



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

SAMILLA GABRIELE AZEVEDO MELO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA FACETADA E GLOBAL EM IDOSOS
COM DIABETES MELLITUS**

Cuité – PB
2016

SAMILLA GABRIELE AZEVEDO MELO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA FACETADA E GLOBAL EM IDOSOS
COM DIABETES MELLITUS**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC II, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira

Cuité – PB
2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

M528a Melo, Samilla Gabriele Azevedo.

Avaliação da qualidade de vida facetada e global em idosos com diabetes mellitus. / Samilla Gabriele Azevedo Melo. – Cuité: CES, 2016.

100 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2016.

Orientador: Matheus Figueiredo Nogueira.

1. Diabetes mellitus. 2. Qualidade de vida. 3. Assistência integral à saúde do idoso. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.379-008.64

SAMILLA GABRIELE AZEVEDO MELO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA FACETADA E GLOBAL EM IDOSOS
COM DIABETES MELLITUS**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC II, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira
Orientador – UFCG

Profa. Dra. Lidiane Lima de Andrade
Membro – UFCG

Profa. MSc. Carolina Pereira da Cunha Sousa
Membro – UFCG

Cuité – PB, 11 de outubro de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico essa conquista às pessoas mais amadas por mim: meus pais, *Socorro* e *Eulírio*, pela pessoa honesta e ética que me tornaram; minha irmã *Livia*, por ter trazido junto ao seu nascimento o altruísmo a mim concebido; aos meus avós, *Mamãe Lourdes* e *Papai Louro*, por terem sido amor e abrigo. A estas pessoas, dedico minhas vitórias e alegrias.

AGRADECIMENTOS

Ao meu *Deus*, que me presenteou com o dom da vida; deu-me a oportunidade de crescer academicamente, fortalecendo-me diante dos desafios e sacrifícios.

Ao *Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande*, professores e funcionários por me proporcionarem um ambiente de crescimento profissional e pessoal.

Ao meu orientador *Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira*, pelo direcionamento, ensinamentos, diálogos, paciência e apoio emocional durante a construção deste trabalho. Obrigada por ter me dado a honra de ser sua aluna e orientanda e por sempre me incentivar. Parabéns pela pessoa e profissional competente que és!

Aos *idosos* participantes da pesquisa, pela atenção e conversas enriquecedoras. Agradeço a confiança dada a mim para entrar em suas casas e poder ajudar de alguma forma.

À minha família, por ser meu alicerce de todas as horas.

Aos meus pais *Socorro e Eulírio*, pelo amor, orgulho em mim depositado, por serem meus exemplos de perseverança, coragem e pilares da minha formação pessoal. À minha *MÃE*, em especial, pela guerreira e batalhadora que é. Meu exemplo de mulher.

Aos meus *avós*, maternos e paternos, motivos da minha linha de pesquisa. Meu amor, carinho e respeito.

A todos meus amigos, pelo companheirismo, lealdade, alegrias e conselhos. Em especial a *Carol, Taira, Bruna, Máisa, Gaby e Mirella*. Pessoas que faço questão de permanecerem em minha vida.

Ao meu namorado *Raíff*, sempre ao meu lado, sendo companheiro, paciente, amoroso, incentivador e, por vezes, meu orientador gramatical.

A todos os colegas do curso de Enfermagem, companheiros desta longa caminhada.

A banca examinadora deste trabalho, por aceitar contribuir no enriquecimento desta pesquisa.

*"[...] nós envelheceremos um dia, se tivermos este privilégio.
Olhemos, portanto, para as pessoas idosas como nós seremos no futuro."*

