dificuldade visual; urina com espuma; e feridas na pele.

Questionário de Qualidade de Vida para Idosos.

Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizada a versão abreviada em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, o WHOQOL-Bref. Esse instrumento contém 26 questões distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada domínio é composto por questões

cujas pontuações das respostas variam entre 1 e 5. O instrumento é a versão abreviada do WHOQOL-100, que consiste em 100 perguntas (FLECK, 2000).

4.5 Análise dos Dados

Para análise foram utilizados procedimentos de estatística descritiva (média e desvio padrão). As respostas a cada item do questionário variaram de 1 a 5, sendo quanto mais próxima de 5, melhor a qualidade de vida. Cada domínio foi categorizado em três níveis de satisfação (baixo, médio e alto) para fins de análise. O coeficiente de correlação de Pearson foi calculado entre os domínios (físico, ambiental, social e psicológico) e a qualidade de vida global. Foram feitas análises estatísticas inferenciais e foram calculados os intervalos de confiança de 95% (IC 95%) para os dados.

Os dados foram digitados e organizados utilizando o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. Os resultados foram expressos mediante tabelas, gráficos e quadros e discutidos mediante literatura pertinente.

4.6 Aspectos Éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, obedecendo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, que regulamenta as diretrizes e normas da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Obteve número do CAAE: 05345212.80000.5214 (ANEXO II).

Foi encaminhado um ofício ao secretário de saúde da instituição selecionada, com o intuito de solicitar autorização para a realização do estudo. Aos participantes foi garantido o cumprimento dos preceitos éticos da beneficência e da não maleficência, bem como o direito ao anonimato e autonomia quanto a participação no estudo, ressaltando que a participação seria plenamente voluntária e que os participantes que não concordassem poderiam desligar-se do estudo e que o mesmo não poria em risco os que dela participassem. Vale ressaltar que na solicitação para participar do estudo, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE B), em que foram disponibilizadas duas vias, sendo uma para o pesquisador e outra para o participante.

O estudo foi realizado mediante o esclarecimento dos objetivos, os dados foram coletados em ambiente calmo no qual o pesquisador utilizou-se de dois instrumentos sendo um formulário contendo dados sociodemográficos e clínicos do idoso e um questionário sobre a qualidade de vida de idosos, vale ressaltarem que os mesmos se utilizaram de uma

linguagem acessível, onde foi garantido seu sigilo e assegurado a privacidade dos dados confidenciais envolvidos no estudo, preservando assim seus direitos éticos.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo.

A fim de descrever e analisar as características sociodemográficas de 29 idosos envolvidos no estudo foi utilizado às variáveis: idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, aposentadoria, ocupação profissional, número de filhos, quantidades de pessoas que moram em sua residência, renda individual e renda familiar.

No que concerne às características sociodemográficas dos idosos diabéticos incluídos na pesquisa (Tabela 1), evidenciou-se que predominaram as mulheres (62,1%), sendo que a idade média dos participantes foi de 71 anos (desvio padrão igual a 7,4 anos), a idade mínima de 60 anos e a máxima de 88 anos.

Quanto ao estado civil, verificou-se que (48,3%) dos idosos eram casados, (37,9%) eram viúvos, (10,3%) eram divorciados e 3,4% solteiros.

As informações referentes ao nível educacional revelam a realidade de muitos brasileiros, a maioria dos participantes (41,4%), possuíam ensino fundamental incompleto (menos de 9anos de estudo). Ademais, percebeu-se que (31%) sabiam apenas escrever o nome, (13,8%) eram analfabetos e (6,9%) possuíam ensino fundamental incompleto ou completo.

A maioria dos idosos (n= 14) possuía renda familiar mensal de 1salário mínimo. Quanto à ocupação (93,1%) eram aposentados, sendo que deste número (17,2%) tinham alguma ocupação além da aposentadoria.

A média de filhos por idosos foi de 4,7 filhos, e de 2,7 pessoas residindo com o idoso.

TABELA 1 Distribuição dos participantes de acordo com as variáveis sociodemográfica. Picos-PI, Março/Abril, 2013.

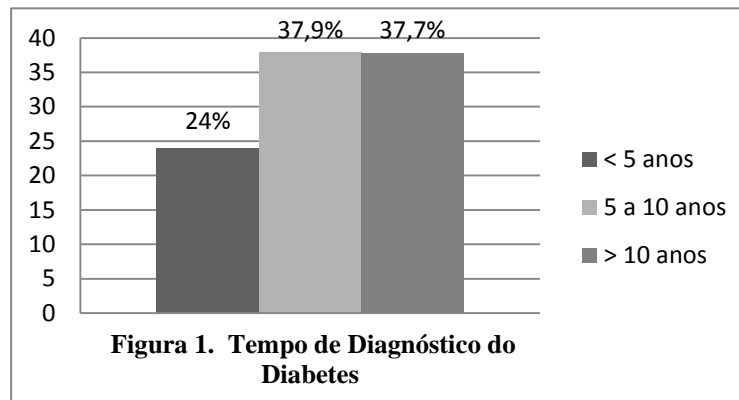
Variáveis socioeconômicas	N	%	Estatística
Idade			<u>Md: 71,79</u>
60-70	15		Dp: 7,495
71-80	8	51,4	
81-90	6	27,4	
		20,5	
Estado Civil			<u>Md: 4,42</u>
			Dp: 0,59425
Solteiro	1	3,4	
Casado	14	48,3	
Viúvo	11	37,9	
Divorciado	3	10,3	
Religião			
Católico	22	75,9	
Evangélico	6	20,7	
Outras	1	3,4	
Escolaridade			
Analfabeto	4	13,8	
Sabe escrever o nome	9	31,0	
Ensino Fundamental incompleto	12	41,4	
Ensino Fundamental Completo	2	6,9	
Ensino médio incompleto	2	6,9	
Ocupação			
Não	24	82,8	
Sim	5	17,2	
Renda familiar			
1salário	14	48,3	
2salários	7	24,1	
3salários	1	3,4	
Mais de 3salários	7	24,1	

SM= Salário Mínimo

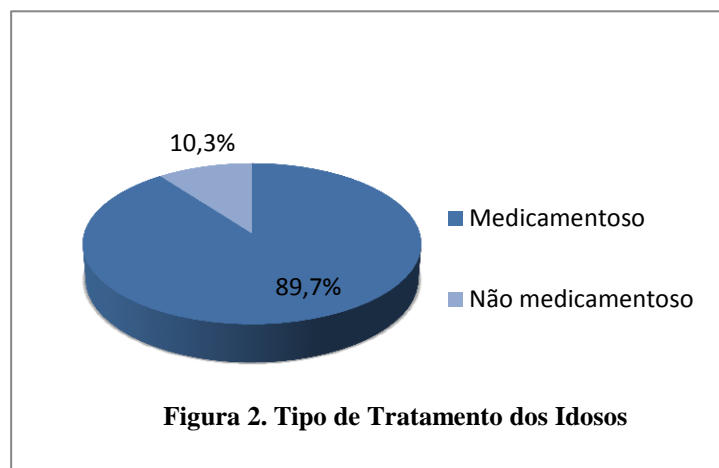
5.2 Características clínicas dos idosos

Será explanado a seguir o perfil clínico relacionado ao Diabetes Mellitus dos participantes do estudo.

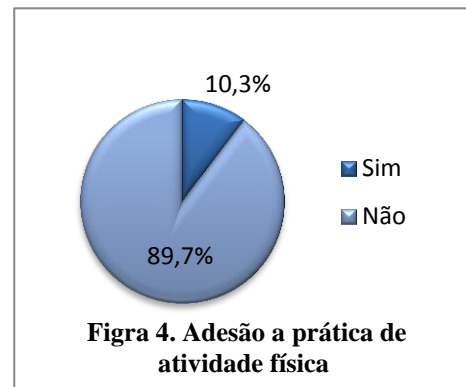
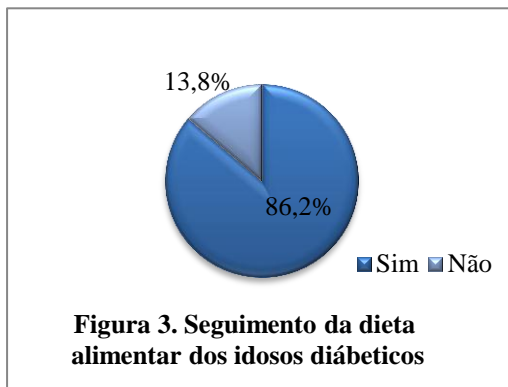
Quanto ao tempo de diagnóstico auto-referidos pelos idosos a maioria (37,9%) possuíam a doença entre 5 e 10 anos, com média de 9,4 anos de diagnóstico do DM e DP= 5,2 anos.



