



Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

MARINO MEDEIROS MARTINS

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE IDOSOS
DIABÉTICOS ACOMPANHADOS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE CAJAZEIRAS-PARAÍBA**

CAJAZEIRAS-PB

2011

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE IDOSOS
DIABÉTICOS ACOMPANHADOS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE CAJAZEIRAS-PARAÍBA**

MARINO MEDEIROS MARTINS

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE IDOSOS
DIABÉTICOS ACOMPANHADOS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE CAJAZEIRAS-PARAÍBA**

Monografia apresentada ao curso de bacharelado em enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Ms. Maria Rosilene Cândido Moreira

Co-orientadora: Enfa. Esp. Eliane Sousa Leite

CAJAZEIRAS-PB

2011



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

M386q Martins, Marino Medeiros
Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos diabéticos acompanhados pelas equipes de saúde da família de Cajazeiras-PB./ Marino Medeiros Martins. Cajazeiras, 2011.
74f. : il.

Orientadora: Maria Rosilene Cândido Moreira.
Coorientadora: Eliane de Sousa Leite.
Monografia (Graduação) – CFP/UFPG

1. Diabetes mellitus – idoso. 2. Idoso diabético – qualidade vida. 3. Saúde da família – cuidados com idosos diabéticos. I. Moreira, Maria Rosilene Cândido. II. Leite, Eliane de Sousa. III. Título.

UFPG/CFP/BS

CDU – 616.379-008.64

MARINO MEDEIROS MARTINS

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE IDOSOS
DIABÉTICOS ACOMPANHADOS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE CAJAZEIRAS-PARAÍBA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida – UACV, da Universidade Federal de Campina Grande, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em ____ / ____ /2011.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ms. Maria Rosilene Cândido Moreira
Universidade Federal de Campina Grande – Campus de Cajazeiras
(orientadora)

Enfa. Esp. Eliane Sousa Leite
Universidade Federal de Campina Grande – Campus de Cajazeiras
(co-orientadora)

Enfa. Esp. Kennya Silva Formiga de Lira
Unidade de Saúde da Família Maria José de Jesus – Cajazeiras

Aos meus pais, que me propiciaram uma vida digna onde eu pudesse crescer, acreditando que tudo é possível, desde que sejamos honestos, íntegros de caráter e tendo a convicção de que desistir nunca seja uma ação contínua em nossas vidas; que sonhar e concretizar os sonhos só dependerão de nossa vontade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas oportunidades que me foram dadas na vida, principalmente por ter conhecido pessoas e lugares interessantes, mas também por ter vivido fases difíceis, que foram matérias-primas de aprendizado. Enfim agradeço à Deus por iluminar meu caminho e me dar forças para seguir sempre em frente.

A minha mãe Maria de Fátima, por ser tão dedicada e amiga, por ser a pessoa que mais me apoia e acredita na minha capacidade, meu agradecimento pelas horas em que ficou ao meu lado não me deixando desistir e me mostrando que sou capaz de chegar onde desejo, sem dúvida foi quem me deu o maior incentivo para conseguir concluir esse trabalho.

Ao meu pai José Adailton, por todo amor e dedicação que sempre teve comigo, meu eterno agradecimento pelos momentos em que estive ao meu lado, me apoiando e assim contribuindo para a realização deste trabalho.

Aos meus irmãos Eduardo, Miguel e Albérico, por toda atenção que sempre tiveram comigo, sempre me apoiando em todos os momentos, enfim por todos os conselhos e pela confiança em mim depositada meu imenso agradecimento.

As minhas avós Albanita e Marieta, por estar sempre torcendo e rezando para que meus objetivos sejam alcançados, e ao meu avós Amâncio (in memoriam) e Miguel, pelo corações bondosos que dedicaram toda sua vida a família, por tudo meu eterno agradecimento.

Aos amigos que fiz durante o curso, pela verdadeira amizade que construímos em particular aqueles que estavam sempre ao meu lado (Thairon, Felipe, Wanderson, Wanduy, Jussara, Kadidja, Luciana, Marina, Mariane, Natália, Tâmara, Kylvia Kiev, Kylvia Luciana, Larissa, Priscila, Ronaldo, Thainar, Fabricio, Saulo, Roberto e Lazaro) por todos os momentos que passamos durante esses quatro anos e meio meu especial agradecimento. Sem vocês essa trajetória não seria tão prazerosa.

As minhas orientadoras, Maria Rosilene e Eliane Sousa. Por toda dedicação, paciência, sensibilidade e apoio ao longo desta jornada.

À turma de Enfermagem 2007.2 pelo companheirismo, apoio e por todos os momentos felizes que passamos juntos.

A todos os professores do curso de enfermagem, pela paciência, dedicação e ensinamentos disponibilizados nas aulas, cada um de forma especial contribuiu para a conclusão desse trabalho e conseqüentemente para minha formação profissional.

Aos pacientes, o meu reconhecimento de que sem vocês isso não seria possível.

Por fim, gostaria de agradecer aos meus amigos, sobrinhos, cunhadas, tios e familiares, pelo carinho e pela compreensão nos momentos em que a dedicação aos estudos foi exclusiva, a todos que contribuíram direta ou indiretamente para que esse trabalho fosse realizado meu eterno agradecimento.

“Não importa se a estação do ano muda...

Se o século vira...

Se o milênio é outro...

Se a idade aumenta...

Conserve a vontade de viver!

Não se chega à parte alguma sem ela.”

*“Não importa se a estação do ano muda...
Se o século vira...
Se o milênio é outro...
Se a idade aumenta...
Conserve a vontade de viver!
Não se chega à parte alguma sem ela.”*

Fernando Pessoa

MARTINS, Marino Medeiros. **Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos diabéticos acompanhados pelas equipes de saúde da família de Cajazeiras-Paraíba.** Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado de Enfermagem) – Universidade federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB – 2011.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto política pública nacional, tem se destacado como uma ferramenta de reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando a concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. Entre as várias ações desenvolvidas na ESF está o controle da hipertensão arterial e do diabetes, que tem por objetivo reduzir o número de complicações, através de prevenção e controle das comorbidades, e assim, promover uma melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) dos portadores. Nesse contexto, o presente trabalho se propôs a avaliar a qualidade de vida de idosos portadores de diabetes mellitus tipo 2 acompanhados pelos profissionais da ESF do município de Cajazeiras - PB, a fim de verificar se a qualidade de vida dessas pessoas é prejudicada em decorrência da doença. Tratou-se de um estudo descritivo e transversal, de abordagem quantitativa, realizado com 68 idosos diabéticos durante o mês de novembro de 2011, por meio da aplicação de um instrumento com variáveis sociodemográficas e dois instrumentos para avaliar a QVRS, o Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey (SF-36) e o Problems Areas in Diabetes Scale (PAID), versões brasileiras. Os resultados apontaram que, de maneira geral, o diabetes exerce um impacto significativo na vida dos idosos mais jovens (média de 68,84 anos), do sexo feminino (75%), com grau de escolaridade menor (60,3%) e com menor tempo de diagnóstico da doença (média de 6,62 anos). Dentre os domínios estudados, a dor apresentou o pior escore (26,76), seguido dos aspectos sociais (42,46) e do estado geral de saúde (40,81). Os escores mais altos foram os encontrados nos domínios saúde mental (74,76%), aspectos emocionais (71,76%), vitalidade (67,50), aspectos físicos (66,18) e capacidade funcional (61,18), representando um padrão positivo na qualidade de vida dos idosos. Em relação ao questionário específico B-PAID, sua análise demonstrou que a DM apresenta pouca influência negativa na qualidade de vida dos idosos investigados. Conclui-se que, embora a maioria dos participantes do estudo tenha manifestado um bom padrão de QVRS, portar diabetes traz especificidades que variam de indivíduo para indivíduo, caracterizando o fenômeno como singular.

Palavras chave: Qualidade de vida, Saúde do idoso, Programa Saúde da Família, Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS), while national public policy, has been highlighted as a tool of reorganization of basic health care, on the rationale of health surveillance. Representing the concept of health which focuses on promoting quality of life. Among the various actions that are developed in the FHS is the control of arterial hypertension and diabetes, which has the goal to reduce the number of complications, by means of prevention and control of comorbidities, and thus promoting a better quality of life related to the health (QLRH) of patients. In this context, the present study proposes to assess the quality of life of elderly patients with type 2 diabetes mellitus accompanied by professionals in the FSE in the municipality of Cajazeiras - PB, in order to verify that the quality of life of these people and damaged as a result of the disease. This was a cross-sectional descriptive study with a quantitative approach, performed with 68 elderly diabetic patients during the month of November 2011. By means of the application of an instrument with sociodemographic variables and two instruments for assessing the (QLRH), The Medical Outcomes Study 36-Item Short-form Health Survey (SF-36) and the Problems Areas in Diabetes Scale (PADS), Brazilian Portuguese versions. The results showed that, in general, the diabetes exerts a significant impact on the lives of younger patients (average of 68.84 years), female (75 %), with a level of schooling lower (60.3 %) and with less time for the diagnosis of the disease (mean of 6.62 years). Among the areas studied, the pain was the worst score (26.76), followed by the social aspects (42.46) and the general state of health (40.81). The highest scores were found in the areas mental health (74.76 %), emotional aspects (71.76 %), vitality (67.50), physical aspects (66.18) and functional capacity (61.18), representing a standard positive on the quality of life for the elderly. In relation to the specific questionnaire B-PAID, its analysis demonstrated that the diabetes mellitus has little effect on the quality of life of elderly investigated. Concludes that, although the majority of the participants in the study have shown a good standard of HRQOL, wear diabetes brings specificities that vary from individual to individual, characterizing the phenomenon as a singular.

Key Words: Quality of life, Health of the elderly, Family Health Program, Diabetes Mellitus.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição dos idosos diabéticos por sexo.....	25
Gráfico 2. Distribuição dos idosos diabéticos por faixa etária.....	26
Gráfico 3. Distribuição dos idosos diabéticos quanto à escolaridade.....	27
Gráfico 4. Distribuição dos idosos diabéticos quanto ao tempo do diagnóstico da doença.....	28
Gráfico 5. Distribuição dos entrevistados quanto ao uso de insulina.....	29
Gráfico 6. Médias e desvio-padrão dos domínios obtidos no SF-36.....	31
Gráfico 7. Percepção quanto à condição de saúde em relação a um ano atrás.....	33
Gráfico 8. Problemas emocionais relacionados ao diabetes.....	35
Gráfico 9. Problemas relacionados ao tratamento.....	38
Gráfico 10. Problemas emocionais relacionados à alimentação.....	40
Gráfico 11. Problemas relacionados ao apoio social.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AVD** – Atividades da Vida Diária
- APS** – Atenção Primária em Saúde
- DAB** – Departamento de Atenção Básica
- DM** – Diabetes Mellitus
- DM1** – Diabetes Mellitus Tipo 1
- DM2** – Diabetes Mellitus Tipo 2
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- HIPERDIA** – Hipertensos e Diabéticos
- HUAC** – Hospital Universitário Alcides Carneiro
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PAID** - Problems Areas in Diabetes Scale
- PSF** – Programa de Saúde da Família
- QV** – Qualidade de Vida
- QVRS** – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
- SIAB** – Sistema de Informação de Atenção Básica
- Sis-HiperDia** – Sistema de Acompanhamento de Hipertensão e Diabetes
- SPSS** - Statistical Package for the Social Science
- SF-36** - Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UBASF** – Unidade Básica de Saúde da Família
- UFMG** – Universidade Federal de Campina Grande
- UBS** – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 ENVELHECIMENTO E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	16
2.2 ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE.....	17
2.3 QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO.....	19
2.4 QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO PORTADOR DE DIABETES....	20
3. MATERIAL E MÉTODOS	22
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	22
3.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO.....	22
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	23
3.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS..	24
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	25
3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	25
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
5. CONCLUSÕES	46
6. REFERÊNCIAS	47
APÊNDICES	53
ANEXOS	59

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, com a transição epidemiológica houve uma importante mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, principalmente pelo declínio das doenças infecto-parasitárias e aumento das doenças crônico-degenerativas. A maior longevidade da população associada às modificações ocorridas no estilo de vida tem contribuído significativamente para o aumento na ocorrência destas doenças, que são responsáveis por um grande número de óbitos em todo mundo (PAPALEO NETO, 2007). Tal mudança se configura num desafio para as autoridades sanitárias, especialmente para a implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema.

As doenças crônico-degenerativas são caracterizadas por historia natural prolongadas, multiplicidade de fatores de riscos, interação de fatores etiológicos e biológicos, longo período de latência, curso clínico geralmente prolongado e permanente, manifestações clínicas com período de remissão, exacerbação e evolução para graus variados de incapacidade e morte (MIRANZI et. al., 2008).