Kofi Annan

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global e também brasileiro, fato que pode ser visualizado nos resultados dos censos mais recentes. O aumento da população idosa traz mudanças sociobiológicas, sobretudo, o surgimento de doenças crônicas que são comuns na velhice, como o Diabetes Mellitus (DM), que surge como importante causa de morbimortalidade e de influência na Qualidade de Vida (QV) entre os idosos. Assim, observou-se a necessidade de analisar quais dimensões da QV são influenciadas pelo acometimento do DM. Objetivou-se com este estudo avaliar a QV facetada e global de idosos com DM. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-observacional, de natureza quantitativa, realizada na microrregião do Curimataú Ocidental do estado da Paraíba. A amostra foi constituída por 87 idosos e os dados foram coletados por meio de dois instrumentos: o questionário sociodemográfico/comportamental e o WHOQOL-Old, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande sob parecer nº 844.702. Os resultados demonstram que a maioria dos idosos tinha entre 60 a 74 anos, é do sexo feminino, casada, têm renda de até um salário mínimo e estilo de vida sedentária, já que 60,9% referiram não praticar exercícios físicos regulares. Nas facetas que compõem o constructo QV, destacaram-se “*Atividades Passadas, Presentes e Futuras*” (PPF) e “*Participação Social*” (PSO), que obtiveram o melhor e pior desempenho respectivamente ($EBF=14,84$; $EBF=12,99$) apontando satisfação quanto às realizações de vida e baixa participação em atividades desenvolvidas na comunidade. Observa-se, destarte, que o estudo traz importante contribuição para o aperfeiçoamento da assistência ao idoso diabético, especialmente pelos aspectos que compõem a QV. É relevante que os profissionais de saúde sejam capazes de identificar as características da comunidade à qual direcionam o cuidado e, junto com a gestão, promover estratégias de interação social dos idosos, por meio de programas e grupos sociais que contemplem as diversas facetas da QV.

Descritores: Qualidade de Vida. Assistência Integral à Saúde do Idoso. Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

Population aging is a global phenomenon and also Brazil, which can be seen in the results of the most recent censuses. The increase in the elderly population brings sociobiological changes, particularly the emergence of chronic diseases that are common in old age, such as diabetes mellitus (DM), which comes as an important cause of morbidity and mortality and decreased Quality of Life (QoL) among the elderly. Thus, there was the need to examine which dimensions of QoL are influenced by DM involvement. The objective of this study was to evaluate the faceted and global QoL of elderly patients with DM. This is a survey of exploratory and observational, quantitative, held in the micro-region of Paraíba state of West Curimataú. The sample consisted of 87 elderly and data were collected using two instruments: the socio-demographic / behavioral questionnaire and WHOQOL-old, after approval by the Ethics Committee of the Hospital Universitário Alcides Carneiro, Federal University of Campina Grande an opinion No. 844,702. The results show that most of the individuals were between 60 to 74 years, it is female, married, have income up to one minimum wage and sedentary lifestyle, since 60.9% reported not practicing regular exercise. The facets that make up the QoL construct, stood out "Activities Past, Present and Future" (PPF) and "social participation" (PSO), which obtained the best and worst performance respectively (EBF = 14.84; EBF = 12, 99) pointing satisfaction about the life achievements and low participation in activities in the community. It is observed Thus, the study provides important contribution to the improvement of care to elderly patients with diabetes, especially the aspects that make up the QoL. It is important that health professionals are able to identify the characteristics of the community to which direct care and, together with the management, promote social interaction strategies of older people, through programs and social groups that address the various facets of QoL.

Descriptors: Quality of Life. Comprehensive Health Care of the Elderly
. Diabetes Mellitus.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Perfil socioeconômico e demográfico simplificado de idosos com diabetes mellitus acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=87) 41
- Tabela 2** - Caracterização do estilo de vida de idosos com DM acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=87) 48
- Tabela 3** - Escore Bruto das Facetas (médio) do questionário WHOQOL-Old com base na percepção de idosos com DM (n=87) 53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Escore Transformado das Facetas e Escore Transformado Total do questionário WHOQOL-Old com base na percepção de idosos com DM (n=87)	55
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA - American Diabetes Association
AUT - Autonomia
CES - Centro de Educação e Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DALY- Disability Adjusted Life of Years
DCV - Doenças cardiovasculares
DM - Diabetes Mellitus
DM1- Diabetes Mellitus tipo 1
DM2- Diabetes Mellitus tipo 2
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EBF - Escore Bruto das Faceta
EPF - Escore Médio Padronizado da Faceta
ESF - Estratégia de Saúde da Família
ETE - Escore Transformado de Escala
ETF - Escore Transformado da Faceta
ETT - Escore Transformado Total
FS - Funcionamento do Sensório
HAS - Hipertensão Arterial sistêmica
HUAC - Hospital Universitário Alcides Carneiro
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva
IDF - International Diabetes Federation
INT - Intimidade
MEM - Morte e Morrer
NEPEQ - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PE – Processo de Enfermagem
PB - Paraíba
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS - Pesquisa Nacional de Saúde
PNSI - Programa Nacional de Saúde do Idoso
PPF - Atividades passadas, presentes e futuras
PSO - Participação Social
QV - Qualidade de Vida
SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes
SUS - Sistema Único de Saúde
SM- Salário Mínimo
SMS - Secretária Municipal de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TTG - Teste de Tolerância à Glicose