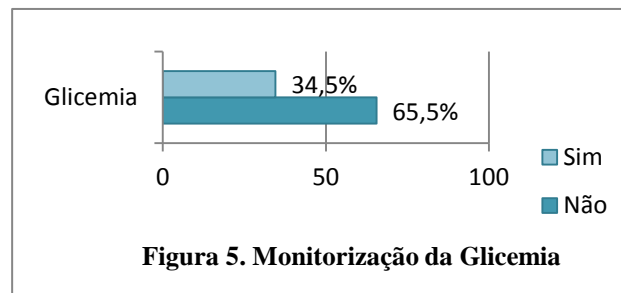
O tipo de tratamento que prevaleceu entre os idosos foi o medicamentoso com 89,7% dos participantes da pesquisa. Dos antidiabéticos que os idosos mais utilizavam, 62,1% faziam uso de metiformina e glibenclamida, 27,6% utilizavam metiformina e 10,3% faziam associação de metiformina, glibenclamida e insulina.



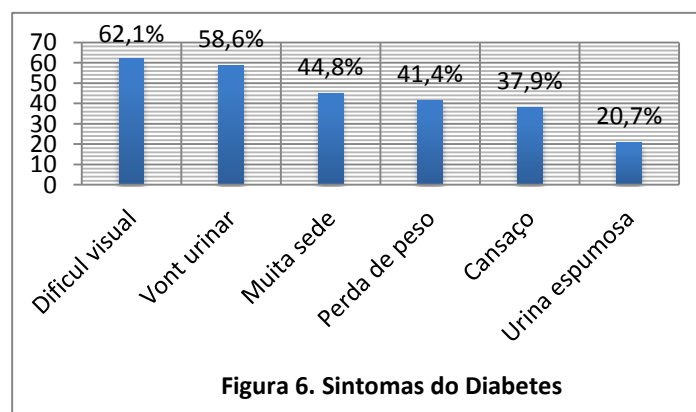
Com relação ao seguimento da dieta para o diabetes e a adesão dos idosos a prática de atividade física, 86,2% relatam seguir a dieta, e 13,8% afirmam não seguirem por não terem tempo para fazê-la. Um total de 89,7% dos idosos relatam não praticarem atividade física devido a problemas decorrente do diabetes e a dores e 10,3% praticam atividade física principalmente, caminhadas.



A respeito da monitorização da última glicemia capilar 65,5% a realizaram na última consulta. Dos que relataram não a realizar como rotina 34,5% o fazem somente quando comparece a consulta, ou não realizam por conta da falta de insumos, a média das últimas glicemias realizadas auto-referidas e registradas pelos idosos foi de 139,97mg/dl.



Com relação aos sintomas da descompensação do diabetes mais relatados pelos idosos 62,1% afirmaram ter dificuldade visual, 58,6% relataram muita vontade de urinar, 44,8% referiram muita sede, 41,4% mencionaram que perderam peso, 37,9% citaram cansaço, e 20,7% disseram apresentar urina espumosa, juntamente com ferida na pele .



5.3 Distribuição das frequências e porcentagens de acordo com as respostas do questionário de qualidade de vida para idosos (WHOQOL-BREF).

Na questão 1 onde os indivíduos avaliaram a própria qualidade de vida (51,7%) responderam que possuíam uma boa QV. Na questão 2 a qual mensurou a satisfação do indivíduo com a própria saúde (52,2%) mostraram-se satisfeitos. Destaca-se o percentual de (34,5%) que avaliaram negativamente: insatisfeitos.

TABELA 2 Distribuição das frequências e porcentagens de acordo com as questões 1 e 2 WHOQOL-BREF. Picos, Março/Abril, 2013.

Variável	Questão 1 e 2	N	%
Avalia QV			
Ruim		7	24,1
Nem ruim nem boa		6	20,7
Boa		15	51,7
Muito boa		1	3,4
Satisfação saúde			
Insatisfeito		10	34,5
Nem satisfeito nem insatisfeito		3	10,3
Satisfeito		16	55,2

TABELA 3 Distribuição dos participantes de acordo com as variáveis qualidade de vida.
Picos, Março/Abril, 2013.

Variável Domínio Físico	N	%
Dor física		
Nada	9	31,0
Muito pouco	7	24,1
Mais ou menos	5	17,2
Bastante	8	27,6
Tratamento médico		
Nada	2	6,9
Muito pouco	7	37,9
Mais ou menos	11	17,2
Bastante	8	27,6
Extremamente	1	3,4
Energia suficiente		
Nada	1	3,4
Muito pouco	8	27,6
Médio	7	24,1
Muito	10	34,5
Completamente	3	10,3
Capaz de locomover		
Ruim	12	41,4
Nem ruim	3	10,3
Bom	10	34,5
Muito bom	4	13,8
Satisfação com o sono		
Insatisfeito	12	41,4
Nem satisfeito nem insatisfeito	2	6,9
Satisfeito	12	41,4
Muito satisfeito	3	10,3
Desenvolver atividades do dia-dia		
Muito insatisfeito	1	3,4
Insatisfeito	6	20,7
Nem satisfeito nem insatisfeito	6	20,7
Satisfeito	14	48,3
Muito satisfeito	2	6,9
Capacidade para trabalho		
Muito insatisfeito	1	3,4
Insatisfeito	11	37,9

Nem satisfeito nem insatisfeito	7	24,1
Satisfeito	9	31,0
Muito satisfeito	1	3,4

O questionário de qualidade de vida para idosos é dividido em quatro domínios sendo: Domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiental.

Os questionamentos que compreendem o domínio físico são referentes á dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividade da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho. As respostas com maior prevalência da poluição pesquisada foram: 48,3% estavam satisfeitos com a capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia, 37,9% responderam que precisavam muito pouco de algum tratamento para levar a vida diária, no item satisfação com o sono as respostas dividiram se entre satisfeito e insatisfeito 41,4%, respectivamente, 37,9% estavam insatisfeitos com sua capacidade para o trabalho, pois os mesmos afirmam não possuírem mais vigor para realizarem atividades fora do lar, 31,0% relataram que a dor física não os impedia em nada, enquanto no item energia e fadiga 34,5% afirmaram possuírem muita energia. Quanto ao domínio físico, ás facetas que obtiveram as melhores respostas foram ás relacionadas ás atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamento, dor e desconforto e energia e fadiga. Sendo que as facetas, sono e capacidade para o trabalho tiveram avaliação negativa.

TABELA 4 Distribuição dos participantes de acordo com as variáveis, qualidade de vida. Picos-PI, Março/Abril, 2013.

Variável Domínio Psicológico	N	%
Sua vida tem sentido		
Muito pouco	5	17,2
Mais ou menos	9	31,0
Bastante	14	48,3
Extremamente	1	3,4
Consegue se concentrar		
Nada	1	3,4
Muito pouco	15	51,7
Mais ou menos	3	10,3
Bastante	8	27,6
Extremamente	2	6,9
Satisfação com sigio mesmo		
Insatisfeito	1	3,4
Nem satisfeito nem insatisfeito	10	34,5
Satisfeito	15	51,7
Muito satisfeito	3	10,3
Freqüência sentimentos negativos		
Nunca	7	24,1
Algumas vezes	14	48,3
Freqüentemente	4	3,8
Muito freqüentemente	3	10,3
Sempre	1	3

No domínio psicológico as questões que apresentaram respostas positivas, foram áquelas referentes a sentido da vida, sendo que 48,3% responderam que a vida tinha bastante sentido e a faceta referente á auto-estima e imagem corporal 51,7% afirmaram estarem satisfeitos com sigio mesmo. A faceta que recebeu maiores respostas negativas foi á referente á concentração com 51,7% dos entrevistados responderam que conseguiam se concentrar muito pouco, e quanto á faceta sentimentos negativos 48,3% referiram possuir sentimentos negativos algumas fezes. Tal fato demonstra que estes aspectos são percebidos de forma positiva pela maioria dos entrevistados e contribui favoravelmente para uma boa QV com relação ao contexto psicológico (tabela 4).

TABELA 5 Distribuição dos participantes de acordo com as variáveis, qualidade de vida. Picos-PI, Março/Abril, 2013.

Variável Domínio Relações Sociais	N	%
-----------------------------------	---	---

Satisfação com as relações pessoais		
Insatisfeito	1	3,4
Nem satisfeito nem insatisfeito	6	20,7
Satisfeito	17	58,6
Muito satisfeito	5	17,2
Satisfação com a vida sexual		
Muito insatisfeito	2	6,9
Insatisfeito	2	6,9
Nem satisfeito nem insatisfeito	12	41,4
Satisfeito	12	41,4
Muito satisfeito	1	3,4
Apoio que recebe dos amigos		
Muito insatisfeito	1	3,4
Insatisfeito	2	6,9
Nem satisfeito nem insatisfeito	6	20,7
Satisfeito	18	62,1
Muito satisfeito	2	6,9

No que concernem, os dados da (Tabela5) sobre o domínio Relações Sociais, evidenciou-se que quanto á satisfação com as relações pessoais 58,6% relataram está satisfeito. Quanto á satisfação com a vida sexual 41,4% afirmou estar insatisfeito, juntamente com o item nem satisfeito nem insatisfeito. Quando questionados sobre apoio que recebem dos amigos 62,1% relataram estar satisfeito. Com relação ao domínio relações sociais notou-se que as respostas aos questionamentos foram positivas.