Dentre as doenças crônicas, o *Diabetes Mellitus* se apresenta como uma das mais comuns na classificação das degenerativas, cujo tratamento e controle exigem mudanças de comportamento em relação à alimentação, ingestão de medicamentos e estilo de vida. Estas alterações podem comprometer a qualidade de vida, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas patologias (BRASIL, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o *Diabetes Mellitus* como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou incapacidade da mesma de exercer adequadamente suas ações, caracterizada pela hiperglicemia crônica e alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. Os sintomas característicos são: polidipsia, poliúria, visão turva e perda acentuada de peso (WHO, 1999).

Os tipos de diabetes mais freqüentes são o diabetes tipo 1 (DM1), conhecido como diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o diabetes tipo 2 (DM2), conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos. Outro tipo de diabetes encontrado com maior freqüência e cuja etiologia ainda não está esclarecida é o diabetes gestacional que, em geral, é um estágio pré-clínico de diabetes, detectado no rastreamento pré-natal. Na pessoa idosa, a forma clínica mais freqüente é o do tipo II, que será o foco do presente estudo (BRASIL, 2007).

As complicações crônicas do *Diabetes Mellitus* estão relacionadas com alterações vasculares gerando lesões em órgãos alvo, ou seja, danos, disfunção e falência de órgãos como rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. No idoso é a sexta causa de internação, a principal causa de amputação de membros inferiores, de cegueira adquirida e insuficiência renal, sendo responsável por 26% dos pacientes em hemodiálise (BRASIL, 2011).

Assim, muitos idosos são acometidos por doenças crônico-degenerativas que requerem acompanhamento constante, pois, em razão de sua natureza, não têm cura. Entretanto, estas doenças tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada. Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades da vida diária (AVD). Embora nem todas as doenças crônicas tenham alta morbidade, elas têm forte impacto sobre a qualidade de vida dos idosos. Portanto, a prevenção de tais doenças e a assistência à saúde desses idosos representam novos desafios para o sistema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2007).

A implantação da Estratégia Saúde da Família, (ESF) enquanto política pública nacional, tem se destacado como uma ferramenta de reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando a concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, por meio dos seus principais objetivos que são: a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde.

Entre as várias ações desenvolvidas na ESF está o controle da hipertensão arterial e do diabetes por meio do programa de controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus (HiperDia), que tem por objetivo reduzir o número de complicações, de internamentos e custos hospitalares através de prevenção e controle das comorbidades, evitando assim conseqüências mais graves à saúde (BRASIL, 2011).

Assim, o trabalho das equipes da ESF permite o conhecimento da realidade social que acoberta as condições sócio-econômicas, alimentar, sanitária, bem como a estrutura familiar dos indivíduos com diabetes, facilitando a atuação da equipe sobre os determinantes do processo saúde-doença. Além disto, através da ESF pode-se detectar dificuldades que impeçam maior adesão ao tratamento e busca-se a formação de parcerias para disseminar a importância do cuidado a saúde dos idosos e seus familiares.

Nesse contexto, compreender como se dá o processo de envelhecer portando diabetes, bem como sua influência sobre a qualidade de vida poderá contribuir para uma maior atenção à saúde da pessoa idosa, possibilitando a implementação de propostas de intervenção, a fim de promoverem a qualidade de vida e o bem-estar dos que envelhecem.

A motivação para a realização deste estudo partiu da minha aproximação com a temática “Envelhecimento”, reportando-me ao sexto período do curso de Graduação em Enfermagem, ao cursar a disciplina Enfermagem na Saúde do Idoso tive a oportunidade de ampliar meus conhecimentos no campo do envelhecimento humano. Os estágios eram realizados em Instituições de Longa Permanência, grupos de idosos e visitas domiciliares decorrentes das atividades na ESF. Essa experiência com pessoas da terceira idade, apesar de breve, guiou meus primeiros passos na Enfermagem Gerontológica, levando-me a refletir sobre a problemática vivenciada por essa população como as principais doenças crônico-degenerativas manifestadas na pessoa idosa, dentre elas o *Diabetes Mellitus*.

Durante os estágios realizados em unidades básicas de saúde (UBS) observei a existência de vários casos de idosos com diagnóstico de *Diabetes Mellitus* que apresentavam incapacidades físicas, psicológicas e sociais, sendo estes os principais contribuintes para comprometer a qualidade de vida desse grupo populacional. Dessa forma, surgiu a necessidade de se compreender como o diabetes influenciava a qualidade de vida do idoso, despertando, assim, o anseio em aprofundar conhecimentos acerca do tema.

O presente estudo teve como objetivo geral avaliar a qualidade de vida de idosos portadores de *Diabetes Mellitus* tipo 2 acompanhados pelos profissionais da estratégia de saúde da família do município de Cajazeiras-PB e como objetivos específicos traçar o perfil sócio-demográfico dos idosos portadores de DM 2, cadastrados e acompanhados pelos profissionais da estratégia de saúde da família e identificar os fatores que influenciam a qualidade de vida desses portadores, especialmente, o *Diabetes Mellitus*.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ENVELHECIMENTO E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

A partir da segunda metade do século XX, o mundo se deparou com um novo fenômeno: as populações de praticamente todos os países, desenvolvidos e em desenvolvimento, incluindo o Brasil, estão em processo de envelhecimento. (PASCHOAL, 1996), isto é, a população de idosos está crescendo consideravelmente. O Brasil será um país velho em 2050, quando a população terá 63 milhões de idosos. Se em 1980 eram 10 idosos para cada 100 jovens, em 2050 serão 172 idosos para cada 100 jovens. Isto porque a esperança de vida ao nascer saiu de 43,3 anos, na década de 1950, para 72,5 anos em 2007 (BRASIL, 2010).

Segundo SILVESTRE (1996), no Brasil, até 1960, todos os grupos etários cresciam de modo semelhante ao crescimento da população total, de forma que a estrutura etária não sofria grandes modificações. A partir de 1960, o grupo de idosos foi crescendo proporcionalmente, 8 vezes mais que os jovens e 2 mais vezes que a população total.

Segundo o Censo 2000, a população de 60 anos ou mais de idade, no Brasil, era de 14.536.029 de pessoas, contra 10.722.705 em 1991. O peso relativo da população idosa no início da década representava 7,3%, enquanto, em 2000, essa proporção atingia 8,6%. Neste período, por conseguinte, o número de idosos aumentou em quase 4 milhões de pessoas, fruto do crescimento vegetativo e do aumento gradual da esperança média de vida. Trata-se, certamente, de um conjunto bastante elevado de pessoas, com tendência de crescimento nos próximos anos. Isso mostra que o nosso processo de envelhecimento populacional está sendo bem mais rápido do que o mesmo processo nos países desenvolvidos. Ocorrendo em poucas décadas ao contrario do que ocorreu nos países chamados de primeiro mundo. (RAMOS, 1987).

O processo de envelhecimento populacional é fruto de uma série de fatores, entre eles destacam-se principalmente as diminuições importantes do número de coeficientes de mortalidade e das taxas de natalidade e fecundidade. A queda de mortalidade em todas as faixas etárias levou, inicialmente, a aumento da expectativa de vida ao nascer, e a seguir, da expectativa de vida aos 60 anos. Isso foi seguido pela queda da taxa de fecundidade e natalidade, gerando assim o aumento da proporção de indivíduos idosos (FRIES, et. al.,1980).

Tudo isso mostra como o mundo sofreu bastantes transformações no último século, onde as populações de vários países tiveram um aumento de trinta a quarenta anos na expectativa de vida. Produto de avanços científicos e tecnológicos, bem como melhorias nas condições sanitárias. Houve também grande urbanização. Entre 1950 e 1985 a população urbana dos países desenvolvidos dobrou e a dos em desenvolvimento quadruplicou (QUADRANTE, 2006).

Todo esse processo levou a importantes alterações no estilo de vida das populações, refletindo-se em sua saúde. Dessa forma gerou importantes alterações no estilo de vida das populações, refletindo-se em sua saúde. Assim como no século XX as doenças infecto-contagiosas necessitaram de grandes esforços para a diminuição de seu impacto, o novo século apresenta um novo desafio: as doenças crônicas (QUADRANTE, 2006).

O termo doença crônica é usado para designar patologias com um ponto em comum: são persistentes e necessitam de cuidados permanentes. Os idosos constituem a população mais acometida por estas patologias. A incidência de doenças como hipertensão arterial, diabetes, câncer e patologias cardiovasculares eleva-se com a idade. Esse aumento parece dever-se a interação entre fatores genéticos predisponentes, alterações fisiológicas do envelhecimento e fatores de risco modificáveis como tabagismo, ingestão alcoólica excessiva, sedentarismo, consumo de alimentos não saudáveis e obesidade (QUADRANTE, 2006).

Programas de promoção da saúde do idoso são cada vez mais necessários, devido ao crescente aumento dessa faixa etária em todo o país. Do ponto de vista gerontológico, ações de promoção da saúde aos idosos têm como pilar, a promoção do envelhecimento ativo e saudável, preservando ao máximo sua capacidade funcional. Promover a saúde não é tão fácil, é necessário mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população, ou seja, é necessário trabalhar com a idéia de que promover a saúde é um dever de todos (ASSIS, et. al., 2004).

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A declaração de Alma-Ata de 1978 aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1979 aponta a Atenção Primária em Saúde (APS), como a principal estratégia para o alcance da promoção e assistência à saúde para todos os indivíduos. Nestes últimos 27 anos

segundo avaliação da OMS, o sistema de saúde que assume os princípios da APS obtém melhores resultados em saúde e aumenta a eficiência do conjunto do sistema (ABRAHÃO, 2007).

A OMS definiu atenção primária como: Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade (BRASIL, 2006).

Ainda segundo a OMS a atenção primária representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (ABRAHÃO, 2007).

Atualmente, a principal estratégia de configuração da APS no Brasil é a saúde da família que tem recebido importantes incentivos financeiros visando a ampliação da cobertura populacional e a reorganização da atenção. A estratégia de saúde da família aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, compostas basicamente por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cujo trabalho é referência de cuidados para a população adscrita, com um número definido de domicílios e famílias assistidos por equipe (BRASIL, 2009).

A Saúde da Família é a estratégia para organização da Atenção Básica no SUS. Propõe a reorganização das práticas de saúde que leve em conta a necessidade de adequar as ações e serviços à realidade da população em cada unidade territorial, definida em função das características sociais, epidemiológicas e sanitárias. Busca uma prática de saúde que garanta a promoção à saúde, à continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a prevenção e em especial, a responsabilização pela saúde da população, com ações permanentes de vigilância em saúde (BRASIL, 2007).

Para os idosos a promoção da saúde é tão importante quanto para as outras faixas etárias, apesar de um grande número de idosos apresentarem uma ou mais doenças crônicas e exibirem limitações em suas atividades; a promoção da saúde apresenta-se de forma positiva, uma vez que os idosos apresentam ganhos significativos para sua saúde, essas limitações e incapacidades não podem ser eliminadas, contudo, os idosos podem beneficiar-se ao máximo das ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros do PSF, que os ajudam a

manter a sua independência e um envelhecimento saudável, melhorando assim sua qualidade de vida (LIMA, et. al., 2009).

2.3 QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

O termo qualidade de vida (QV) foi mencionado pela primeira vez em 1920 por Pigou, em um livro sobre economia e bem-estar. Ele discutiu o suporte governamental para pessoas de classes sociais menos favorecidas, o impacto sobre suas vidas e sobre o orçamento do estado. O termo não foi valorizado e conseqüentemente esquecido (WOOD-DAUPHINE, 1999). Posteriormente, o termo foi citado novamente por Lyndon Johnson, em 1964, então presidente dos Estados Unidos, que declarou “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da QV que proporcionam às pessoas” (FLECK, 1999).

Após a segunda Guerra Mundial, o termo passou a ser muito utilizado, com a noção de sucesso associado à melhoria do padrão de vida. Posteriormente, segundo Paschoal (2002) o termo QV foi usado para criticar políticas, nas quais o objetivo era o crescimento econômico. Com o passar dos anos, o conceito se ampliou, significando, além do crescimento econômico, o desenvolvimento social, como educação, saúde, lazer, etc (FLECK, 1999).

Atualmente, o conceito de QV se torna mais abrangente, na perspectiva de uma visão multifatorial relacionada à autoestima e ao bem estar pessoal e está submetido a múltiplos pontos de vista, de acordo com variáveis, tais como: cultura, nível socioeconômico, estado emocional, interação social e atividade intelectual (JANUARIO *et. al.*, 2011).

A priori, não existe definição unânime para o conceito de QV, pois ainda hoje não há consenso sobre o termo. E nessa perspectiva um grupo de especialista da Organização Mundial de saúde, de diferentes culturas, num projeto colaborativo multicêntrico, obteve três aspectos fundamentais referentes ao constructo QV: a subjetividade, a multidimensionalidade (inclui as dimensões física, psicológica e social) e a bipolaridade (presença de dimensões positivas e negativas) (FLECK, 1999).