UAENFER - Unidade Acadêmica de Enfermagem

UFCG - Universidade Federal de Campina Grande

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UNFPA- Fundo de População das Nações Unidas

USF - Unidades de Saúde da Família

WHOQOL-Old - World Health Organization Quality Of Life Assessment

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Objetivos	16
1.1.1	<i>Objetivo Geral</i>	16
1.1.2	<i>Objetivos Específicos</i>	16
2	REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1	Envelhecimento: considerações demográficas e fundamentos biológicos	18
2.2	Diabetes Mellitus: aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos	22
2.3	Qualidade de vida em idosos com DM: conceitos, instrumentos de avaliação e interrelações	28
3	METODOLOGIA	33
3.1	Tipo de estudo	34
3.2	Local do estudo	34
3.3	População e amostra	34
3.4	Instrumento para coleta de dados	35
3.5	Procedimentos para coleta de dados	37
3.6	Análise dos dados	37
3.7	Aspectos éticos	39
4	ANALISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	40
4.1	Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes	41
4.2	Perfil de estilo de vida	48
4.3	Avaliação da qualidade de vida de idosos com Diabetes Mellitus	52
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
	REFERÊNCIAS	63

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B – Declaração de compromisso do pesquisador responsável

Apêndice C – Termo de Autorização Institucional

ANEXOS

Anexo A – Questionário de coleta de dados

Anexo B – WHOQOL-Old

Anexo C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

O mundo passa por significantes alterações no seu perfil demográfico devido ao aumento da sua população idosa. No Brasil, tais mudanças estão diretamente relacionadas com o declínio da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida dos brasileiros, assim como as melhorias das condições sociais e de saúde ofertadas (LIMA-COSTA et al., 2011).

Este processo de envelhecimento populacional pode ser observado por meio de pesquisas e estudos que auxiliam no entendimento da dinâmica social (CLOSS; SCHWANKE, 2012). No seu último recenseamento, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelou que a população brasileira com idade igual ou superior a 60 anos cresceu 2,5 vezes mais (36%) do que a mais jovem (14%) (IBGE, 2010).

Nesse sentido, Netto (2004) ressalta que o envelhecimento humano pode ser estabelecido como um processo progressivo e dinâmico, seguindo a tônica das alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que podem determinar a perda gradativa da capacidade de adaptação ao meio ambiente, potencializando os riscos de desenvolver determinados agravos à saúde. Dias (2007) acrescenta que o envelhecimento é um processo heterogêneo e multifatorial, em que cada indivíduo perpassa por este processo de maneira própria, alcançando assim a velhice. Durante o processo de envelhecimento, o idoso torna-se mais vulnerável às enfermidades de natureza crônico-degenerativas de início insidioso, como as cardiovasculares, cerebrovasculares, câncer, transtornos mentais e os estados patológicos que afetam o sistema locomotor (ZASLAVSKY; GUS, 2002).

No tocante às doenças crônicas, o Diabetes Mellitus (DM) surge como importante causa de morbimortalidade entre os idosos. Define-se como uma anormalidade endócrino-metabólica, caracterizada por uma deficiência do hormônio insulina, quando sua secreção pelo pâncreas é defasada, mas também por uma ação insuficiente do hormônio nos tecidos alvos (RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010).

A *International Diabetes Federation* (2015) indica que um em cada onze adultos no mundo tem diabetes. Esta acomete com maior frequência os homens, onde 215,2 milhões são do sexo masculino, enquanto 199,5 milhões são mulheres. O alerta recai sobre todas as faixas etárias, com especial atenção aos idosos entre 60 e 79 anos: mais 134,6 milhões de pessoas, representando mais de 35% de todos os casos de diabetes em adultos. Em 2035, esse número está projetado para aumentar além de 252,8 milhões. Com relação à incidência atual de DM, 415 milhões de pessoas têm a doença e estipula-se o número de 642 milhões, em 2040.