TABELA 6 Distribuição dos participantes de acordo com as variáveis qualidade de vida.
Picos, Março/Abril, 2013.

Variável Domínio Meio Ambiente	N	%
Aproveita sua vida		
Nada	3	10,3
Muito pouco	12	41,4
Mais ou menos	9	31,0
Bastante	5	17,2
Sente segura na sua vida diária		
Muito pouco	7	24,1
Mais ou menos	15	51,7
Bastante	5	17,2
Extremamente	2	6,9
Tem dinheiro suficiente		
Muito pouco	16	55,2
Médio	6	20,7
Muito	3	10,3
Completamente	4	13,8
Informações disponíveis		
Muito pouco	7	24,1
Médio	15	51,7
Muito	5	17,2
Oportunidade de lazer		
Nada	6	20,7
Muito pouco	10	34,5
Médio	3	10,3
Muito	7	24,1
Completamente	3	10,3
Condições do local onde mora		
Muito insatisfeito	1	3,4
Nem satisfeito nem insatisfeito	5	17,2
Satisfeito	18	62,1
Muito satisfeito	1	6,9
Acesso ao serviço de saúde		
Muito insatisfeito	2	6,9
Insatisfeito	4	13,8
Nem satisfeito nem insatisfeito	11	37,9
Satisfeito	11	37,9
Muito satisfeito	1	6,9
Ambiente físico		
Nada	1	3,4
Muito pouco	7	24,1

Mais ou menos	10	34,5
Bastante	9	31,10
Extremamente	2	6,9
Meios de transportes		
Muito insatisfeito	2	6,9
Insatisfeito	6	20,7
Nem satisfeito nem insatisfeito	7	24,1
Satisfeito	12	41,4
Muito satisfeito	2	6,9

De acordo com a (Tabela6) os dados indicam que com relação ao domínio meio ambiente 41,4% dos entrevistados, aproveitavam a vida muito pouco. Quando perguntados sobre a segurança na vida diária 51,7% respondeu mais ou menos. Quando questionados sobre se o dinheiro era suficiente para satisfazer suas necessidades 55,2% afirmou que era muito pouco.

Com relação às informações disponíveis no dia-a-dia, 51,7% responderam o item médio. Quanto às oportunidades de lazer 34,5% dos entrevistados relatou que tinham muito pouco lazer. Quanto as condições de moradia 62,1% afirmou está satisfeito com o local onde moram.

Os dados mostram que há uma discordância com relação á satisfação com o acesso aos serviços de saúde, pois 37,9% dos idosos mostrou-se satisfeito juntamente com o item nem satisfeito nem insatisfeito. Quando perguntados quão saudável é o seu ambiente físico 34,5% referiu o item mais ou menos. Quanto à satisfação com os meios de transportes 24,1% respondeu não estar nem satisfeito nem insatisfeito. Com relação ao domínio meio ambiente, foram observados que a maioria das facetas apresentou desempenho negativo.

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterizações sociodemográficas e econômicas

Conforme dados encontrados a partir da amostra de idosos participantes do estudo discutiu-se, suas características sociodemográficas e econômicas.

Quanto ao sexo, verificou-se a prevalência de idosos do sexo feminino, como em outros países do mundo, há um número maior de mulheres na faixa etária idosa. Essa diferença se acentua com o aumento da idade: a razão de sexo é de 118 mulheres para cada 100 homens na faixa etária de 65-69 anos e de 141 para cada 100 no grupo de 80 anos ou mais. A expectativa de vida ao atingir 60 anos também acompanha o sexo, com mais 19,3 anos de vida, em média, para as mulheres contra 16,8 anos para os homens (GARRIDO; MENESES, 2002).

Segundo a pesquisa de Soares et al., (2010) a população idosa passa por mudança na sua estrutura interna, tanto etária quanto na proporção entre os sexos. As mulheres vivem, aproximadamente, sete anos a mais do que os homens. No município de Uberaba, Minas Gerais (MG), a população de mulheres idosas representa 57% do total de idosos. Esse percentual está acima dos encontrados para o Estado de MG (54,9%) e para o Brasil (55,4%). Tais dados reforçam a necessidade de desenvolver pesquisas direcionadas à população idosa feminina visando compreender o processo de feminização do envelhecimento.

Com relação à religião predominou a religião católica. Segundo Duarte e Wanderley (2011), os idosos estão mais vulneráveis a sofrerem perdas. A quantidade de anos vividos lhe permitiu experienciar diversos fatos e, especialmente na velhice, a soma de perdas pode acarretar conseqüências negativas em sua saúde. A perda financeira, da situação econômica decorrente da aposentadoria; a perda da beleza, do vigor da juventude; a perda de um corpo saudável para dar lugar à convivência com doenças crônicas; a perda de independência e autonomia; a perda de familiares, amigos e, finalmente, a proximidade da perda da própria vida. A religião e a espiritualidade podem auxiliar no enfrentamento destes eventos, considerados freqüentemente como estressores.

De acordo com os dados referentes ao nível educacional dos idosos percebeu-se que a maioria dos participantes 41,4% possuía ensino fundamental incompleto e que 31% sabiam escrever o nome, dados preocupantes no que dizem respeito ao desenvolvimento de atividades para o autocuidado e tratamentos de idosos acometidos pela doença. A importância da escolaridade no envelhecimento da população brasileira apresenta peculiaridades em

relação à população de países desenvolvidos. Uma destas é o grande contingente de idosos com baixo nível, educacional e analfabeto, (DINIZ; VOLPE; TAVAREZ, 2007).

O baixo grau de escolaridade é um importante fator que interfere diretamente no tratamento dos idosos com diabetes, pois na maioria das vezes ocasiona administração equivocada de fármacos, principalmente quando associadas a outras doenças em que o idoso faz uso de outras medicações relacionadas a outras afecções decorrentes do processo do envelhecimento.

Com relação à renda mensal dos idosos, a maioria possuía renda de um salário verificando-se assim que os mesmos eram responsáveis pelas despesas cabendo o papel de manter o domicílio. Quanto à ocupação a maioria não possuía, sendo somente aposentados. A baixa renda é um fator que pode comprometer a adesão ao tratamento medicamentoso e a dieta alimentar do idoso diabético. Nessa perspectiva, as ações em saúde devem ser consoantes com as possibilidades econômicas dos idosos, visando o tratamento efetivo (TAVARES; CORTEZ; DIAS 2010).

Quanto ao número de filhos por idosos participantes do estudo, verificou-se que a média foi de aproximadamente 5filhos por idoso e de 3pessoas que residiam com o mesmo.

Segundo Silva et al.,(2011) o convívio dos idosos com filhos ou parentes tem sido destacado como uma situação saudável e positiva para o seu bem-estar, promovendo uma melhor condição de vida no processo envelhecete, uma vez que há um cuidado dos entes parentais mais idosos de maneira mais proximal. Destaque, ainda se faz, em serem as regiões Norte e Nordeste os locais onde o número médio de filhos é maior do que as proporções de outras regiões do Brasil, (cerca de 50%), o que revela o fenômeno da convivência inter geracional, ser mais intenso nestas regiões, razão pela qual a família precisa ser perspectivada como sistema de cuidados para seus membros, as relações in tergeracionais, tem sua importância no intercâmbio entre grupos etários distintos e na troca que pode se estabelecer entre eles. A aproximação das diferentes gerações deve levar em conta não só a cronologia, mas deve considerar os estilos de vida, o saber, valores, memória, com intuito de viabilizar uma relação entre as distintas gerações.

6.2 Características clínicas dos idosos

A seguir discutiremos os dados referentes às características clínicas dos idosos diabéticos.

Quanto ao tempo de diagnóstico de diabetes auto-referido pelos idosos, o tempo mínimo foi de 1 ano e o tempo máximo de 25 anos, que pode ser considerado longo, podendo está relacionado ao advento de novas tecnologias e a descoberta de novos fármacos para o tratamento do diabetes.

As metas de controle do diabetes para indivíduos jovens ou idosos são as mesmas. Porém, nos pacientes idosos, esse controle é mais complexo, uma vez que o perfil é mais heterogêneo, incluindo desde pacientes com diagnóstico recente de diabetes e sem complicações, até aqueles mal controlados por vários anos, já com acometimentos importantes neuropáticos ou vasculares que influenciam o status funcional. O que significa que diferentes intervenções possam ter impacto se conseqüências muito particulares, dependendo das condições prévias de controle alcançadas (PITTITO; FILHO; CENDOROGLO, 2008).