Por outro lado, Januario *et. al.* (2011) ressalta que na população idosa, a QV abrange uma série de aspectos, como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade.

Envelhecer com qualidade de vida, portanto, exige uma série de fatores que influenciam neste processo e um deles é o apoio familiar, que constitui a rede prioritária da pessoa idosa. Neste prisma, Martins (2007) salienta que participar ativamente de um contexto familiar, manter-se com autonomia e levar um estilo de vida sadio é essencial para o idoso, além de contribuir para a saúde e o bem-estar.

Sob este aspecto, Joia (2007) reforça a importância de garantir não apenas maior longevidade, mas, qualidade de vida e satisfação pessoal ao idoso. A WHO (2005) afirma que, à medida que o indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência.

2.4 QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO PORTADOR DE DIABETES

A incidência do *Diabetes Mellitus* vem aumentando mundialmente. No Brasil, atualmente, estima-se que 11% da população com idade de 40 anos ou mais tem o diagnóstico de *Diabetes Mellitus*, com tendência de ampliação conforme eleva-se a faixa etária. Assim, verifica-se aumento do coeficiente de mortalidade por *Diabetes Mellitus*, com o progredir da idade (TAVARES, 2008).

A elevação do *Diabetes Mellitus* no idoso pode ter várias causas, dentre elas, a relação do processo de envelhecimento com o metabolismo da glicose. Pesquisas têm mostrado a degradação da insulina, bem como a diminuição da velocidade de remoção, no decorrer do processo de envelhecimento (RIBEIRO, 2010).

De acordo com os indicadores do Sistema Único de Saúde – SUS, atualmente, no Brasil, o *Diabetes Mellitus* está entre as dez causas líderes de morte, atingindo o percentual de 4,38% dos óbitos da população. As mortes precoces relacionadas a essa enfermidade poderiam ser evitadas se os diabéticos e seus componentes familiares tivessem conhecimentos satisfatórios sobre a doença, visando ao tratamento adequado e à conseqüente prevenção das complicações, melhorando sua qualidade de vida (SAINTRAIN, 2008).

Na pessoa idosa, a forma mais frequente é o *Diabetes Mellitus* tipo 2 (DM2). A hiperglicemia, manifestação principal, ocasiona lesões em diversos órgãos e sistemas do organismo, principalmente coração, olhos, rins e sistema nervoso. A dislipidemia, muitas vezes associada, pode desencadear problemas cardiovasculares como hipertensão, aterosclerose, angina e infarto do miocárdio, fatores que influem na funcionalidade física,

psicológica e social do portador, prejudicando sua adaptação e vida produtiva (RIBEIRO, 2010).

O diabetes apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. Sem o tratamento e acompanhamento adequados, a Organização Mundial de Saúde estimou, em 1997, que em 15 anos de doença, 2% dos portadores estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave, 30 a 45% terão algum grau de problemas na retina, 10 a 20% de doenças renais e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular (BRASIL, 2010).

Modificações nos hábitos de vida, como dieta e atividade física, regimes de medicamentos diários, insulino terapia e monitorização glicêmica, são fundamentais para a resposta adequada ao tratamento e que nem sempre são de fácil entendimento pela população. Além disso, a falta de conhecimento sobre estas doenças, a deficiência de estrutura do sistema público de saúde para a atenção integral e multidisciplinar voltada a estes pacientes contribuem para o aumento dos índices epidemiológicos apresentados (BRASIL, 2010).

Apesar dos avanços conquistados pelo Sistema Único de Saúde com a implantação de Programas de Saúde voltados para o acompanhamento deste grupo, destacando-se a Estratégia de Saúde da Família, é necessário fazer o acompanhamento dos portadores de diabetes com tratamentos adequados (BRASIL, 2010).

Sabendo que as doenças crônicas afetam de forma significativa a saúde do idoso, acarretando comprometimento financeiro, emocional e social dentre outros, a qualidade de vida em idosos portadores de *Diabetes Mellitus* Tipo 2 é prejudicada em decorrência da doença. O número de doenças associadas ao DM mostra-se correlação negativa com os componentes capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental (CARVALHO, 2008).

Ainda neste aspecto, podemos notar que quanto mais doenças associadas o idoso diabético apresenta, pior é a sua qualidade de vida com relação aos componentes citados. O número de doenças crônicas associadas é importante determinante na qualidade de vida do paciente idoso diabético. Campanhas que buscam o diagnóstico precoce, bem como o oferecimento gratuito de medicamentos, associados ao acompanhamento rigoroso do tratamento para várias doenças crônicas que afligem a população idosa são de fundamental importância para uma melhor qualidade de vida nesta população (CARVALHO, 2008).

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Tratou-se de estudo descritivo e transversal, de abordagem quantitativa. A escolha por um estudo descritivo justifica-se porque, pesquisa deste tipo, segundo Gil (2006), é aquela que tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Permite ainda observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos sem manipulá-los, além de verificar a frequência com que eles ocorrem (CERVO, et. al., 2007).

Também como forma de alcançar os objetivos propostos nesta investigação, foi adotado o estudo do tipo transversal, pois, de acordo com Rouquayrol e Almeida Filho (2006), estudos transversais são investigações que produzem instantâneos da situação de saúde de uma população com base na avaliação do estado de saúde de cada um dos membros, e daí produzem indicadores globais de saúde para o grupo investigado, no caso presente, os idosos portadores de *Diabetes Mellitus*.

O estudo ainda caracterizou-se como quantitativo, pois este tipo de estudo consiste em investigação de pesquisa empírica cuja principal finalidade é a análise das características dos fatos. Empregando artificios quantitativos e tendo por objetivo a coleta sistemática de dados sobre populações, utiliza técnicas como questionários e formulários (LAKATOS; et. al., 2006).

3.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

A presente investigação foi realizada no município de Cajazeiras, localizado no Alto Sertão da Paraíba, distando cerca de 480 km da capital João Pessoa, com uma população estimada em 58.446 habitantes, incluindo a zona rural (IBGE, 2010).

O município encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal e detém de uma rede de serviços de saúde, com foco da atenção voltada para a Atenção Primária a Saúde (APS), configurando a 9ª. Gerência Regional de Saúde do Estado (total de 12), e fazendo parte da 21ª. Região de Saúde (total de 25). Possui atualmente 15 Equipes de Saúde da Família cadastradas, sendo 11 na zona urbana, atingindo cobertura de 88,5% da população (BRASIL, 2011).

Para facilitar a obtenção das informações, foram utilizadas como unidades de referência para a população alvo do estudo as 11 unidades básicas de saúde da família (UBASF) da zona urbana do município.

Os dados foram coletados durante o mês de novembro de 2011, após devida aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por todos os idosos portadores de *Diabetes Mellitus* tipo 2 acompanhados pelas equipes de saúde da família do município. Porém, conforme dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB – mês de referência janeiro), o total de pessoas portadoras de diabetes acompanhadas pelas equipes da ESF neste ano foi de 962 pessoas (BRASIL, 2011), não havendo a possibilidade de verificar sua totalidade por faixa etária ou por UBASF, tornando este o parâmetro para o dimensionamento amostral adotado neste estudo.

Considerando ainda um estudo de base populacional (inquérito domiciliar) realizado pelo Ministério da Saúde sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis (SCHMIDT *et. al*, 2009), foi adotada no cálculo amostral a prevalência de 5% de diabetes (com base nos percentuais verificados no Brasil – 5,2%, e na cidade de João Pessoa-PB – 5,3%).

Desse modo, para a composição da amostra, foi considerado um erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95% no cálculo do tamanho amostral para populações finitas (ARANGO, 2009), conforme a seguinte formulação:

$$n = (z^2 \cdot p \cdot q \cdot N) / e^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q$$

Onde:

n = tamanho da amostra;

z = coeficiente de confiança;

N = tamanho da população;

e = erro amostral percentual;

p = proporção de ocorrência do fenômeno em estudo;

q = porcentagem complementar (1 - p).

A partir da aplicação da fórmula encontrou-se um total de 68 sujeitos.

Para participar os idosos tiveram que atender aos seguintes critérios de inclusão:

- Estar na faixa etária preconizada pela Política Nacional da Pessoa Idosa que é de 60 anos para os países em desenvolvimento;
- Aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A).

A escolha dos participantes foi operacionalizada, dividindo-se o total de sujeitos a serem investigados pelo número de equipes de saúde da família localizadas na zona urbana do município em estudo, conforme o cálculo abaixo:

$$68 \div 11 = 6,18 = 6 \text{ idosos/equipe de saúde da família}$$

A seleção dos idosos que foram investigados por UBASF ocorreu a partir da consulta prévia da ficha de acompanhamento de hipertensos e diabéticos no Sistema de Acompanhamento de Hipertensão e Diabetes (Ficha de Acompanhamento do Sis-HiperDia), onde foram escolhidos os 6 primeiros nomes que se adequassem aos critérios de inclusão deste estudo.

Foram usados como critérios de exclusão para os participantes:

- Não estar cadastrado no Sis-HiperDia;
- Não estar em condições clínicas de saúde para responder às perguntas;
- Não se encontrar em seu domicílio no momento da coleta de dados (neste casos, os idosos serão substituídos pelos idosos constantes na sequência da ficha de cadastro do Sis-HiperDia).

3.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Inicialmente foi feito contato com a Secretária Municipal de Saúde e a Coordenação da Atenção Básica a fim de solicitar autorização para a realização deste estudo (ANEXO C). Após ser concedida a permissão para a efetivação da pesquisa, foram agendadas as visitas aos idosos nos seus domicílios, através da colaboração dos agentes comunitários de saúde das micro-áreas selecionadas.

A coleta de dados foi realizada pelo próprio pesquisador por meio da aplicação de um instrumento com variáveis sociodemográficas (APÊNDICE B) e dois instrumentos para avaliar a QVRS, o questionário *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey* (SF-36) e o *Problems Areas in Diabetes Scale* (PAID), ambos em suas versões brasileiras (ANEXOS A e B).

O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação de QVRS, o qual foi desenvolvido por Ware e Sherbourne, em 1992, para ser utilizado em prática e pesquisa clínica, avaliações de políticas de saúde e pesquisas gerais na população. É composto por 11 questões e 36 itens, em oito domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens) e saúde mental (5 itens). Para cada domínio o valor varia de 0 a 100, sendo zero o pior e 100 o melhor estado de saúde.

Já o PAID é um questionário de 20 itens, focado nos aspectos emocionais negativos relacionados ao viver especificamente com DM. Para cada item pode ser atribuído um escore de 1 (significando “nenhum problema”) até 6 (“problema sério”). O escore é transformado em uma escala que varia de 0 até 100; quanto maior a pontuação, maior o prejuízo.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados coletados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel 2007 e analisados estatisticamente através do software IBM *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 19. Foram efetuados cálculos de frequências absolutas, relativas e medidas de tendência central (média e desvio padrão), além da ponderação dos escores nos domínios e dimensões, e em seguida os resultados foram apresentados em gráficos.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Aos sujeitos do estudo foram esclarecidos os objetivos da investigação, a forma de condução da pesquisa, a garantia do anonimato, o sigilo dos dados obtidos e a ausência de danos decorrentes, além do direito de desistirem a qualquer momento ou recusarem-se a participar, caso assim desejem, sem que haja prejuízos de qualquer natureza. Após as explicações, os que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A) antes de responderem o questionário, em cumprimento ao que

normatiza a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, referente à pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Para facilitar o entendimento e evitar possíveis limitações dos participantes em relação à não saberem ler e/ou escrever, os questionários foram assinalados pelo pesquisador, após a devida autorização pelo respondente, quanto ao item que deveria ser assinalado.

Este projeto foi encaminhado para apreciação do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC, somente tendo continuidade após a devida aprovação por este comitê (ANEXO C).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

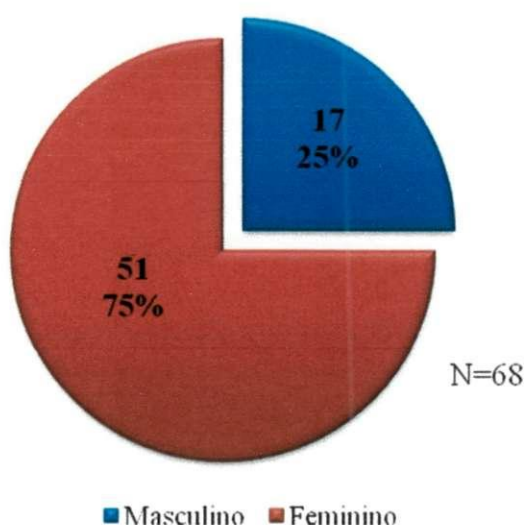
Fizeram parte da pesquisa 68 idosos que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos e que aceitaram participar espontaneamente do estudo.