Etiologicamente, o DM apresenta-se em dois tipos mais frequentes, o tipo 1 e 2. No indivíduo idoso, a forma mais frequente é o DM tipo 2. A hiperglicemia, manifestação

principal desta doença, ocasiona lesões em diversos órgãos e sistemas do organismo, principalmente coração, olhos, rins e sistema nervoso (RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010). A dislipidemia, muitas vezes associada ao DM, pode desencadear complicações cardiovasculares como HAS, aterosclerose, infarto do miocárdio, fatores que impactam na funcionalidade física, psicológica e social do portador, prejudicando sua adaptação à vida produtiva (RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010). Desse modo, tais complicações podem influenciar na percepção da QV dos idosos, além de contribuir para um aumento das despesas ou gastos públicos direcionados à saúde e da mortalidade (COELI et al., 2002).

A QV, de acordo com o WHOQOL Group (1995, p. 1405), consiste na “*percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”. Consta de um conceito polissêmico, amplo, complexo e multidimensional, que leva em consideração a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com o meio ambiente (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

A avaliação da QV do indivíduo é uma importante área do conhecimento científico, dado que esta expressão se interpõe ao de saúde: satisfação e bem-estar físico, psíquico, socioeconômico e cultural. A aplicação de instrumentos de avaliação da QV permite averiguar de modo objetivo o impacto global das doenças crônicas, como o DM, na vida das pessoas acometidas (AGUIAR et al., 2008). Dentre os instrumentos de mensuração da QV o WHOQOL-OLD, proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sugere uma avaliação global e multifacetada da QV de idosos e suas características clínicas específicas.

Compreendendo a necessidade de investigar as variáveis que moldam a avaliação da QV de idosos com DM, o olhar global e facetado desponta como importante linha de conhecimento para a proposição de políticas, programas e práticas de atenção à saúde com base nas suas reais necessidades. A partir deste conhecimento, elementos norteadores para a assistência de saúde integral ao idoso com DM poderão ser elucidados, bem como cooperar no direcionamento correto e eficaz de diretrizes de políticas já existentes a fim de promover o envelhecimento saudável com QV e a diminuição do impacto dos agravos à saúde causados pela doença.

Diante do exposto, surgiram as seguintes questões norteadoras: Como os idosos do Curimataú paraibano acometidos por DM avaliam globalmente a sua QV? Quais facetas componentes da QV estão afetadas? Quais dimensões estão satisfatórias a partir da avaliação desses idosos? Com base nesses questionamentos, o presente estudo visa alcançar os objetivos descritos a seguir.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

- Avaliar a qualidade de vida facetada e global de idosos com Diabetes Mellitus.

1.1.2 Objetivos Específicos

- ✓ Descrever a caracterização socioeconômica e demográfica dos idosos;
- ✓ investigar o perfil de estilo de vida de idosos com Diabetes Mellitus;
- ✓ mensurar a qualidade de vida global dos idosos com Diabetes Mellitus; e
- ✓ averiguar a qualidade de vida facetada dos idosos Diabetes Mellitus.

2.1 Envelhecimento: considerações demográficas e fundamentos biológicos

O envelhecimento populacional é um processo que vem sendo verificado significativamente em vários países, conquanto em momentos e ritmos distintos. Este processo pode ser explicado pela alta queda na taxa de fecundidade e da mortalidade, que teve impacto posterior nesse processo, haja vista que as idades mais avançadas foram beneficiadas tardiamente às idades iniciais. Tal transição demográfica foi acompanhada por alterações nos padrões de causas de mortalidade, em que as doenças crônico-degenerativas estariam em vantagem às doenças infecciosas e parasitárias, a chamada transição epidemiológica (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2013).

O processo de envelhecimento da população é um evento natural, irreversível e mundial. A população idosa brasileira tem crescido de modo acelerado comparado a outros períodos da história. Dentro desse grupo, os designados “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” (acima de 80 anos) constituem o segmento populacional mais crescente nas últimas décadas, sendo hoje mais de 12% da população idosa (BRASIL, 2010).

Em conformidade com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), presentemente existem no Brasil, mais de 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, representando aproximadamente 10% da população brasileira (IBGE, 2010). De acordo com projeções estatísticas da OMS, no período de 1950 a 2025, o número de idosos no país terá aumentado em quinze vezes, na mesma proporção que a população total em cinco. Destarte, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto à quota de idosos, chegando a alcançar em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2010).