O tipo de tratamento que prevaleceu para o diabetes entre os idosos pesquisados no estudo foi o medicamentoso, enquanto uma minoria referiu fazer associação entre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Quanto aos medicamentos mais utilizados pelos idosos a associação entre metiformina e glibenclamida foi o mais citado com 62,1%, seguidos pela metiformina, referidos por 27,6% dos idosos pesquisados. De acordo com Gontijo, et al., (2012) os idosos compõem o grupo etário mais medicalizado na sociedade. O aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, entre elas o diabetes mellitus², tem contribuído para o elevado consumo de medicamentos nessa faixa etária.

Conforme o manual do Ministério de Saúde (2006), os fármacos disponíveis para o tratamento do diabetes tipo 2 em idosos assistidos na atenção básica são os apresentados no quadro a seguir:

***APRESENTAÇÃO DO QUADRO 1.**

Quadro 1 - Fármacos para o tratamento da hiperglicemia no idoso diabético-
Manual de Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa.

FÁRMACO	POSOLOGIA
Metiformina	500mg a 2,55gr, fracionada em 1 a 3 vezes ao dia, nas refeições.
Sulfonilureias	
Glibenclamida	2,5mg a 20mg, 1 a 2 vezes ao dia, nas refeições. 2,5 mg a 20mg, 1 a 3 vezes ao dia, nas refeições.
Glicasida	40mg a 320mg, 1 a 2 vezes ao dia, nas refeições.
Insulina	
NPH	10 U NPH ao deitar (ou 0,2 U/kg), aumento gradual de 2U; reduzir em 4U quando houver hipoglicemia. Se necessário, adicionar 1 a 2 injeções diárias.
Regular	Em situações de descompensação aguda ou em esquemas de injeções múltiplas.

Fonte: (BRASIL, 2006)

Com relação à dieta alimentar a maioria dos entrevistados afirmou seguir a dieta, o tratamento básico e o controle da doença consistem, primordialmente, na utilização de uma dieta específica baseada na restrição de alimentos ricos em carboidratos, gorduras e proteínas, atividade física regular e no uso adequado, de medicação (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008).

Quanto à realização de atividade física a maioria dos participantes relatou não praticar nenhuma atividade física. De acordo com Franchi et al., (2008) o sedentarismo, que tende a acompanhar o envelhecimento, vem sofrendo um avanço tecnológico ocorrido nas últimas décadas, sendo um importante fator de risco para as doenças, especialmente o diabetes mellitus e afecções cardiovasculares. A realização de exercício físico, além de combater o sedentarismo, contribui para a melhora da capacidade funcional do idoso.

Segundo Torres et al., (2009) o aumento da prevalência do diabetes, aliado à complexidade de seu tratamento, tais como restrições dietéticas, uso de medicamentos e complicações crônicas associadas (retinopatia, nefropatia, neuropatia, cardiopatia, pé neuropático, entre outras) reforçam a necessidade de programas educativos eficazes e viáveis aos serviços públicos de saúde. A mudança de comportamentos, com a adoção de uma dieta balanceada e da prática de atividades físicas são essenciais para que o controle e o tratamento do DM tenham êxito.

De acordo com Pontieri e Bachion, (2010) o maior desafio para o controle da síndrome é manter a glicemia dentro de parâmetros adequados. O controle glicêmico almejado é a glicemia de jejum menor que 126 mg/dl e hemoglobina glicosada menor que 7%.

Dentre os sinais e sintomas de descompensação do diabetes, os idosos destacaram a dificuldade visual 62,1% e o aumento da vontade de urinar 58,6%. Para Silva, et all (2007), além da polidipsia, poliúria, polifagia, do cansaço, fraqueza e perda de peso, outros sinais podem aparecer, como infecções freqüentes, dificuldade de cicatrização de lesões (feridas), formigamento, dormência ou dor em mãos e pés e alterações na visão. Se não tratada pode levar à cegueira, insuficiência renal, infecções, amputações e invalidez.

O Diabetes Mellitus está associado a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. (TAVARES; CORTEZ; DIAS, 2010).

No Brasil, as feridas constituem um sério problema para a saúde pública, devido ao grande número de pessoas com doenças crônicas e degenerativas, que apresentam alterações na integridade da pele, porém não se tem registro do número de indivíduos com feridas. Estima-se que 15% dos pacientes com DM desenvolverão, pelo menos, uma lesão no pé ao longo da vida (SALOME; BLANIS; FERREIRA, 2009).

Segundo Janebro et al., (2008), o DM constitui um grave problema de saúde pública por sua alta prevalência na população, suas complicações crônicas, mortalidade, altos custos financeiros e sociais envolvidos no tratamento e deterioração significativa da qualidade de vida.

Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de auxiliar os portadores de DM ensinando-lhes o autocuidado, instruindo-os sobre a doença e conscientizando-os da importância da auto monitorização contínua da glicemia, de modo a garantir mudança de comportamento e participação no tratamento (GIL; HADDAD; GUARIENTI, 2008).

6.3 Questionário de qualidade de vida para idosos

Com relação ao questionário de qualidade de vida, trata-se de uma versão abreviada do WHOQOL100, composta por 26 questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídas desse instrumento padrão da OMS para avaliação de qualidade de vida. Dessas 26 questões, as duas primeiras são genéricas e não entram no

calculado dos escores de nenhum dos domínios. A versão abreviada e composta por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK *et al.*, 2000).

De acordo com as questões 1 e 2 referentes a qualidade de vida (51,7%) e a satisfação com a saúde (55,2%) verificou-se que a maioria dos entrevistados afirmaram estar satisfeitos classificando positivamente. De acordo com Fleck *et al.*, (2000) qualidade de vida foi definida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde como, a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Um dos fenômenos populacionais que ocorrem atualmente é o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, o crescimento do número de pessoas que ultrapassa a barreira dos 60 anos de idade. Esse fato leva à preocupação com o bem estar geral, coma manutenção de um estilo de vida independente e autônomo bem como uma boa qualidade de vida (TEIXEIRA; PEREIRA; ROSSI, 2007).

Segundo Budchen *et al.*,(2010) a QV é um conceito subjetivo que sofre influência de inúmeros fatores. A qualidade de vida relacionada à saúde procura limitar o estudo dos fatores mais diretamente ligados à condição física, psíquica e social do indivíduo. Em relação à QV relacionada à saúde, os indivíduos que praticam algum exercício físico apresentaram melhores escores, tanto no domínio físico quanto emocional.

Quanto ao domínio físico, quando indagados sobre a capacidade para o trabalho 11 participantes afirmou está insatisfeito. Entende-se por capacidade funcional a habilidade do indivíduo desenvolver atividades do cotidiano de forma independente e autônoma. Com o avançar da idade a capacidade funcional, decai, bem como, surgem doenças, que acabam privando os idosos de desempenharem tarefas simples do seu cotidiano, às vezes podendo levá-lo, a dependência.

[...] As AVDs incluem as atividades realizadas para satisfazer as necessidades básicas como, a higiene pessoal, vestir-se, higiene íntima alimentar- se e movimentar- se. As AIVDs incluem as atividades que são necessárias para a vida independente, como a capacidade de fazer compras e preparar as refeições, usar o telefone, limpar a casa, gerenciar as viagens (BRUNNER & SUDDARTH, 2009, p.155).

Apesar da maioria dos idosos referirem que precisam muito pouco de algum tratamento, sabe se que principalmente esse grupo etário necessita de muita atenção com relação á saúde, pois o mesmo com o avançar da idade surgem várias limitações e doenças que ocorrem com maior freqüência nesse grupo etário.

[...] É essencial uma reorganização de hábitos alimentares para o controle do DM2. Para tanto, é necessário que haja integração entre a alimentação e os demais cuidados desenvolvidos pelo paciente. O comportamento alimentar é modificado de acordo com as exigências e limitações impostas pela síndrome, devendo ser revistas escolhas alimentares, diminuindo as calorias para evitar ganho de peso, aumento da atividade física, moderando a ingestão de gordura, espaçando as refeições e monitorizando a glicemia, objetivando, finalmente, seu controle (PONTIERI; BACHION, 2010).

Quanto à dor e a qualidade do sono, sabe-se que dificuldades para dormir afetam indivíduos de todas as idades, mas há um aumento no número de afetados diretamente proporcional com o aumento da idade. Comumente pessoas idosas manifestam dificuldades em obter um grau satisfatório de sono e apresentam mais queixas, principalmente por apresentarem diferentes comorbidades. De acordo com o estudo de Corrêa e Ceolim (2008), a maioria dos idosos tem queixas relacionadas ao sono decorrentes de mudanças fisiológicas específicas do processo de envelhecimento ou de doenças que podem causar distúrbios secundários de sono. A experiência de um sono insatisfatório ou insuficiente é bastante desagradável e tem reflexos no desempenho, no comportamento e no bem-estar, durante as atividades da vida diária. Assim como a dor interfere na qualidade do sono do indivíduo, pessoas que dorme pouco sentem mais dores.