Os resultados foram agrupados em duas etapas, sendo a primeira o perfil sócio demográfico dos participantes e a segunda a qualidade de vida relacionada à saúde.

4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

No que se refere a idade dos indivíduos entrevistados as mesmas variaram de 60 a 85 anos, sendo que a média 68,84, com um desvio padrão de $\pm 6,57$.

Gráfico 1. Distribuição dos idosos diabéticos por sexo. Cajazeiras-PB, 2011.

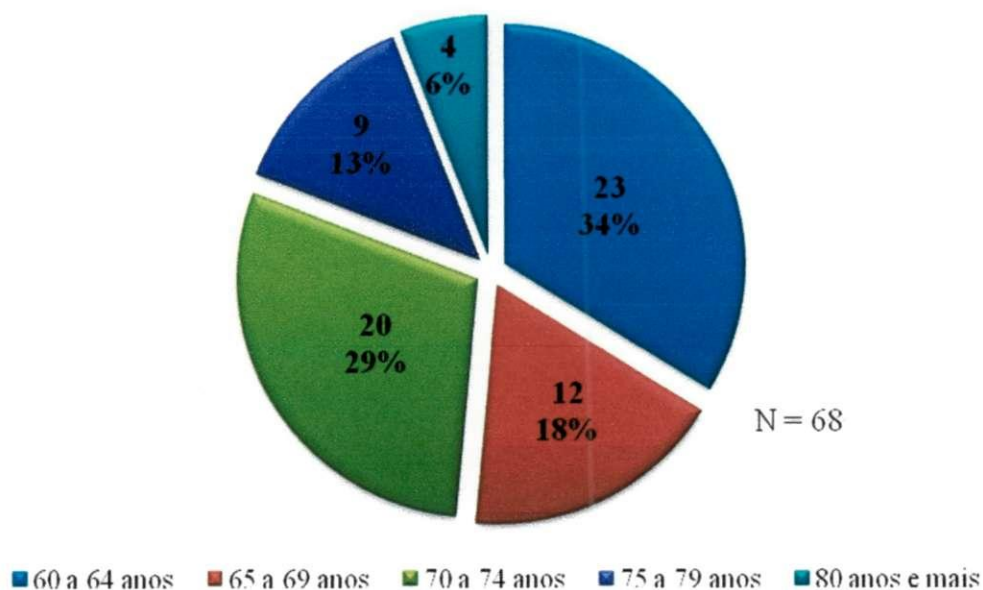


Dos 68 participantes, 51 (75%) eram do sexo feminino e 17 (25%) do masculino. Diante dos resultados obtidos observa-se que o número de mulheres idosas diabéticas foi predominante, superando os dados publicados no início deste ano pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), que apresentou um percentual de 19,1% de mulheres com idades de 65 anos e mais que referiram o diagnóstico médico de *Diabetes Mellitus* no ano de 2009 (BRASIL, 2011b).

Este mesmo estudo apontou um percentual um pouco maior (24,3%) para o público masculino na mesma faixa etária, demonstrando que, embora o panorama do estado da Paraíba no ano de 2009 tenha mostrado a prevalência maior de *Diabetes Mellitus* entre os homens, neste estudo, a prevalência foi de mulheres, resultado que pode apontar para uma procura maior delas pelas unidades básicas de saúde, contrariamente aos homens.

De acordo com Carvalho *et. al.* (2009) a feminização da velhice no Brasil se explica em parte, pela maior expectativa de vida das mulheres, associada aos fatores como: menor consumo de álcool e tabaco e diferenças de atitude em relação às patologias. Além disso, essas mulheres são detentoras de saberes e práticas de saúde vivenciadas nas suas experiências cotidianas do cuidar e identificam de forma precoce sinais e sintomas de várias doenças, o que faz com que o grupo feminino seja a maior demanda dos serviços de saúde em todas as áreas.

Gráfico 2. Distribuição dos idosos diabéticos por faixa etária. Cajazeiras-PB, 2011.

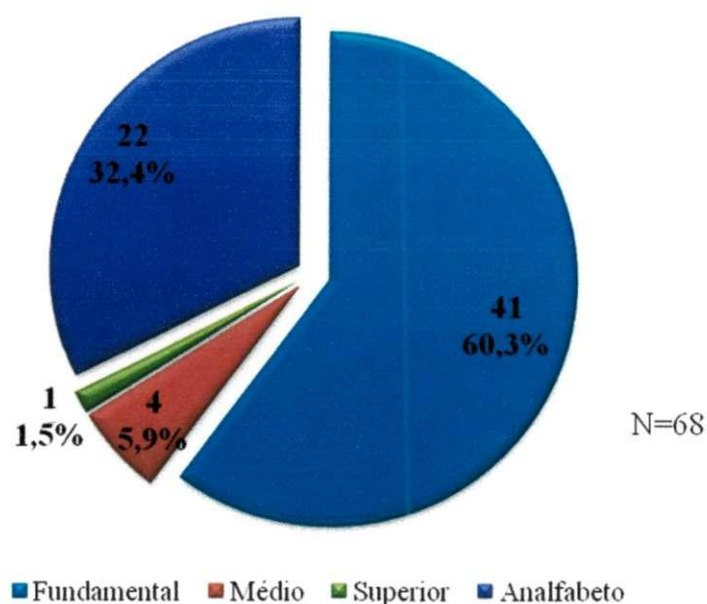


Com relação à idade, o maior número de idosos com *diabetes mellitus tipo 2* neste estudo esteve presente na faixa etária de 60 a 64 anos, onde foram encontrados 34% dos casos. Este achado aproxima-se da investigação conduzida em um centro de reabilitação de Araraquara-SP com idosos que participam de um grupo da terceira idade, onde os resultados demonstraram que 48% dos idosos estavam também nessa faixa etária (BELTRAME, 2009),

assim como outro estudo realizado na cidade de Uberaba – MG (MIRANZI, 2008), onde foram encontrados um total de 44,1% de idosos diabéticos neste faixa etária.

Estes resultados sugerem que os idosos desta faixa etária podem ser os mais acometidos pelo diabetes, bem como as ações de saúde pública são mais voltadas para este público.

Gráfico 3. Distribuição dos idosos diabéticos quanto à escolaridade. Cajazeiras-PB, 2011.

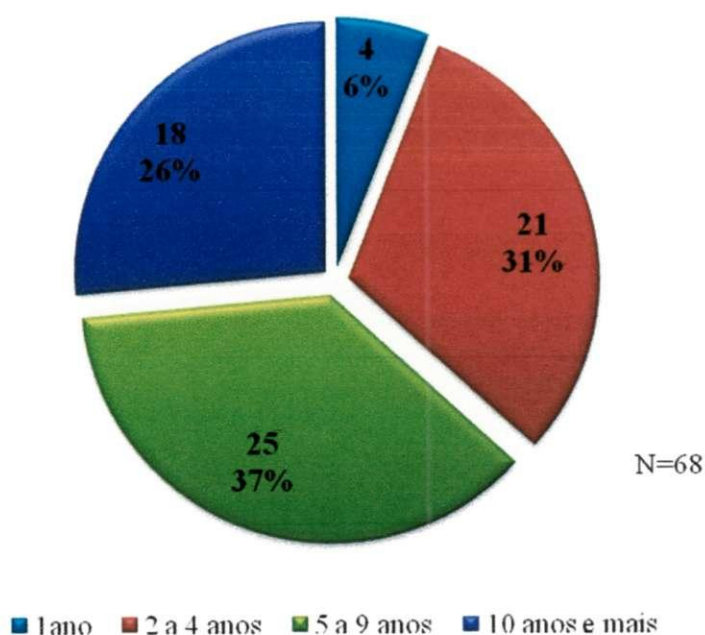


Sobre a escolaridade, os resultados revelaram que 60,3% dos entrevistados possuem apenas o ensino fundamental. A pesquisa mostrou ainda uma taxa considerável de analfabetismo (32,4%). Estes achados são superiores aos apresentados pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB), através do recurso VIGITEL, onde 14,7% dos que referiram o diagnóstico médico de *Diabetes Mellitus* no estado da Paraíba no ano de 2009 encontravam-se com 0 a 8 anos de estudo (BRASIL, 2011b). Porém, este estudo corrobora com uma pesquisa correspondente realizada em Uberaba - MG onde foram encontrados 63,7% de idosos semi-analfabetos ou analfabetos.

Estes resultados são determinantes para o sucesso da abordagem preventiva do diabetes neste público, pois a baixa escolaridade pode dificultar o acesso a informações, trazer menos chances de aprendizado sobre o autocuidado, além de dificuldades no entendimento das condutas terapêuticas (MIRANZI, 2008).

Analise-se ainda o fato de que outros estudos têm demonstrado que os idosos com nível mais baixo de escolaridade apresentam maior probabilidade de desenvolverem dependência física e outras limitações, comprometendo sua qualidade de vida. (BELTRAME, 2009). Além disso, a presença de uma quantidade considerável de analfabetos entre os idosos diabéticos também é um dado preocupante uma vez que além dos fatores de risco mencionados anteriormente o menor nível de escolaridade parece estar associado diretamente com sintomas depressivos entre os diabéticos, comprometendo sobremaneira sua saúde mental, um aspecto ímpar na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (BIRAL; et. al., 2006).

Gráfico 4. Distribuição dos idosos diabéticos quanto ao tempo do diagnóstico da doença. Cajazeiras-PB, 2011.



O tempo de diagnóstico do diabetes variou de 1 a 20 anos, com média de 6,62 e desvio-padrão de 4,3 anos. A prevalência maior esteve presente em portadores com tempo diagnóstico de 5 a 9 anos (37%).

Na população brasileira, parte significativa dos portadores desta patologia desconhece o diagnóstico, o qual é realizado, na maioria das vezes, já na presença de complicações decorrentes da doença, que são classificadas agudas e crônicas, tais como a nefropatia, com possível evolução para insuficiência renal, a retinopatia, com a possibilidade de cegueira e/ou neuropatia, o aparecimento de úlceras nos pés, com evolução para

amputações, a artropatia de *Charcot* e manifestações de disfunção autonômica, incluindo a disfunção e impotência sexual (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD, 2006).

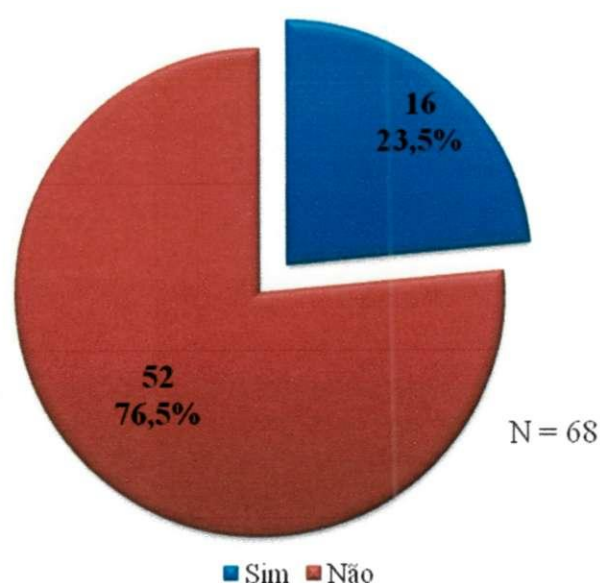
Nesse contexto, as medidas de prevenção tornam-se as únicas estratégias de redução da morbimortalidade causada pela doença. O controle metabólico rigoroso associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples são capazes de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do DM, resultando em melhor qualidade de vida ao indivíduo diabético.

O DM é uma doença que necessita de mudanças durante toda a vida e seu tratamento exige uma terapia nutricional, farmacoterapia, exercícios físicos programados, automonitorização da glicemia, cuidados com o corpo, educação permanente e outras mudanças comportamentais.

Desse modo, tornam-se necessárias ações educativas para instruir e conscientizar o portador de diabetes da importância de conhecer a patologia e suas complicações, proporcionando um melhor convívio com a doença, tornando-o protagonista de seu tratamento e assim controlando-as (BIRAL; et. al., 2006).

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 automonitorização contínua da glicemia, de modo contribuir na mudança de comportamento e adesão à terapêutica.

Gráfico 5. Distribuição dos entrevistados quanto ao uso de insulina. Cajazeiras-PB, 2011.



O uso de insulina entre os idosos diabéticos foi outro aspecto investigado neste estudo. Os resultados evidenciaram um total de 23,5% dos entrevistados fazem o uso de insulina. Este dado é preocupante porque, como o diabetes é uma doença evolutiva, com o decorrer dos anos, quase todos os pacientes requerem tratamento farmacológico, muitos deles com insulina, uma vez que as células beta do pâncreas tendem a progredir para um estado de falência parcial ou total ao longo dos anos (BRASIL, 2006).