O envelhecimento da população global pode ser entendido como uma grande vitória da humanidade, entretanto, pode também ser visto como desafio ao passo que causará um aumento das demandas sociais e econômicas mundiais (BRASIL, 2005). Nessa linha de raciocínio, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e a *Help Age International*, (2012) referem que o aumento significativo de idosos em um número cada vez maior de países faz surgir algumas preocupações de como as sociedades serão capazes de tratar os desafios provenientes dessa evolução demográfica. Dentre as mais urgentes preocupações dos idosos e os maiores desafios para os governos, estão a garantia de renda e a saúde. A fim de proporcionar um alto padrão alcançável de saúde física e mental, os indivíduos idosos devem ter acesso a informações e serviços de saúde que correspondam a suas reais necessidades, incluindo atendimento médico preventivo, tratamento e assistência em longo prazo.

A transição demográfica que vem ocorrendo de maneira veloz no Brasil evolui para uma população cada vez mais envelhecida, onde o impacto dessa modificação implicará cada vez mais na necessidade de adaptações de políticas sociais direcionadas, primordialmente, para atender as demandas florescentes nas áreas da saúde, assistência e previdência social. Segundo Veras (2007), os idosos brasileiros sofrem diariamente com a desvalorização de pensões e aposentadorias, com a assistência ineficaz oferecida aliada à ausência de atividades de lazer, que podem gerar medo e depressão, além de sofrerem ainda com o abandono em hospitais ou asilos e com os obstáculos para assegurar alguma assistência por meio de planos de saúde.

Deste modo, as políticas de saúde devem contribuir para que mais pessoas consigam atingir as idades avançadas com o melhor estado de saúde e QV possível. O maior propósito nesse processo de envelhecimento é que ele se torne ativo e saudável. Ao conceber saúde de forma ampla, é notória a necessidade de possíveis mudanças no contexto atual, fornecendo ambientes sociais e culturais mais favoráveis para a população idosa (BRASIL, 2006).

Para além do aspecto cronológico, Vieira e Mello-Carpes (2013) afirmam que o envelhecimento deve ser concebido como um processo multidimensional, ao modo que, em sua totalidade, pode ser compreendido como um evento biológico com consequências psicológicas. Sendo assim, o processo de envelhecer apresenta uma dimensão existencial que altera a relação pessoa-tempo, trazendo mudanças em suas relações com o mundo e com sua própria história. Do ponto de vista biológico, para Moraes, Moraes e Lima (2010), o envelhecimento é implacável, ativo e irreversível, podendo deixar o organismo mais vulnerável às agressões externas e internas, além de ser de natureza multifatorial e dependente da programação genética e das alterações que ocorrem em nível celular-molecular.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, p. 06), o envelhecimento pode ser definido como

um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente.

Para Moraes (2008), o envelhecimento é o principal fator de risco para determinadas doenças e incapacidades. Com o passar do tempo, o indivíduo fica exposto a uma série de injúrias, cujas consequências são percebidas na velhice, após décadas de exposição. As injúrias ambientais (hábitos de vida) interagem continuamente com a genética e as consequências biológicas são extremamente variáveis de indivíduo a indivíduo. Netto e Ponte

(2002) associam algumas manifestações somáticas da velhice, como redução da capacidade funcional, redução da resistência e da capacidade de trabalho, perdas dos papéis sociais, solidão e perdas psicológicas, motoras e afetivas, muito comuns nesta fase da vida.

As alterações pertinentes à fisiologia do envelhecimento humano aparecem de forma discreta e inaptas a gerarem incapacidades em sua fase inicial, contudo, ao passar do tempo, podem causar limitações na execução de atividades básicas e instrumentais da vida diária (ESQUENAZI; SILVA; GUIMARÃES, 2014). Do ponto de vista fisiológico, as alterações biológicas associadas à velhice partem do ponto das alterações anatômicas, que são mais notórias e se manifestam inicialmente no sistema tegumentar (NETTO, 2002). Com o avançar da idade, há diminuição da espessura epiderme-derme; significativa redução da elasticidade e da secreção das glândulas sebáceas; resposta imunológica avariada; diminuição do número de glândulas sudoríparas; e diminuição do leito vascular com fragilidade dos vasos sanguíneos (FREITAS; WALDMAN, 2011).