Com relação à faceta, atividade da vida diária percebeu-se que 48,3% mostraram-se satisfeito, mas não é que se verifica na nossa sociedade, pois com o comprometimento das atividades diárias o idoso pode diminuir o seu relacionamento social, o que ocasiona o aparecimento da solidão, e conseqüentemente o aumento de enfermidades. As atividades de lazer, recreativas, físicas são as principais atividades sociais que trazem o bem-estar para o idoso, ou seja, passa a inseri-lo na comunidade trazendo um envelhecimento ativo e saudável.

Entre os fatores que estão associados com as incapacidades alguns podem ser modificados. O sedentarismo é um exemplo, visto que a presença de doenças crônicas não limita o idoso a realizar exercício físico, ou seja, ter uma vida ativa, pois a prática de atividade física beneficia o funcionamento do organismo e conseqüentemente mantém a capacidade funcional. (NUNES et al., 2009).

Com relação ao domínio psicológico verificou-se que a maioria dos idosos entrevistados, afirmou que a vida fazia bastante sentido, podendo está relacionado à inserção

dos mesmos em grupos ou ligada a religião. Segundo Teixeira e Salve (2009) a QV depende de condições objetivas e subjetivas. As condições objetivas seriam as condições de saúde em geral, a capacidade funcional e também o nível econômico. Já as condições subjetivas seriam o nível de satisfação de vida, e também a auto-estima e medidas relacionadas.

A satisfação com a vida é um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos na vida como saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais, autonomia entre outros, ou seja, um processo de juízo e avaliação geral da própria vida de acordo com um critério próprio. O julgamento da satisfação depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele estabelecido. Satisfação reflete, em parte, o bem-estar subjetivo individual, ou seja, o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem suas experiências de vida de maneira positiva (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007).

Um estilo de vida saudável pode levar os idosos a terem um melhor QV, principalmente quando está associado ao incremento da prática de atividades físicas, sejam elas realizadas no âmbito do trabalho, da locomoção, do lazer e das atividades domésticas, tendo como conseqüência, melhoria nos padrões de saúde, qualidade de vida e conseqüentemente manutenção da capacidade funcional dos idosos (TOSCANO; OLIVEIRA, 2009).

O envolvimento em atividades sociais e de lazer em ambientes diversificados e que envolvem a interação com outras pessoas também seria importante para predizer bem-estar físico e psicológico.

Atividades que proporcionam satisfação afetam a saúde do indivíduo, por exemplo, a prática de atividades prazerosas pode atuar como variável mediadora na superação e prevenção do estresse, depressão e outras desordens psicológicas em idosos, ajuda a lidar com os efeitos negativos da perda de funcionalidade, viuvez e pouco contato familiar, associa-se à expressão de afeto positivo, e afeta o nível de socialização e interesse pela vida, quanto mais um indivíduo estiver engajado em atividades prazerosas, melhor será seu estado de humor, pois o engajamento em eventos ou atividades consideradas prazerosas pelo indivíduo resulta em conseqüências positivas para o mesmo. Quanto menos o indivíduo estiver engajado em atividades prazerosas, menos conseqüências positivas e maior chance de experimentar desânimo ou até evoluir para depressão (FEREIRA; BARHM, 2008).

Com relação ao domínio relações sociais, a QV boa ou excelente é aquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, seja no trabalho, no âmbito familiar, produzindo, vivendo ou simplesmente existindo.

De acordo com a faceta satisfação com as relações pessoais 58,6% referiram está satisfeito. As pessoas idosas, que estão bem integradas às suas famílias e ao seu meio social, têm maiores chances de sobrevivência, além de concentrar melhor capacidade de se recuperar das doenças, sendo o isolamento social importante fator de risco para a morbidade e mortalidade. A saúde de cada membro familiar afeta o funcionamento da família da mesma forma que o funcionamento desta afeta a cada um dos membros (TORRES; REIS; FERNANDES, 2009).

De acordo com Laroque, et al., (2010) sexualidade e idoso, a princípio, para muitos são duas áreas distintas, pois o idoso é visto por muitos como assexuado, mais em decorrência do aumento da longevidade e das facilidades da vida moderna, que incluem a reposição hormonal e as medicações para impotência, o idoso vem redescobrando experiências, sendo uma delas o sexo, tornando sua vida mais agradável. Contudo às práticas sexuais inseguras, tornam os idosos mais vulneráveis a contaminar-se pelo Vírus da Imunodeficiência Humana e outras doenças sexualmente transmissíveis.

Os dados revelam que com relação ao domínio meio ambiente, foram observados que a maioria das facetas apresentou desempenho negativo.

Com relação às facetas aproveitar a vida 41,4%, e oportunidades de lazer 34,5% verificou-se que a maioria dos idosos, não tem oportunidades de lazer, sobre tudo por os mesmos não possuírem renda satisfatória que proporcionem essas condições e por apresentarem outras comorbidades que reduzem a qualidade de vida dos mesmos.

De acordo com Salvador et al., (2009) o conjunto de estruturas específicas do ambiente comunitário como a presença de igrejas ou templos religiosos, praças, academias, agências bancárias ou unidades básicas de saúde, bem como a percepção de boa segurança e convite de amigos para fazer atividade física, está associado com as práticas de atividades físicas no lazer e devem ser considerados no planejamento de programas de promoção de atividades físicas para a população idosa.

O conhecimento das condições de apoio familiar, ambiente físico e psíquico de vida do idoso é importante para o desenvolvimento de mecanismos de assistência domiciliar à saúde do idoso. E impõe-se como indispensável, em todos os níveis sociais, seja por suas características de respeito à individualidade e privacidade do idoso, seja pela possibilidade de minimizar o estresse inerente à atenção à saúde, aumentando a possibilidade de aceitação dos cuidados e conseqüente eficiência dos procedimentos. Assim, torna-se imprescindível compreender a funcionalidade (TORRES et al.,2009).

Quanto às informações disponíveis nota-se que os idosos, por já serem considerados pela sociedade como uma população que não contribui de forma ativa

significativa nas relações de consumo desses bens, fica desprovida da cobertura da mídia, não tendo muito acesso a informações. Segundo Santos, (2009) a mídia pouca atenção tem dedicado aos idosos privilegiando os jovens e os adultos que estejam na ativa ou por considerar que os idosos não necessitam de informações, ou por terem peso não significativo nas relações de consumo, ou mesmo por discriminação ou descaso.

Quanto à segurança na vida diária a maioria, referiu sentir-se mais ou menos seguro, mais se formos observar quanto á fragilidade dos idosos percebe-se que por conta do processo do envelhecimento os mesmos não possuem mais a mesma segurança que tinham antes, necessitando quase sempre de apoio seja ele, familiar ou de um cuidador, pois os mesmos por conta da sua fragilidade estão freqüentemente sujeitos á quedas, podendo está ligada também a fragilidade afetiva financeira, pois, a aposentadoria reduz muitas vezes a renda, as perdas, juntamente com a fragilidade física.

De acordo com Ribeiro et al., (2008) as quedas na população idosa são freqüentes e determinam complicações que alteram negativamente a qualidade de vida dessas pessoas. Sua ocorrência pode ser evitada com medidas preventivas adequadas, identificando causas e desenvolvendo métodos para reduzir sua ocorrência.

De acordo com o item, dinheiro suficiente, sabe-se que a grande maioria da população idosa, sobrevive com apenas um salário, ás vezes sendo a única renda para toda a família, e com o processo de envelhecimento surgem várias comorbidades, fazendo com que o mesmo necessite de fármacos que na maioria das vezes tem um alto custo, ocasionando assim uma redução na qualidade de vida desse idoso por o mesmo não ter como manter a sua saúde, devido á baixa renda. As questões inerentes ao envelhecimento, como baixo status socioeconômico e perda gradual da energia física e de produtividade, aliadas à maior suscetibilidade às doenças crônicas, deixam o idoso mais vulnerável física e emocionalmente (OLIVEIRA; GOMES; PAIVA, 2011).

Com relação á faceta acesso ao serviço de saúde observa-se que a uma divergência nas respostas dos entrevistados 37,9% relatou que estava satisfeito juntamente com o item nem satisfeito nem insatisfeito, mas é sabido que o sistema de saúde brasileiro não atende todas as necessidades de seus usuários, sendo necessário o estabelecimento de políticas públicas que melhorem o atendimento dos clientes que necessitam do serviço público.

Segundo Sousa et al., (2011) é importante considerar que o serviço de saúde deve adotar medidas que melhorem o atendimento nesses locais e qualifiquem os profissionais que lidam diariamente com os idosos, pois esse é um fator que diminui a procura ao serviço

devido principalmente a falta de estrutura da unidade, falta de profissionais em número suficiente e à necessidade de atender a diferentes demandas. Pode, assim, haver uma perda na percepção com relação à qualidade de vida, pois os idosos ao não se identificarem com o serviço de saúde, tendem a rejeitar as possibilidades de alcançar novas realizações e tratamento da sua enfermidade.