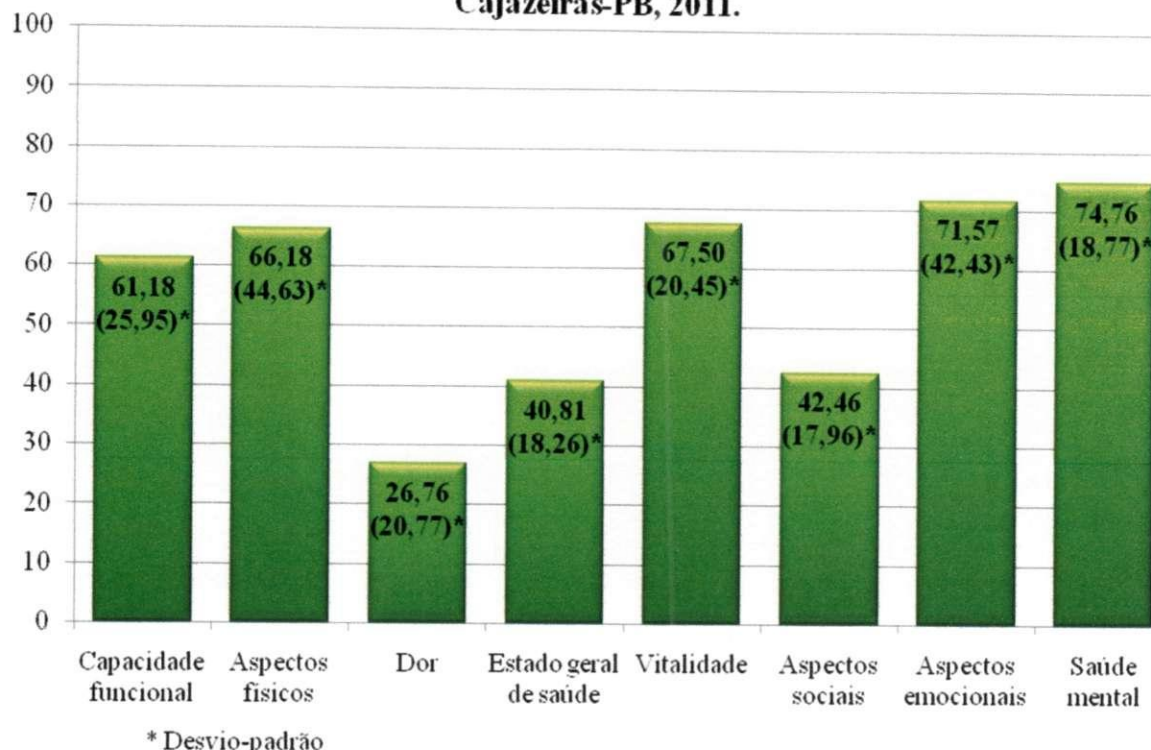
Além disso, há a possibilidade destes idosos estarem realizando a autoadministração da insulina de forma inadequada, necessitando da colaboração dos profissionais de saúde, bem como dos familiares, nesse processo.

4.2 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Para analisar a qualidade de vida relacionada à saúde, no âmbito geral, utilizou-se o questionário *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form – Health Survey* (SF-36). Composto por 36 itens agrupados em 8 dimensões, o SF-36 foi traduzido, adaptado e validado para a cultura brasileira, sendo utilizado para avaliar a qualidade de vida tanto da população em geral quanto de idosos, através dos aspectos negativos (doença ou enfermidade) e positivos de saúde (bem-estar) dos indivíduos (FLECK *et. al.*, 2000).

Os resultados das dimensões estão apresentados através de médias e desvio-padrão, para melhor compreensão do seu significado.

**Gráfico 6. Médias e desvio-padrão dos domínios obtidos no SF-36.
Cajazeiras-PB, 2011.**



Na análise dos diferentes domínios, os maiores comprometimentos ocorreram no domínio dor, estado geral e aspectos sociais, considerando-se as médias inferiores a 50 pontos.

Avaliando o **domínio dor**, que é composto por dois itens, verificou-se uma média de escores de 26,76, com desvio-padrão de 20,77, evidenciando esta condição como a que mais influencia a qualidade de vida dos idosos investigados. Entretanto, alguns participantes relataram que mesmo com dor não deixam de manter um convívio social, denotando a relevância desta prática na vida do ser humano. Relatos de participação nos grupos religiosos, etc. emergiram como comentários dos idosos quando perguntados sobre a existência, a intensidade da dor e o quanto esta dor interfere no seu cotidiano.

Vale lembrar que nem todos os indivíduos percebem a dor da mesma forma, podendo ser considerada produto de experiências passadas de dor, de valores, de expectativas culturais e emocionais, estando vinculadas tanto ao aspecto fisiológico quanto psicológico (CUNHA; et. al., 2011).

Ressalta-se, porém, que a dor está entre os principais fatores limitadores da possibilidade do idoso manter suas atividades cotidianas, impactando negativamente na qualidade de vida deste, prejudicando de algum modo a realização das atividades da vida

diária, bem como restringindo, em algumas situações, a convivência, levando-os ao isolamento social (CUNHA; et. al. 2011).

O domínio **estado geral de saúde**, composto por cinco itens, avalia a percepção do idoso quanto à sua saúde. As questões que mensuraram tal aspecto obtiveram baixas médias, que resultaram na média final de 40,81 (com desvio-padrão de 18,26), demonstrando assim uma percepção negativa dos indivíduos em relação à sua saúde. Este comprometimento pode ser atribuído, de um modo geral, à multiplicidade de problemas de saúde que acometem os idosos, especialmente as condições crônicas, como a hipertensão arterial, o diabetes *mellitus*, os problemas cardiovasculares, as condições reumáticas, a osteoporose e outras que necessitam, além dos recursos financeiros para a aquisição de medicamentos e realização de exames, a aceitação e adesão ao tratamento, para haver o controle da doença e, conseqüentemente, melhorar o impacto sobre a qualidade de vida.

É válido mencionar que os resultados apresentados podem também ser considerados positivos (se somada a média ao desvio padrão), o que pode refletir pouca consistência nas respostas atribuídas pelos entrevistados, talvez devido à não compreensão do teor das perguntas que avaliam este domínio, ou pelo fato de terem a compreensão de que um bom estado geral de saúde ocorre quando as complicações decorrentes do DM ainda não se apresentaram.

O domínio **aspectos sociais**, composto por dois itens, que analisa a participação dos indivíduos em grupos sociais e o comprometimento desta participação em virtude dos problemas de saúde, identificou que, apesar do diabetes apresentar menor impacto nesta dimensão, cuja média foi de 42,46 (com desvio-padrão de 17,96), este resultado pode indicar falta de consistência nas respostas dos indivíduos ou ainda pode estar refletindo a dificuldade que o idoso tem em se adaptar as novas exigências que o DM impõe.

Uma vez que a qualidade de vida do idoso depende do equilíbrio entre suas limitações e potencialidades, em diferentes graus de eficiência, com as perdas que são próprias do processo de envelhecer, as relações sociais deste indivíduo constituem aspecto fundamental nesse contexto, podendo comprometer sua qualidade de vida.

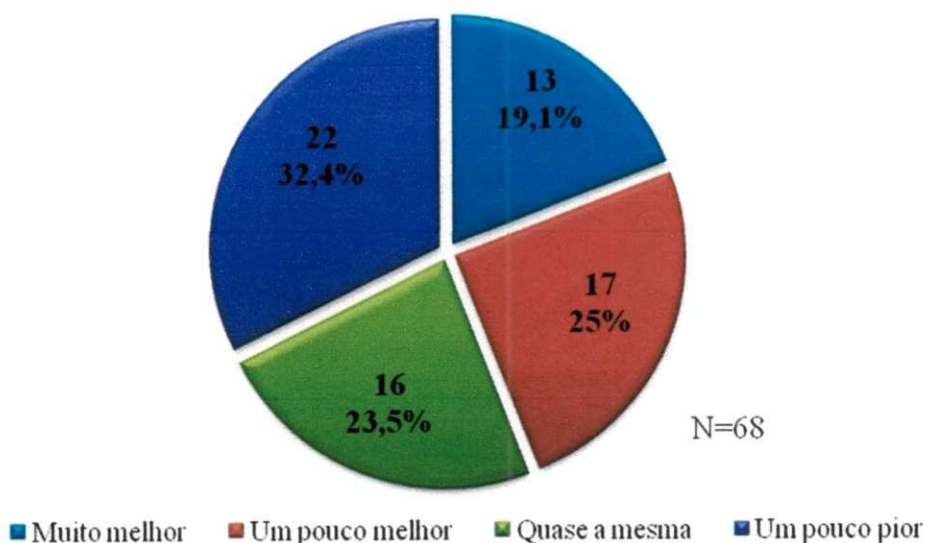
Sob este aspecto, e considerando que o DM impõe ao idoso novos hábitos de vida, como dieta diferenciada e uso de medicamentos, o que pode acarretar dificuldades ou constrangimentos por parte do mesmo em expor sua condição, o idoso pode manter-se afastado das atividades da comunidade, o que reforça a influência do DM na sua qualidade de vida.

Os demais domínios do SF-36, especificamente, a saúde mental, a vitalidade, a capacidade funcional, os aspectos emocionais e os aspectos físicos, apresentaram pontuação acima de 50, sendo considerados positivos para a qualidade de vida dos participantes.

Em relação à **saúde mental**, a média foi de 74,76. Neste caso é avaliada a presença de angústia e bem-estar psicológico. A **vitalidade** apresentou uma média de 67,50. Esta por sua vez é avaliada pelo nível de energia e fadiga dos indivíduos diabéticos. A dimensão **capacidade funcional** apresentou uma média de 61,18. Esta por sua vez avalia a presença das limitações físicas e como estas interferem na capacidade física dos indivíduos. Ao analisar as médias das referidas questões, observou-se que os idosos apresentam dificuldade considerável apenas na realização de atividades que exigem grande esforço físico. Na dimensão **aspectos emocionais**, a média obtida foi de 71,57. Nesta perspectiva, são avaliadas as limitações na forma e quantidade de trabalho e como tais limitações interferem nas atividades diárias dos indivíduos. A dimensão **aspectos físicos** apresentou uma média de 66,18. Esta avalia as limitações na forma e quantidade de trabalho e como tais limitações interferem nas atividades diárias dos pacientes.

O SF-36 possui, ainda, um item de avaliação das alterações de saúde ocorrido no período de um ano. Esse item, embora não seja usado para pontuar nenhuma das dimensões citadas anteriormente, tem grande importância para o conhecimento e avaliação de como o idoso se percebe em relação à sua saúde atual, quando a comparada com a de um ano atrás.

Gráfico 7. Percepção quanto à condição de saúde em relação a um ano atrás. Cajazeiras-PB, 2011.



Neste tópico, 32,4% dos participantes responderam que a saúde está um pouco pior atualmente. Este fato pode estar relacionado aos domínios dor, estado geral de saúde e aspectos sociais. Porém, 25% dos idosos responderam se sentirem um pouco melhor agora do que a um ano atrás, o que pode ter relação com os escores obtidos nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos emocionais, vitalidade e saúde mental.