Para Sousa et al., (2012) as causas que interferem no tratamento do DM são relacionadas ao paciente, aos serviços de saúde, ao tratamento, à doença e também a algumas causas relacionadas à realidade social em que o paciente está inserido. É necessário que as equipes de saúde conheçam a realidade local para propor intervenções de saúde que se adaptem da melhor forma possível às modificações exigidas para o controle glicêmico.

É importante destacar que por ser uma doença altamente limitante, o DM influencia diretamente a QV desses idosos causando várias complicações, por isso faz-se necessário proporcionar mudanças principalmente nos hábitos alimentares e melhorar o bem-estar físico e mental através da inclusão dos mesmos, em grupos e na própria família e através da manutenção de boas condições de saúde, associado à prática de atividade física pode-se melhorar bastante a QV desses idosos diabéticos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população do estudo apresentou prevalência do sexo feminino, 48,3% dos sujeitos eram casados e 37,9% viúvos. Quanto ao grau de escolaridade 41,4% possuíam ensino fundamental incompleto. Já o tempo mínimo de diagnóstico do diabetes variou de 1 ano a 25 anos, verificando-se um tempo longo, levando-se em consideração um tempo longo o processo de envelhecimento, associado ao processo patológico, referente ao diabetes.

Percebe-se que o tratamento do diabetes é basicamente realizado com uso de medicamentos, e poucas pessoas praticavam atividades físicas. Além disso, foram identificadas diversas inadequações nos hábitos alimentares como, o elevado consumo de açúcar. Esses fatores de risco, se não controlados, podem aumentar a predisposição dos pacientes às doenças cardiovasculares, aumentando os custos para o sistema público e diminuindo os anos de vida com qualidade para os indivíduos acometidos por esta enfermidade. Cabe aqui, portanto, intervenções dos profissionais de saúde, que estimulem mudanças de hábitos e estilos de vida ligados à alimentação e nutrição, importantes na promoção da saúde e prevenção de complicações para os idosos acometidos pelo DM.

Observou-se ainda que na educação individual os pacientes reconhecem a dieta e a prática regular de atividades físicas como fatores importantes para o controle da doença, porém a prática de atividade física não foi relatada como hábito praticado com frequência pela maioria. A educação e a transferência de conhecimento é um processo difícil, especialmente no caso do DM, uma doença que afeta indivíduos de todas as idades, com diferentes graus educacionais e com diferentes bases sociais e ambientais.

A análise da qualidade de vida evidenciou que os domínios que obtiveram respostas positivas foram o psicológico e as relações sociais e no domínio meio ambiente, observaram-se maiores respostas negativas. Quanto á mensuração do domínio físico as facetas que apresentaram melhores respostas foram ás relacionadas ás atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamento, dor e desconforto, energia e fadiga, sendo que as facetas, sono e capacidade para o trabalho tiveram avaliação negativa. A QV dos idosos está diretamente relacionada às mudanças no estilo de vida em decorrência da modernização da sociedade hábitos alimentares precários, exagerado consumo de glicose associado em parte com o sedentarismo, pode levar a ocorrência de doenças crônicas entre elas o DM ocasionando diminuição na qualidade de vida dos mesmos.

Atualmente, vivencia-se um aumento tanto na expectativa de vida, quanto na maior incidência das doenças crônicas não transmissíveis. Considera-se, pois, fundamental que os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, direcionem sua prática profissional para ações que levem à independência, à autonomia e à qualidade de vida dos idosos. Para tanto, é necessário ampliar, cada vez mais, o conhecimento sobre o envelhecimento, as doenças crônicas e os fatores que têm determinado melhores ou piores condições de saúde e qualidade de vida. O enfermeiro deve estar atento às mudanças que estão ocorrendo no país e no mundo, para que possa adequar seu conhecimento teórico-prático às reais necessidades de saúde da população, principalmente a idosa.

O presente estudo nos mostra a importância de desenvolver ações no ambiente domiciliar, porque tem se a oportunidade de observar a realidade na qual as pessoas vivem e se relacionam, detectando fatores relacionados ao diabetes, como dieta inadequada, sedentarismo e outros. Muitas vezes, por condições de vida, emprego acesso à educação e saúde não favoráveis, o individuo tem menor possibilidade de chance de ter uma vida digna e provida de condições favoráveis. Assim, o que era de responsabilidade exclusiva da pessoa, ao não adquirir hábitos saudáveis, evitando fatores de risco, passa, em função dessas condições e de má redistribuição de renda, a ser também responsabilidade da sociedade. Sendo assim cabe ao estado, e ao município, garantir acesso à atenção da saúde e educação

para os grupos que dela carecem. Por outro lado se cada membro da sociedade fizer a sua parte, poderíamos conseguir mudar a realidade em que vivemos sobre tudo o papel do enfermeiro que pode influenciar positivamente na adaptação e na efetivação do tratamento, envolvendo-se na educação e promoção da saúde, através do estímulo das práticas de autocuidado.

Gostaria de enfatizar que a educação é fundamental na vida do ser humano, sobretudo a educação em saúde, pode ser fator de suma importância na prevenção e tratamento do diabetes. Essas doenças podem ser prevenidas se houver ações educativas que trabalham com a perspectiva de mudar o estilo de vida pouco saudável.

Durante o desenvolvimento do estudo surgiram algumas limitações como: o tempo reduzido para a coleta de dados, as intervenções do CEP, a má localização dos endereços e a mudanças dos idosos, e a redução da amostra frente ao cálculo inicial, em virtude dessas intercorrências, propõe-se estudos posteriores com uma amostra mais abrangente.

Sugere-se maior aprofundamento deste tema, principalmente ao focar o autocuidado em idosos com diabetes, através da ampliação da amostra e a aplicação deste instrumento em outras realidades.

Espera-se que este estudo contribua para ajudar o enfermeiro, e outros profissionais de atendimento direto aos idosos, que desempenhem seu papel como facilitador da saúde integral a idosos, garantindo-lhes o bem-estar, desenvolvendo ações educativas em saúde, oferecendo-lhes o ensino-aprendizagem com a finalidade de propor mudanças de hábitos mais saudáveis a saúde, atitudes negativas e conscientização em relação à prática e autonomia da saúde, mostrando-lhes alternativas para solucionar as dificuldades no processo da sua doença.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, T. C. C, et al. Qualidade de Vida e Diabetes Mellitus. **Arq Bras Endocrinol Metab.** p.52-6, 2008.
- ASSUNÇÃO, T.S.; URSINE, P.G.S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva.** v .13, n. 2, p.2189-2197, 2008.
- BRAGA, P.C.M. Qualidade de Vida medida pelo WHOQOL-BREF. **Rev. APS.** v.14, n.1, p. 93-100. Jan-mar, 2011.
- BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica – Diabetes Mellitus n.º 16 Série A. Normas e Manuais Técnicos** 2006.
- BRASIL. Estatuto do Idoso. **Lei nº10.741**, de 1º de outubro de 2003, Brasília.1 ed 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96.** http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional do Idoso**, 1994
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus.** Brasília, DF, 2006.
- BRUNNER; SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico.** 4ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p, 155, 2009.
- BUDCHEM, D.C.; SANTOS, R.Z.; ANTUNES, M.H; SOUSA, C.A.; HERDY, A.H.; BENETTY, M.; CARVALHO, T. Qualidade de Vida de Hipertensos em Tratamento Ambulatoriale em Programas de Exercício Físico. **Rev Bras Cardiol.** v.23,n.6, p.344-350 novembro/dezembro, 2010.

CAMPOLINA; DINI; CICONELLI; Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n.6, p.2919-2925, 2011.

COELHO, C.F.; BURINI, R.C. Atividade Física Preventiva e Terapêutica. **Rev. Nutr, Campinas**. v. 22, n. 6, p. 937-946, nov./dez, 2009.

CORREIA, K.; CEOLIM, M.F.; Qualidade do sono em pacientes idosos com patologias vasculares periféricas. **Rev Esc Enferm USP**. v.42, n.1, p.12, 2008.

DINIZ, B.S.O.; VOLPE, F.M.; TAVARES, A.R. Nível educacional e idade no desempenho no Mini exame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. **Rev. Psiq. Clín.** V.34, n. 1, p. 13-17, 2007.

DINIZ, M.F.F.M. Efeito da farinha da casca do maracujá-amarelo (*Passiflora edulis f. fl. avicarpa* Deg.) nos níveis glicêmicos e lipídicos de pacientes diabéticos tipo 2. **Rev. Bras. Farmacogn. Braz J. Pharmacogn.** v.18 ,n.2, Dez, 2008.

DYNIWICZ, A.M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2. Ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2009.

DRUMOND, A. O Perfil e a Funcionalidade de Idosos Inscritos no Programa Saúde da Família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** . Vol.02, Nº. 01. p. 354-36, Ano 2011.

DUARTE, F.M.; WANDERLEY, K.S. Religião e Espiritualidade de Idosos Internados em uma Enfermaria Geriátrica. **Psic.: Teor. e Pesq.** Brasília. Vol. 27 n. 1, p. 49-53. Jan-Mar 2011.