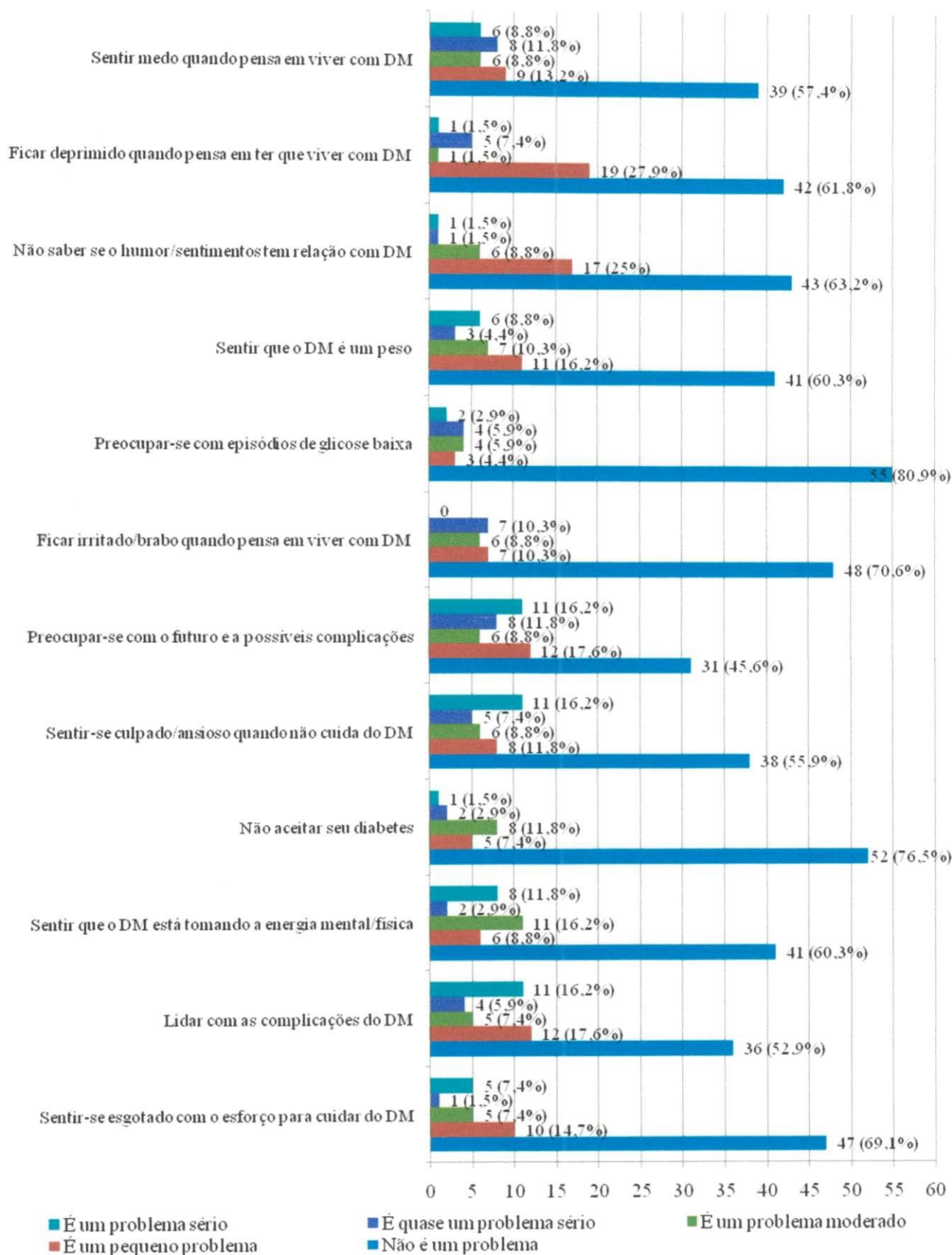
Estes achados ratificam que os aspectos mais subjetivos, tais como aqueles que ressaltam independência para realização de atividades da vida diária, os que aumentam a auto-estima e promovem o bem-estar geral tornam-se condições necessárias para a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa e portadora de diabetes, mesmo considerando-se importante atentar para a sociabilidade e o controle da dor manifesta por este indivíduo.

Para analisar a qualidade de vida relacionada ao diabetes, utilizou-se o questionário *Problem Areas in Diabetes* em sua versão brasileira (B-PAID). Composto por 20 questões que avalia, na perspectiva do indivíduo, o impacto do diabetes e do tratamento em suas vidas, a partir de um escore total que varia de 0 (resultado satisfatório) a 100 (alto nível de sofrimento emocional).

Os resultados dos questionamentos estão agrupados por itens afins, dispostos nas quatro subdimensões propostas por Gross (2004): a) Problemas emocionais relacionados ao diabetes; b) Problemas relacionados ao tratamento; c) Problemas relacionados à alimentação e d) Problemas relacionados ao apoio social. Tais dimensões apresentam-se como quesitos essenciais na QVRS, pois as avaliações subjetivas da qualidade de vida em idosos devem preocupar-se com o que acontece ao indivíduo nas diferentes etapas do envelhecimento, desde mudanças físicas até a desvalorização social conseqüente da aposentadoria, considerando qual seu sentimento e entendimento dessas situações, seus ganhos e perdas psicológicas, suas frustrações e aspirações (CALDAS, 2003). Os resultados foram dispostos em gráficos e apresentados através de valores absolutos e percentuais para melhor compreensão dos seus significados.

A subdimensão 1 apresenta os itens relacionados aos aspectos emocionais manifestos pelos diabéticos no convívio com a doença. É composta por 12 itens que avaliam medo, raiva, depressão e preocupações dos indivíduos sobre sua saúde.

Gráfico 8. Problemas emocionais relacionados ao diabetes. Cajazeiras-PB, 2011.



Quando inqueridos sobre seus sentimentos em relação ao diabetes, os idosos afirmaram que não **sentem medo quando pensam em viver com diabetes** (57,4%), não **ficam deprimidos quando pensam em ter que viver com diabetes** (61,8%) e não preocupam-se em **não saberem se o humor/sentimentos manifestos por eles estão relacionados com o diabetes** (63,2%).

No que se refere ao fato de **considerar o diabetes um peso em sua vida**, verificou-se que 60% dos participantes assim não o consideraram. Este resultado é contrário ao verificado em outro congêneres, onde a minoria dos participantes (42%) respondeu que o diabetes não representa um peso em suas vidas (VECCHIA, 2005).

Talvez pelo fato do DM ser uma doença relativamente recente em suas vidas (média de 6 anos do diagnóstico), os participantes demonstraram pouca preocupação ou sentimentos negativos em relação a esta.

Ao avaliar sua **preocupação com episódios de glicose baixa**, 80,9% dos idosos responderam não se preocuparem com esta questão, possibilitando supor que desconhecem o perigo que a hipoglicemia pode acarretar na saúde do diabético.

A Hipoglicemia é a diminuição dos níveis glicêmicos com ou sem sintomas para valores abaixo de 60 a 70 mg/dl. Geralmente essa queda leva a sintomas neuroglicopênicos (fome, tontura, fraqueza, cefaléia, confusão, coma, convulsão) e a manifestações de liberação do sistema simpático (sudorese, taquicardia, apreensão, tremor). Porém, a maioria das hipoglicemias é leve e facilmente tratável pelo próprio paciente. Nos casos em que a hipoglicemia é classificada como grave ocorre quando o indivíduo ignora ou trata inadequadamente suas manifestações precoces, quando não reconhece ou não apresenta essas manifestações, ou quando a secreção de hormônios contra-reguladores é deficiente – o que pode ocorrer com a evolução da doença. Portanto, todo esforço deve ser feito pelo paciente para prevenir tais hipoglicemias graves ou tratá-las prontamente (BRASIL, 2006).

A literatura apresenta o DM compensado como fator positivo na busca pela melhoria da qualidade de vida. Um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado saudável quando comparado ao idoso com as mesmas doenças, porém sem controle dos seus níveis glicêmicos, com sequelas decorrentes e incapacidades associadas (VIEGAS, 2009).

Para Malerbi (2009), a obtenção de informação sobre o diabetes e seu tratamento e a aquisição de habilidades específicas, como a automonitorização da glicemia, a autoaplicação de injeções e a administração de situações que diferem da rotina, constituem um pré-requisito para o autocuidado. Conforme a autora, é necessário esclarecer que as informações sobre o

diabetes e seu tratamento são condições necessárias, mas não suficientes, para a pessoa apresentar comportamentos de autocuidado apropriados.

Quando interrogados se **ficam irritados quando pensam em viver com diabetes**, 70,6% dos idosos afirmaram não manifestarem esse tipo de sentimento, denotando que a doença já algo aceito em suas vidas, embora isso não tenha ocorrido em todos os casos (29,4%), o que faz emergir a importância do apoio psicológico multiprofissional, bem dos familiares e amigos neste processo, para que o portador de diabetes consiga melhor lidar com sua nova condição.

Outro aspecto intrigante neste estudo é que a maioria dos idosos (55%) respondeu positivamente à pergunta sobre **preocupar-se com o futuro e com a possibilidade de sérias complicações**, um contraponto à afirmativa verificada anteriormente de que o diabetes não representa um peso em suas vidas. Porém, quando perguntados sobre seus sentimentos em relação ao autocuidado, a maioria (55,9%) não demonstrou **sentimentos de culpa/ansiedade nas situações em que não cuidam do diabetes** e, quando inqueridos se **aceitavam o diabetes**, também a maioria respondeu positivamente (76,5%). Estes resultados possibilitam verificar que os idosos apresentam sentimentos ambivalentes em relação à percepção de si mesmos enquanto seres portadores de diabetes.

Também é significativo ressaltar que o controle dos fatores de risco e o tratamento adequado são de fundamental importância no retardo do aparecimento das complicações crônicas associadas ao DM e que todos os sujeitos desta pesquisa recebem além de orientações, tratamento gratuito, pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

Outro aspecto verificado em relação a QVRS, foi se o idoso **sente que o diabetes está tomando sua a energia mental e física**. Neste item, 60,3% deles responderam negativamente a este quesito. Embora os resultados apontem para uma boa relação dos idosos com o diabetes, sabe-se que a qualidade de vida na velhice tem sido associada a questões de independência e autonomia, e a dependência do idoso resulta das alterações biológicas (incapacidades) e de mudanças nas exigências sociais (FORTUNY; et. al. 2002). Quanto mais ativo o idoso, maior sua satisfação com a vida e, conseqüentemente, melhor sua qualidade de vida.

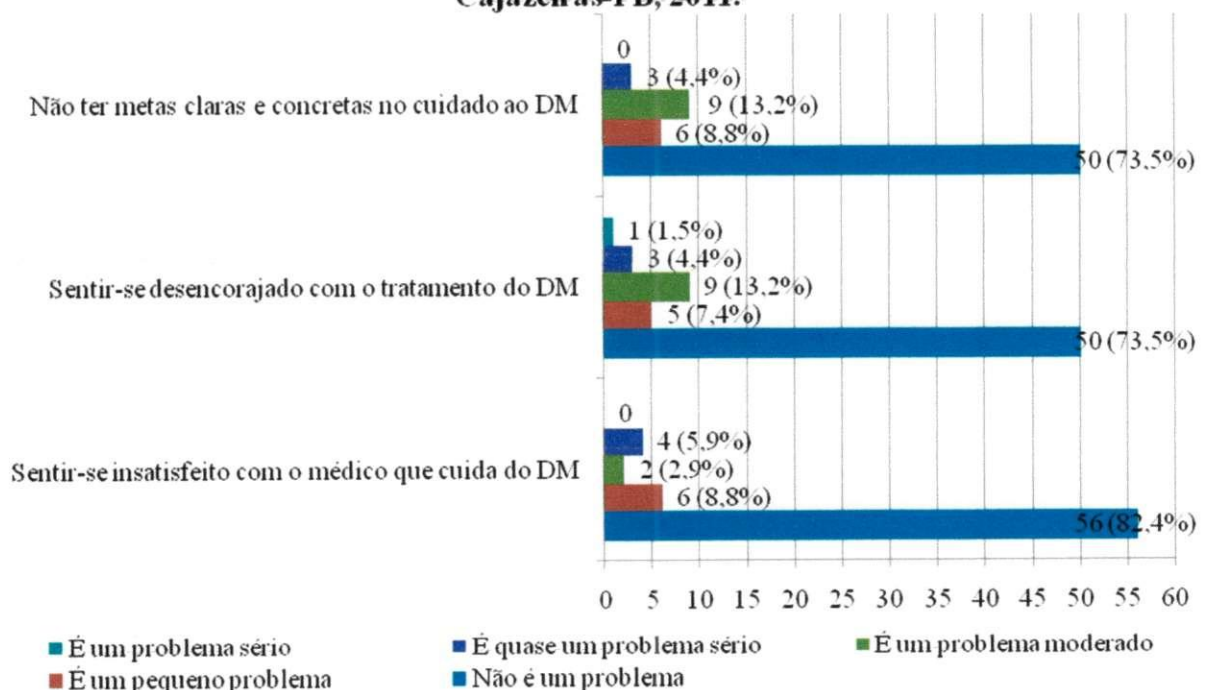
Ser idoso e possuir diabetes são condições que põem em xeque o bom padrão de qualidade de vida relacionada à saúde, pois interferem diretamente na disposição geral (física e mental) destes indivíduos. Talvez, por ser relativamente recente o diagnóstico do diabetes para a maioria dos participantes deste estudo (média de 6 anos), suas conseqüências biológicas e sociais podem ainda não terem sido percebidas na sua integralidade.

Ao analisar a questão sobre **lidar com a complicações do diabetes**, 52,9% dos idosos responderam que isto não é um problema em suas vidas, assim como também afirmaram que **não se sentem esgotados com o esforço constante que é necessário para cuidar do seu diabetes** (69,1%). Talvez, pelo fato de também não manifestarem sentimentos de culpa nas situações em que não cuidam do diabetes, este item tenha obtido resultado positivo. Isso permite verificar que o idoso diabético vive uma contradição, pois, ao relatar que a doença não interfere em seu viver, esclarece que tem certos “cuidados” e sente-se sem opções ao ter que aceitar as restrições impostas pela sua condição crônica. Desta maneira, percebe-se também uma certa resignação.

Nesse contexto, sob o panorama geral das respostas obtidas nesta subdimensão, verificou-se que a maioria dos idosos referiu ter uma vida normal, sem grandes complicações, apesar de ter que conviver com o DM e as restrições que este impõe. Estes achados parecem ir ao encontro da ideia defendida por alguns autores de que nem sempre o impacto do diabetes na qualidade de vida é negativo (BRADLEY *et al.*, 1999 *apud* SILVA, *et al.*, 2003).