FERREIRA, H.G.; BAHAM, E.J.; O Envolvimento de idosos em atividades prazerosas: Revisão da Literatura sobre Instrumentos de Aferição. **REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL.** RIO DE JANEIRO, v.14,n.3,p.579-590, 2011.

FIDELLES, C.L.; MOREIRA, O.C.; TEODORO, B.G.; OLIVEIRA, C.A.P. Prevalência de Diabetes Mellitus no Município de Teixeira- MG. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. Volume 14, Número 1, 2009.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3ª ed. 2ª Reimpressão. São Caetano do Sul: Yendis Editora, cap.06, p.95, 2008.

FLECK, Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida - **WHOQOL-bref**, 2000.

FLORIANO, P.J.; DALGALARRONDO, P. J. Saúde mental, qualidade de vida e religião. **Bras Psiquiatri**. v.56, n.3, p.162-170, 2007.

FRANCHI, B.M.K. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. Volume 13, Número 3, 2008.

FRANCISCO, P.M.S.B.; BELON, A.P.BARROS, M.B.A.; CARANDINA, L; ALVES, M.C.G.P.; GOLDBAUM, M.;CESAR, C.L.G. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**. v.26, n.1, p.175-184, jan, 2010.

GARRIDO. R.; MENESES,P.R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev Bras Psychiatry**. V.24.n.1, p.3-6, 2002.

GIL, A.C.; **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, G.P.; HADDAD, M.C.L.; GUARIENTE, M.H.D.M. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina**, v. 29, n. 2, p. 141-154, jul./dez. 2008.

GONTIJO, M.F.; RIBEIRO, A.Q; KLEIN, C.H.; ROSENFELDY,S.; ACURSIO,F.A. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**. v.28, n.7, p.1337-1346, jul, 2012.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A; SANTOS.S.S.C. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. **Rev enferm UFPE on line**.v.4, n.1, p.451-52. jan./mar, 2010.

IBGE, 2010. Disponível em:

http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=22. Acesso em 10 de junho de 2012.

JANEBRO, D.I.; QUEIROZ, M.S.; RAMOS, A.T.; SABAA-SR, A.U.O.; CUNHA, M.A.L.; DINIZ, M.F.FM. Efeito da farinha da casca do maracujá-amarelo (*Passiflora edulis* f. *flavicarpa* Deg.) nos níveis glicêmicos e lipídicos de pacientes diabéticos tipo 2 **Revista Brasileira de Farmacognosia Brazilian Journal of Pharmacognosy**. v.18 (Supl.), p.724-732, Dez, 2008.

JOIA, L.C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M.T. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev Saúde Pública**. V.41, n.1,131-8, 2007.

LANGE, C. Sexualidade do Idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. **Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS)**. v.32, n.4, p.774-80, dez, 2011.

LAROQUE, F.M.; AFFEDLT, A.B.; CARDOSO, D.H.; SOUSA, G.L.; SANTANA, M.G.; OLIVEIRA, E.R.; GOMES, M.J.; PAIVA, K.M. Institucionalização e Qualidade de Vida de Idosos da Região Metropolitana de Vitória – **Es. Esc Anna Nery**. V.15, n.3, p.518-523, jul-set, 2011.

MALAGUTTI, W.; BERGO, A.M.A. Abordagem interdisciplinar do idoso. **Rio de Janeiro Editora: Rubio**, 2010.

MARQUES. M.B. Avaliação de competências de idosos para o autocuidado em diabetes (dissertação). **Universidade Federal do Ceará**. p.104, 2009.

MENDES, T. A. B. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**. v. 27, n.6, p.1233-1243, jun, 2011.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 19. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006.

MIRANDA, M.L.J.; GODELI, M.R.C.S. Música, Atividade física e bem-estar psicológico em idosos. **R. bras. Ci. eMov.** v.11, n.4, p. 87-2003.

MIRANZI, S.S.C.; FERREIA, F.S.; IWANMOTO, H.H; PEREIRA, G.A.; MIRANZI, M.A.S. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus. **Texto contexto Enferm, Florianópolis.**; v.17, n.4, p. 672-9. Out- Dez, 2008.

NUNES, M. C. R; RIBEIRO, R. C. L; ROSADO, L. E. F. P. L; FRANCESCHINI, S. C. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos. v. 13, n. 5, p. 376-82, set./out. 2009.

OTERO, L.;ZANETTI, M.L.; OGRIZIO, M.D. **Rev Latino-am Enfermagem** março-abril; v.16, n.2, 2008.

PITITO, B.A.; FILHO,C.M.A.; CENDOROGLIO, M.S. Deficit Cognitivo: mais uma Complicacao do Diabetes Melito? **Arq Bras Endocrinol Metab.** v. 52, n.7, 2008.

POLIT, D.F.;BECK, C.T.;HUNGER, B.P.**Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PONTIERI, F.M.; BACHION, M.M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricionale sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.15, n.1, p.151-160, 2010.

RIBEIRO, A.P.; SOUSA, E.R.; SOUSA, A.C.; SCHILITZH, A.O. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.13, n.4, p.1265-1273, 2008.

RIBEIRO, J. P.; ROCHA, S. A.; POMPIM, R. C. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipoII. **Esc Anna Nery.** v.14, n.4, p.765-771, out-dez, 2010.

SALOME, G.M.; BLANES, L.; FERREIRA, L.M. Capacidade funcional dos pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado. **Acta Paul Enferm.** v.22, n.4, p.412-6, 2009.

SALVADOR, E.P.; FLORINDO, A.A; REIS, R.S.; COSTA, E.F. Percepção do ambiente e prática de atividade física no lazer entre idosos. **Rev Saúde Pública.** v.43, n.6, p.972-80, 2009.

SANTANA, T.D.; COSTA, F.O.; ZENÓBIO, E.G.; SOARES, R.V.; SANTANA, T.D. Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v.23, n.3, p.637-644, mar, 2007.

SANTOS, D.O. Estudo sobre a Qualidade de vida em Homens da Terceira Idade de São Caetano do Sul. **Encontro Revista de Psicologia.** vol XII, nº 17, ano 2009.

SARTORELLI, D.S; FRANCO, L.J **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeir.** v.19, n.1,p.29-36, 2003.

SILVA, E.M.M; GALLO, A.K.G;SANTOS, D.M; BARRÃO, V.A.R; JUNIOR, A.C.F. Enfermidades do Paciente Idoso. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa.** v. 7, n. 1, p. 83-88, jan./abr 2007.

SILVA, L.W.S; SANTOS, R.G; SQUARCINI, C.F.R; AZEVEDO, M.P; BARBOSA, F.N.M. Perfil do estilo de vida e auto estimada pessoa idosa - perspectivas de um Programa de Treinamento Físico, **Revista Temática kairós gerontologia.** v.14, n.3, p. 2176-901, São Paulo, junho 2011.

SOARES, M.B.O; TAVARES, D.M.S; DIAS, F.A; DINIZ, M.A; GEIB,S. MORBIDADES, Capacidade Funcional e Qualidade De Vida de Mulheres Idosas. **Esc Anna Nery (impr.)** v.14, n.4, p.705-711, out-dez, 2010.

SOUSA, I.S.M.; TEIXEIRA, K.M.G.; MAFRA, S.C.T.; TINOCO, A.L.R. Qualidade de Vida De Idosos Residentes em uma Instituição de Longa. Oikos: **Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa. v. 22, n.1, p. 131-152, 2011.

SOUSA, N.G.; HONORATO, S.M.B.C.; XAVIER, A.T.F.; PEREIRA, F.G.F.; ATAIDE, M.B.C. Visão do mundo, cuidado cultural e conceito ambiental: o cuidado do idoso com diabetes mellitus. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre. v.33, n.1, p.139-46. Mar 2012.

TAVARES, D.M.S.; RODRIGUES, F.R.; SILVA, C.G.C; MIRANZI, S.S.C. Caracterização de idoso diabéticos atendidos na atenção secundária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.5, p.1341-1352, 2007.

TAVARES, D.M.S.; CORTÊS, R.M.; DIAS, F.A. Qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus. **Cienc Cuide Saúde.** v.10, n.2, p. 290- 297, Abr/Jun,2011.

TAVARES, D.M.S.; CORTÊS, R.M.; DIAS, F.A. Qualidade de vida e comorbidades entre os idosos diabéticos. **Rev. Enferm. URJ, Rio de Janeiro.** v.18, n.1,p.97-103, Jan/ Mar, 2010.

TEIXEIRA, C.S; PEREIRA, E.F; ROSSI, A.G. A Hidroginástica como meio de manutenção da qualidade de vida e saúde do idoso. **ACTA FISIATR.** v.14, n.4, p. 226 – 232, 2007.

TEIXEIRA, C.V.L.; SALVE, M.G.C. Estudo de um Programa de Treinamento Físico Sobre os Aspectos da Qualidade de Vida. **Coleção Pesquisa em Educação Física.** Vol.8, nº 4, 2009.