A subdimensão 2 agrupa os pontos específicos relacionados ao tratamento do portador de diabetes. Esta dimensão é composta por três itens que avaliam o grau de determinação dos indivíduos em seguir a terapêutica implementada.

Gráfico 9. Problemas relacionados ao tratamento.
Cajazeiras-PB, 2011.



Os resultados demonstram que a maioria dos idosos não se **sente desencorajada** (73,5%) **ou insatisfeita com o médico que cuida do diabetes** (82,4%), embora reconheçam que não possuem **metas claras e concretas no cuidado do diabetes** (73,5%).

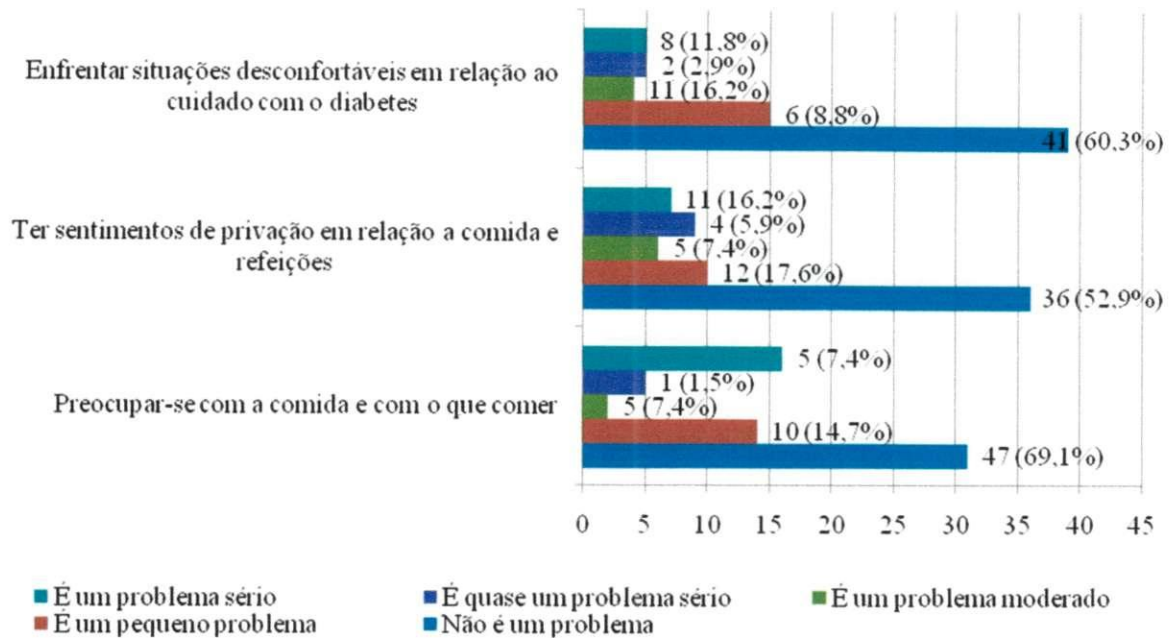
Estudos mostram que a adesão da pessoa diabética ao plano terapêutico tem uma estreita relação com o apoio familiar. Segundo a OMS, o adequado suporte social ao idoso relaciona-se à redução de morbimortalidade e disfunções psicológicas, bem como ao incremento da saúde e bem-estar geral.

Entretanto, um estudo realizado em Botucatu constatou que, quanto mais a família controla o portador de DM, mais este questiona sua autonomia e mais dificuldade encontra para seguir as recomendações para controle da glicemia, desta maneira, retroalimentando o ciclo, que se torna vicioso. Logo, deve-se avaliar a qualidade dos vínculos familiares (VECCHIA, 2005).

Os achados neste estudo revelam que o idoso não tem estabelecidas as diretrizes para controlar sua condição de saúde, tão pouco preocupa-se com isto, o que pode acarretar seu acometimento pelas complicações da doença em menor espaço de tempo e afetar sua qualidade de vida. Ressalta-se a importância da família e amigos, além de um grupo profissional interdisciplinar que forneça subsídios técnicos e suporte emocional para o enfrentamento da doença.

A subdimensão 3 centraliza pontos específicos relacionados à alimentação do indivíduo portador de diabetes. Esta dimensão é composta por três itens que avaliam o grau de preocupação do idoso em relação às refeições e se o mesmo enfrenta situações desconfortáveis em relação a isto.

Gráfico 10. Problemas emocionais relacionados à alimentação. Cajazeiras-PB, 2011.



Os resultados demonstraram que a maioria dos idosos não se **preocupa com a comida e com o que comer** (69,1%) e não **possuem sentimentos de privação em relação às refeições** (52,9%), ressaltando o grau de dificuldade que os mesmos detem em seguir as restrições dietéticas recomendadas, o que contribui para a dificuldade de controle do diabetes e piora o quadro clínico, fazendo aparecerem as complicações de maneira precoce.

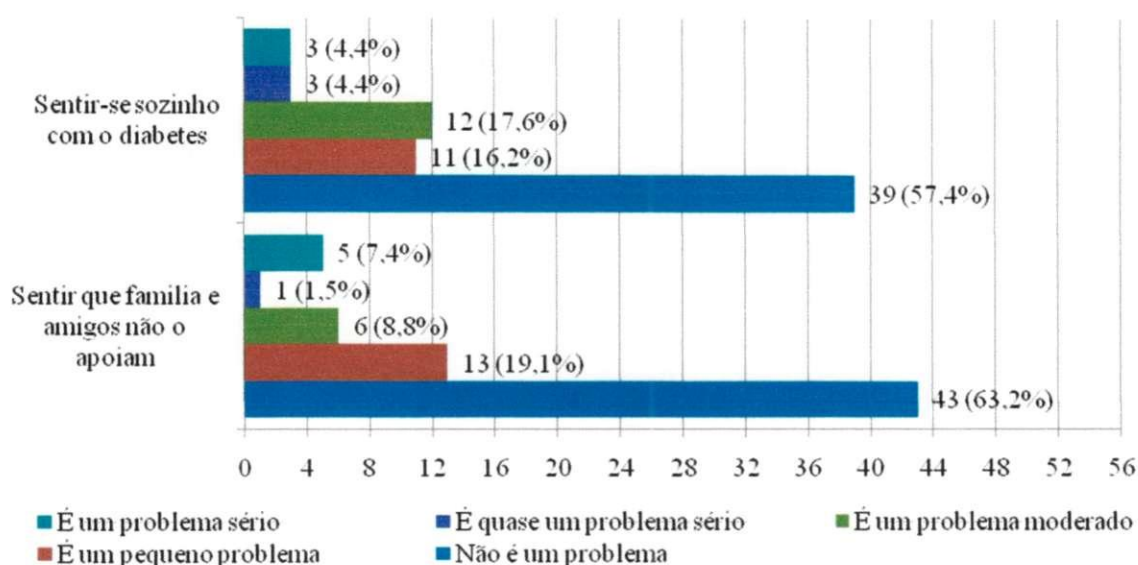
Estes resultados, associados ao fato de que os idosos não consideram **enfrentar situações desconfortáveis em relação ao diabetes** (60,3%), evidenciam o preponderante papel do nutricionista como integrante da equipe interdisciplinar no cuidado dos portadores de diabetes, pois a alimentação é uma necessidade humana básica, sendo influenciada por inúmeros fatores tais como aspectos socioculturais, idade, estado físico e mental, situação econômica e estado geral de saúde, neste caso, o *Diabetes Mellitus*.

O atendimento nutricional dos idosos diabéticos deve ser fundamentado na promoção da alimentação saudável, atividade física e lazer, busca do prazer, do autoconhecimento e da autoestima. A partir do reconhecimento dos diferentes saberes e lugares ocupados pelo profissional e pelo usuário, o nutricionista pode propor um plano alimentar flexível, negociado e compatível com as necessidades de cada usuário (BRASIL, 2008). Nesse sentido, fortalecer e qualificar o cuidado nutricional no âmbito da atenção primária é uma forma mais

econômica, ágil, sustentável e eficiente de prevenir a ocorrência de novos casos de diabetes e doenças associadas à má alimentação do que referenciá-los para o atendimento hospitalar, num futuro próximo, em decorrência de suas complicações.

A subdimensão 4 reflete pontos específicos relacionados ao apoio social que o indivíduo portador de diabetes necessita para enfrentar a doença e manter suas atividades cotidianas. Esta dimensão é composta por dois itens que avaliam como o idoso percebe a si mesmo e aos seus entes no enfrentamento do diabetes.

**Gráfico 11. Problemas relacionados ao apoio social.
Cajazeiras-PB, 2011.**



Quando inqueridos sobre estes aspectos, os idosos responderam que não se **sentem sozinhos pelo fato de portarem diabetes (57%)** e que percebem que **a família e os amigos o apóiam em relação à doença (63,2%)**.

Estes resultados são corroborados por um estudo de análise fenomenológica que constatou os momentos de felicidade dos idosos como aqueles relacionados ao contato familiar e social, à autonomia e à capacidade para trabalhar, o que constitui um conjunto de fatores que traz valor pessoal e bem-estar (LUZ; et. al, 2008), contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

Entretanto, mesmo verificando que a maioria dos idosos afirma não se sentir sozinho com o diabetes e que a família e os amigos o apóiam, uma parcela significativa manifestou-se

contrariamente (43% e 36,8%, respectivamente), o que dispara a necessidade de maior atenção por parte dos profissionais de saúde, dos familiares e dos amigos em relação ao idoso, fortalecendo laços de apoio e amizade para o enfrentamento do diabetes.

Conforme Heleno (2009), após o desencadeamento do diabetes, pode-se verificar que a vida do paciente se transforma. Ele sofre a ação de fatores negativos resultantes das limitações que a disfunção e o tratamento impõem, os quais incluem dieta, medicação, exercícios físicos, exames laboratoriais e domiciliares diários. Assim, a autora considera que o DM, apesar de não incapacitar o paciente, é uma disfunção que altera a qualidade da adaptação. Ainda conforme a autora, a manutenção da qualidade de vida está associada ao suporte social e aos aspectos psicológicos do paciente, ou seja, como ele encara a disfunção, seus efeitos e consequências.

Após analisar a QVRS, pela aplicação dos instrumentos genérico (SF-36) e específico (B-PAID), verificou-se que, de maneira geral, o diabetes exerce um impacto significativo na vida dos idosos mais jovens, do sexo feminino, com grau de escolaridade menor e com menor tempo de diagnóstico de diabetes. Embora a maioria dos participantes do estudo tenha manifestado um bom padrão de qualidade de vida relacionada à saúde, portar diabetes traz especificidades que variam de indivíduo para indivíduo, caracterizando o fenômeno como singular.

No presente estudo, os instrumentos genérico SF-36 e específico B-PAID utilizados foram adequados, de aplicação relativamente rápida e de fácil uso para a avaliação da qualidade de vida dos idosos portadores de *Diabetes Melitus* tipo 2. Dentre os domínios estudados, a dor apresentou o pior escore (26,76), seguido dos aspectos sociais (42,46) e do estado geral de saúde (40,81). Os escores mais altos foram os encontrados nos domínios saúde mental (74,76%), aspectos emocionais (71,76%), vitalidade (67,50), aspectos físicos (66,18) e capacidade funcional (61,18), representando um padrão positivo na qualidade de vida dos idosos.

Em relação ao questionário específico B-PAID, sua análise demonstrou que a DM apresenta pouca influência negativa na qualidade de vida dos idosos investigados, pois em todas as questões do referido questionário uma maior porcentagem respostas não representaram problema em suas vidas.

Os dados encontrados neste estudo são corroborados por outro congênere, conduzido por Santos *et. al.* (2002), no qual os autores analisaram a qualidade de vida em idosos de

diferentes comunidades da cidade de João Pessoa, relatando a existência de qualidade de vida regular nas diversas variáveis analisadas.

5 CONCLUSÕES

Percebe-se que viver com DM é complexo, não apresenta linearidade. Trata-se de um processo que interage dinamicamente com diversas facetas do viver cotidiano, influenciando e sendo influenciado por inúmeras relações. Evidencia-se um viver dinâmico com múltiplas possibilidades, mas que se pode caminhar para a manutenção ou conquista do viver com qualidade.

Através desse tipo de estudo pode-se conhecer as dimensões mais negativas causadas pelo diabetes, possibilitando assim o planejamento de ações de promoção de saúde e prevenção voltadas a este grupo, de maneira a capacitar o portador de DM para escolhas mais saudáveis em seu cotidiano, com vistas à melhoria da QV.

O estudo possibilitou a descoberta de alguns pontos relevantes quanto ao significado de qualidade de vida para idosos portadores de DM2. Através da análise ficou evidente que, para este grupo de idosos diabéticos, a qualidade de vida está atrelada principalmente à dor, estado geral de saúde e integração social.

Afinal, fica evidente que conviver com diabetes não se limita à adesão ou não ao tratamento, mas à possibilidade de ampliar o diálogo e negociação dentro de uma ética de respeito às diferenças, que dessa forma poderão ser discutidas em busca de autonomia e independência no cuidado de saúde.

Portanto, conhecer a QV dos indivíduos com diabetes significa um momento ímpar de compreensão, e remete novamente à importância do planejamento e da implementação de ações de responsabilidade das esferas governamentais, com embasamento em informações científicas, a serem desenvolvidas por meio de políticas públicas, que envolvam tanto a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, quanto a valorização dos profissionais de saúde.

6 REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. Atenção Primária e o Processo de Trabalho em Saúde. **Informe-se em promoção de saúde**, v. 3, n.1, p. 1- 3, 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/ana.pdf>. Acesso em: 02/11/2011.

ASSIS, M.; Et. al. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **A Promoção da saúde nas instituições de longa permanência: uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a05v09n3.pdf>. Acesso em: 05/11/2011.

ARANGO, H.G. **Bioestatística Teórica e Computacional**. 3ª ed. Guanabara Koogan, 2009.

BELTRAME, V. **Qualidade de vida de idosos diabéticos**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Porto Alegre:, 2008. 101f.

BIRAL, A. M.; Et al. A importância do educador em diabetes mellitus. **Diabetes Clínica**, São Paulo, v. 9, n. 3, p.193-199, maio/jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. **Hipertensão arterial e diabetes mellitus: morbidade auto referida segundo o VIGITEL, 2009 e cadastro de portadores do Sis-HiperDia, 2010**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a população Brasileira**. Brasília DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: DF; 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Secretaria de atenção à saúde. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, jan./julh. 2003.

CARVALHO, P. G. *et al.* Determinantes da Qualidade de Vida em Pacientes Diabéticos. **Revista de Buenos Aires – Buenos Aires**, 2008.

CERVO, A. L. *Et. al.* **Metodologia científica**. 6. ed São Paulo: Prentice Hall, 2007.

CUNHA, L.L. *Et. al.* Influencia da Dor Crônica na Qualidade de Vida dos Idosos. **Revista Dor**. São Paulo. 2011 abr-jun; 12(2): 120-4.

FLECK, M.P.A *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 21 (1): 19-28, 1999.

FORTUNY, C. F. *Et. al.* Concordancia entre índices de dependencia en las actividades de la vida diaria: Experiencia de aplicacion em poblacion geriatrica de ambito rural. **Enfermeria clinica**, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 47-53, mar./abr. 2002.

FRIES, J.F. *et. al.* Vitality and aging: implications of the rectangular curve. **The compression of morbidity**. San Francisco, WH Freeman & Co., 1981.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

HELENO, M. G. V. Aspectos emocionais relacionados com diabetes tipo 1. **Journal of Metabolism and Nutrition / Revista do Metabolismo e Nutrição** , v. 1, p. 63-69, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. - IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**. Brasília, 2011.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**. Brasília, 2010.

_____. Informação Demográfica e Socioeconômica número 21. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Brasília (Brasil), 2007.

JANUARIO, R.S.B. ET AL. Qualidade de vida em idosos ativos e sedentários. **Rev. ConScientiae Saúde**, 2011; v.10, n.1, p.112-121.

JOIA, L. C. et al. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev. Saúde Pública** , São Paulo, v. 41, n. 1, fev. 2007 .

KALACHE, A. Et. al. "Envelhecimento da População Mundial: Um Desafio Novo". **Clin. Geriatric Med.**, v.3, n.1, p.87- 98, 1987.

LAKATOS, E. M. Et. al.; **Fundamentos de metodologia científica**. 6 ed. 4 reimpressão. São Paulo: Atlas 2006.

LIMA, H. C. Et. al. O papel da enfermagem na saúde do idoso dentro da atenção básica de saúde. **Revista saúde e beleza**. Abril, 2009.

LUZ, M.C. Et. al. Vivências de felicidade de pessoas idosas. **Estudos de Psicologia** (Campinas). v. 25, n. 2, 2008.

MALERBI, F.E.K. Aspectos psicológicos no controle do diabetes mellitus. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diabetes na Prática Clínica**. 2009.

MARCONI, M. A., Et. al. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARTINS, J. J. et al. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2, maio. 2007.

MIRANZI, S.S.C et al. Qualidade de vida de indivíduos com *diabetes mellitus* e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; v. 17, n.4, p.672-9.

PAPALÉO, N. M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2007.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS,E.V.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; ROCHA, S.M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.79-84.

QUADRANTE, Ana Catarina Rodrigues. Doenças crônicas e o envelhecimento. **Portal do envelhecimento**, São Paulo, 2006.

RIBEIRO, J. P. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. **Escola Anna Nery** (impr.), 2010, out-dez; v.14, n.4, p.765-771.

ROUQUAYROL, M. Z. *et. al.* **Introdução à Epidemiologia** - 4ª Ed. 2006.

RAMOS, L.R. et al. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde pública**, S. Paulo, v.21, p.211-24, 1987.

SAINTRAIN, M. V. Et. al. Saúde Bucal do Idoso: abordagem interdisciplinar. In, **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n4, p.1142-1147, 2008.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. **Enfermagem Gerontológica: Reflexão à Ação** cuidativa, 2ª Ed.São Paulo: Robe Editorial, 2001.

SCHMIDT, M. I. *et. al.* Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**, (Supl 2), p.74-82, 2009.

SILVESTRE, J. A; Et. al. O Envelhecimento Populacional Brasileiro e o Setor Saúde. **Arquivos de Geriatria e Gerontologia**, setembro/1996, vol. 0, nº1, p. 82-88.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. **Consenso brasileiro sobre diabetes 2006: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2.** Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.

SANTOS, S.R. *et. al.* Qualidade de vida do idoso: aplicação da escala de Flanagan. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v.10, n.6, 2002, p. 757-764.

TAVARES, D. M. S. et al. Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1341-1352, 2008.

VIEGAS, K. **Prevalência de diabete mellitus na população de idosos de Porto Alegre e suas características sociodemográficas e de saúde.** Tese (Doutorado) – Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Porto Alegre: PUCRS, 2009

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira Epidemiologia**, Botucatu, v. 8, n. 3, p. 246-52, set. 2005.

Wood-Dauphine S: Assessing Quality of Life in Clinical Reasearch: From Where Have We Come and Where Are We Going? **J Clin Epidemiol**, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde.** Brasília, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications.** Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva (SZ): WHO; 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A:
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SÃO CARLOS - UFSCAR
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
LABORATÓRIO DE GENÉTICA
RUA ARACATI, 136
13506-900 - SÃO CARLOS - SP

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido _____

_____, em pleno exercício dos meus direitos autorizo a minha participação na Pesquisa: **“Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos diabéticos acompanhados pelas equipes de saúde da família de CajazeiraS-PB**, declaro ainda que recebi todo esclarecimento sobre a pesquisa que será desenvolvido pelo aluno **MARINO MEDEIROS MARTINS**, aluno do Curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Sob a Orientação do Professor Ms. **MARIA ROSILENE CÂNDIDO MOREIRA**

A pesquisa tem como **Objetivo Geral**: Avaliar a qualidade de vida de idosos portadores de *diabetes mellitus* tipo 2 acompanhados pelos profissionais da estratégia de saúde da família do município de Cajazeiras-PB e **Objetivos específicos**: traçar o perfil sócio-demográfico dos idosos portadores de DM 2, cadastrados e acompanhados pelos profissionais da estratégia de saúde da família; identificar os fatores que influenciam na qualidade de vida dos portadores de *diabetes mellitus*.

Serão assegurados os meus direitos de obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Tenho assegurado também o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, bem como, a não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade e meu anonimato.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, sobre a pesquisa o participante poderá contatar o aluno **Marino Medeiros Martins** no número (83) 9924-5818. Para entrar em contato com a orientadora responsável, pode contatar a Professor(a) Ms. **Maria Rosilene Cândido Moreira** através do número (83) 9666-8060, ou (88) 8829-3629, e ainda pode contatar a sua instituição de trabalho através do número (83) 3532-2033. Para entrar em contato com o CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, pode-se contatar através do número Telefone: (83) 2101-5545.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimento e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador

Espaço para
impressão
dactiloscópica

APÊNDICE B:
FORMULÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

APÊNDICE B – FORMULÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

Iniciais do nome: _____ Sexo: ()M ()F

Data de nascimento: _____

Grau de instrução:

() Fundamental () Completo () Incompleto

() Médio () Completo () Incompleto

() Superior () Completo () Incompleto

() Analfabeto

Tempo do diagnóstico da doença: _____

Faz uso de insulina? () Sim () Não

ANEXOS

ANEXO A:
VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA -SF-36

ANEXO A

VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificuldade muito	Sim, dificuldade um pouco	Não, não dificuldade de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0

08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escorre da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>
10	<p>Considerar o mesmo valor.</p>
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

[Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior x 100/Variação (Score Range)]

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07+08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás. Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

ANEXO B:
QUESTIONÁRIO PROBLEMS AREAS IN DIABETES SCALE
(PAID) (VERSÃO BRASILEIRA)

ANEXO B

PROBLEMS AREAS IN DIABETES SCALE (PAID) (VERSÃO BRASILEIRA)

Instruções: A partir de sua própria perspectiva, em que grau as seguintes questões relacionadas ao diabetes são um problema comum para você? Por favor, circule o número que indica a melhor resposta para você em cada questão.

1. A falta de metas claras e concretas no cuidado do seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um pequeno moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

2. Sentir-se desencorajado com o seu tratamento do diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um pequeno moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

3. Sentir medo quanto pensa em viver com diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um pequeno moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

4. Enfrentar situações sociais desconfortáveis relacionadas aos cuidados com seu diabetes (por exemplo pessoas falando para você o que você deve comer):

Não é um problema	É um pequeno problema	É um pequeno moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

5. Ter sentimentos de privação a respeito da comida e refeições:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um pequeno moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

6. Ficar deprimido quando pensa em ter que viver com diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um pequeno moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

7. Não saber se seu humor ou sentimentos estão relacionados com seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um pequeno moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

8. Sentir que seu diabetes é um peso para você:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um pequeno moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

9. Preocupar-se com episódio de glicose baixa:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um pequeno moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

10. Ficar brabo/irritado quando pensa em viver com diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um pequeno moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

11. Preocupar-se com a comida e o que comer:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um pequeno moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

12. Preocupar-se com o futuro e com a possibilidade de sérias complicações:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um pequeno moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

13. Sentir-se culpado(a) ou ansioso(a) quando você deixa de cuidar de seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um pequeno moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

14. Não aceitar seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um pequeno moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

15. Sentir-se insatisfeito com o médico que cuida de seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um pequeno moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

16. Sentir que diabetes está tomando muito de sua energia mental e física diariamente:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um pequeno moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

17. Sentir-se sozinho com seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um pequeno moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

18. Sentir que seus amigos e familiares não apoiam seus esforços em lidar com o seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um pequeno moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

19. Lidar com as complicações do diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um pequeno moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

20. Sentir-se esgotado com o esforço constante que é necessário para cuidar do seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um pequeno moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

ANEXO C:
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

UNIVERSIDADE ESTADUAL
DE CAMPINAS
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAMPUS II - 13083-862

ANEXO C



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
SECRETARIA DA SAÚDE
CNPJ: 05.325.381/0001-00
Rua Arsênio Rolim Araruna, 01 Cocodé
Fone: (83) 3531-4734

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
SECRETARIA DO MUNICIPIO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado **“Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos diabéticos acompanhados pelas equipes de saúde da família de CajazeiraS-PB,”** desenvolvido pelo aluno **Marino Medeiros Martins** do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação do professora **Ms. Maria Rosilene Cândido Moreira**.

Cajazeiras, 19 de setembro de 2011.

Secretário Municipal de Saúde de Cajazeiras

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES

ANEXO D:
DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que em reunião de 09/ 11/ 2011 foi aprovado o **Processo nº. 20111410 - 045** intitulado: **QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE IDOSOS DIABÉTICOS ACOMPANHADOS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAJAZEIRAS - PB.**

Projeto a ser realizado no período de: Novembro a Dezembro de 2011.

Estando o pesquisador ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos, podendo sofrer penalidades caso não cumpra com um dos itens da resolução supra citada.

Após conclusão da pesquisa deve ser encaminhado ao CEP/ HUAC, em 30 dias (trinta dias), relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Haverá apresentação pública do trabalho no Centro de Estudos HUAC em data a ser acordada entre pesquisador e CEP/ HUAC.

Karynna M. Barros da Nóbrega
 Karynna Magalhães Barros da Nóbrega
 Coordenadora CEP/ HUAC/ UFCG.

Campina Grande - PB, 09 de Novembro de 2011.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
 Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br