TORRES, G.V.; REIS, L.A.; FERNANDES, M.H. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **J Bras Psiquiatr.** v.58, n.1, p.39-44, 2009.

TORRES, G.V.; REIS, L.A.; REIS, L.A; FERNANDES, M.H. ALVES, G.S.; SAMPAIO, L.S.; MASCARENHAS, C.H.M. Funcionalidade Familiar de Idosos Residentes em Domicílio. **Avaliação Psicológica.** v.8, n.3, 2009.

TORRES, H.C.; FRANCO, L.J.; STRADIOTO, M.A; HORTALE, V.A.; SCHALL, V.T. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Rev Saúde Pública.** v.43, n.2, p.291-8, 2009.

VERAS, R. Envelhecimento, demandas, desafios e inovações, **Rev Saúde Pública.** v.43, n.3, p.548-54, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
FORMULÁRIO

Nº do Participante: _____

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICA DOS IDOSOS

1. Idade: _____
2. Sexo: 1 () M 2 () F
3. Estado Civil: 1 () Solteiro 2 () Casado 3 () Viúvo 4 () Divorciado
4. Religião: 1 () Católica 2 () Evangélica 3 () Espírita 4 () outras
5. Grau de Escolaridade:
 1. () Analfabeto
 2. () Sabe escrever o nome
 3. () Ensino Fundamental incompleto
 4. () Ensino Fundamental Completo
 5. () Ensino Médio Incompleto
 6. () Ensino Médio Completo
 7. () Ensino Superior
6. Aposentado: 1 () sim 2 () não
7. Ocupação profissional se tiver: _____
8. Número de filhos: _____
9. Quantidade de pessoas que moram em sua residência: _____
10. Renda individual: _____
11. Renda mensal da família: _____

CARACTERÍSTICA CLÍNICA DO IDOSO

12. Quanto tempo sabe que tem diabetes _____

13. Qual o tipo de tratamento realiza para o diabetes

14. Qual o nome do medicamento que você toma para o diabetes_____

15. Você segue a dieta alimentar para o diabetes: sim () não (). Se respondeu não, diga por qual motivo. _____.

16. Realiza algum tipo de atividade física? Sim () Não ().

Se realiza alguma atividade física especifique-a regularidade_____

17. Você verifica a glicemia capilar rotineiramente? Sim () Não (). Se respondeu não diga qual o motivo_____

18. Data e valor da sua ultima glicemia capilar realizada? (mês/ ano)_____

19. Quais sintomas abaixo o senhor (a) sente:

1.() muita vontade de urinar 2.() muita sede 3.() cansaço

4.() perda de peso 5.() dificuldade visual 6.() urina espumosa 7.()ferida na pele

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: *Avaliação da Qualidade de Vida de Idosos Acometidos por Diabetes Mellitus.*

Pesquisador responsável: Profa. Ms. Marília Braga Marques

Pesquisador Participante: Luana Santos Oliveira

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí / CSHNB / Enfermagem

Telefone para contato (inclusive a cobrar):(0158581238626)

Você está sendo convidado (a) para participar, como **voluntário (a)**, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão! Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser **esclarecido (a)** sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Caso recuse, você não será penalizado (a) de forma alguma.

Esta pesquisa trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal. Seu principal objetivo é avaliar a qualidade de vida de idosos acometidos por diabetes mellitus, assistidos na Estratégia Saúde da Família.

Para coletar os dados serão utilizados dois instrumentos, um formulário adaptado sobre dados Sociodemográficos e Clínico para Idosos e um questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para Idosos com perguntas de fácil compreensão.

Vale ressaltar que:

1. Não há benefício direto ao participante desta pesquisa;

2. A resolução do formulário e do questionário acontecerá na oportunidade da visita do pesquisador ao local de estudo;
3. Em qualquer fase do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de quaisquer dúvidas;
4. Não é necessária a identificação do participante. Assim, será respeitado o sigilo e a confidencialidade da pesquisa.
5. A coleta das informações acontecerá no período de agosto a setembro de 2012, mas você tem o direito de retirar o **consentimento** a qualquer tempo.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO	
<p>Eu, _____, RG _____, CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Avaliação da Qualidade de Vida de Idosos Acometidos por Diabetes Mellitus", como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com (a) Msc. Marília Braga Marques sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/assistência/tratamento neste Serviço.</p>	
Local e data	Assinatura do sujeito ou responsável

TESTEMUNHAS (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar:

Nome:	RG/CPF:
Assinatura:	
Nome:	RG/CPF:
Assinatura:	

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Pesquisador Responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga.

Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina – PI

tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

ANEXOS

ANEXO I - WHOQOL – ABREVIADO
QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA PARA IDOSOS

Versão em Português

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1(G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2(G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3(F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **Quão completamente** você tem sentido ou J capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10(F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12(F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **Quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

15(F9.1) Quão bem você é capaz de se locomover?

		muito ruim	ruim	nem ruim	bom	muito bom
15(F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16(F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17(F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19(F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26(F8.1)	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?_____.

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?_____.

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO II - COMPROVANTE DE APROVAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ACOMETIDOS POR DIABETES MELLITUS

Pesquisador: Marília Braga Marques

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 05345212.8.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 683.423

Data da Relatoria: 29/05/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa intitulada AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ACOMETIDOS POR DIABETES MELLITUS.

É um estudo descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa a ser desenvolvido com os pacientes de em uma Unidade da Estratégia Saúde da Família localizada no município de Picos-Piauí.

Forma da coleta: será realizada no domicílio dos participantes através de visita domiciliária na companhia do Agente Comunitário de Saúde, através de cadastro prévio indicado pela enfermeira da Unidade de Saúde.

Contato inicial com os participantes da pesquisa: será realizado através da reunião do hiperdia, na ocasião serão apresentados os objetivos da pesquisa e a disponibilidade de participação dos mesmos no estudo em questão.

Instrumentos de coleta: Para coleta de dados serão utilizados um formulário adaptado de (MARQUES, 2009) composto por dados sociodemográficos e clínicos do idoso, juntamente com um Questionário de Qualidade de Vida para Idosos (WHOQOL, 2000) O número de famílias beneficiadas nesta unidade é de aproximadamente 1819, sendo que deste número 99 são idosos diabéticos cadastrados no programa hiperdia, sendo este o grupo de participantes da pesquisa.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (863)215--5734 **Fax:** (863)215--5660 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 683.423

A amostra será selecionada por conveniência.

A escolha da unidade de saúde deu-se por ser campo de prática dos acadêmicos da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e localizar-se próxima a mesma.

Crítérios de inclusão: Idoso (indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos), de acordo com a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994); Possuir cadastrado no programa hiperdia da unidade. Serão excluídos: Idosos que possuírem alguma limitação para responder ao questionário; Idosos que apresentem problemas cognitivos aparentes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar a qualidade de vida de idosos acometidos por diabetes mellitus, assistidos na Estratégia Saúde da Família.

Objetivo Secundário: -Conhecer o estilo de vida de idosos acometidos pelo diabetes mellitus. -Verificar a relação do tempo de diagnóstico com a qualidade de vida do idoso. -Analisar o conhecimento dos idosos portadores de diabetes acerca do tratamento e controle da doença

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O pesquisador informa que a pesquisa não oferece riscos.

Benefícios: A relevância deste estudo consiste em apresentar um novo olhar, acerca do tema exposto, qualidade de vida em idosos portadores de Diabetes Mellitus, com a finalidade de ampliar o conhecimento sobre esta temática e compreender como esses idosos lidam com as limitações decorrentes da doença, abordando-se como as modificações na qualidade de vida influenciam na redução das complicações decorrentes da doença e que com a adaptação do seu cotidiano o idoso poderá manter uma vida mais saudável

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa por meio da qual se objetiva avaliar a qualidade de vida de idosos acometidos pela diabetes mellitus. A Diabetes Mellitus influencia diretamente na qualidade de vida desses idosos,

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (863)215--5734 **Fax:** (863)215--5660 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 683.423

sendo uma doença altamente limitante, podendo causar cegueira, amputações, nefropatias, complicações cardiovasculares e encefálicas, entre outras, acarretando prejuízos à capacidade funcional, e autonomia, podendo esta relacionada, a abaixo auto-estima decorrente das complicações crônicas, abrangendo uma série de aspectos como, o estado emocional, capacidade funcional, e interação social, fazendo com que esses idosos sintam-se excluídos do convívio social. Entende-se por qualidade de vida, a relação entre auto-estima e bem estar pessoal.

Em razão de tais aspectos identificamos a importância da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Como recomendações, sugiro a numeração das páginas do tcle e a atualização do endereço do cep-ufpi.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (863)215--5734 **Fax:** (863)215--5660 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 683.423

TERESINA, 11 de Junho de 2014

Assinado por:
Alcione Corrêa Alves
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (863)215--5734 **Fax:** (863)215--5660 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br