Conforme Lacourt e Marini (2006), a função muscular é prejudicada pelo avanço da idade e a diminuição dessa função afeta significativamente a QV dos idosos, levando a que tenham obstáculos na operacionalização das atividades de vida cotidianas, podendo-os tornar dependentes do auxílio de outras pessoas. Ademais, ocorre uma redução da força muscular entre os cinquenta e sessenta anos de idade, com um grau bem mais rápido de diminuição após os sessenta anos; além da diminuição da massa muscular em aproximadamente 50% entre os vinte e os noventa anos, e o número de fibras musculares no idoso são em torno de 20% menor que no adulto.

Para Netto (2002), o enfraquecimento do tônus muscular e da constituição óssea pode levar a mudanças posturais do tronco e dos membros inferiores, acentuando ainda mais as curvaturas da coluna torácica e lombar. As articulações se tornam mais endurecidas, reduzindo assim a extensão dos movimentos e produzindo alterações no equilíbrio e na marcha. É válido salientar que devido às influências multifatoriais do envelhecimento, ocorrem no idoso alterações nos reflexos de proteção e no controle do equilíbrio, prejudicando-se assim a mobilidade física.

As modificações fisiológicas cardiovasculares durante o envelhecimento surgem de diversas maneiras. Com o passar dos anos, o músculo cardíaco perde eficiência e força contrátil, diminuindo o débito cardíaco sob condições de estresse fisiológico. Os vasos sanguíneos são afetados diretamente pelo processo de envelhecimento. Modificações como o acúmulo de cálcio e lipídeos podem desenvolver aterosclerose; e o aumento do colágeno

causa enrijecimento dos vasos, resultando no aumento da resistência periférica e elevando a pressão sistólica (ELIOPOULOS, 2005).

Algumas modificações no sistema respiratório podem levar à redução da capacidade respiratória. Mudanças estruturais torácicas como rigidez da traqueia e das costelas aumentam o diâmetro anteroposterior do tórax que é percebido pela cifose. Há diminuição dos pulmões e aumento da rigidez, causando menor expansibilidade pulmonar, inflação basilar insuficiente e diminuição da capacidade de expelir secreções. A troca gasosa menos eficaz, põe em risco o idoso ao desenvolvimento de infecções respiratórias (ELIOPOULOS, 2005).

Os fenômenos de circulação e respiração são essenciais para a manutenção da vida e têm estado em evidência nos últimos anos devido aos seus impactos sobre as alterações que ocorrem durante o processo de envelhecimento. Para proporcionar boa saúde tecidual deve-se assegurar perfusão tecidual adequada, mantendo a pressão arterial dentro dos parâmetros de normalidade. Alguns fatores podem alterar a perfusão tecidual, sendo eles: hipertensão arterial sistêmica (HAS), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), varizes, DM, câncer, hipoglicemia, hiperglicemia, insuficiência renal, anemia, trombozes, efeitos colaterais de medicamentos anti-hipertensivos e vasodilatadores e condições como edema, má nutrição e imobilidade prolongada (ELIOPOULOS, 2005).

O organismo humano durante o envelhecimento também sofre algumas alterações que podem prejudicar a ingestão e digestão dos alimentos de maneira correta, bem como alterar a absorção de alguns nutrientes para a manutenção da saúde (MOTA et al., 2009). Os sintomas gastrintestinais constituem uma das principais modificações e preocupações para a pessoa idosa. Esse sistema é alterado pelo processo de envelhecimento em todos os pontos, desde a perda de dentes às atrofia intestinais (ELIOPOULOS, 2005). Os efeitos do envelhecimento sobre o sistema digestório incluem a diminuição dos mecanismos secretores, diminuição da motilidade dos órgãos digestórios e do tônus do tecido muscular, diminuição da liberação de enzimas e hormônios e da resposta à dor interna. No trato gastrointestinal superior, as alterações mais comuns incluem perda no paladar, doença periodontal e dificuldade para deglutir. As alterações que podem surgir nos intestinos delgado e grosso incluem a má absorção, constipação, hemorroidas, além do aumento de chances de câncer do colo ou de reto (TORTORA; DERRICKSON, 2012).

De acordo com Motta (2013), as alterações do sistema renal podem incluir hipertrofia dos néfrons e esclerose, este último cerca 40% no período de 25 a 85 anos. Além disso, ocorre atrofia da arteríola aferente e eferente e redução das células tubulares, ocasionando diminuição do fluxo plasmático renal em aproximadamente 50%. Há também o declínio na

taxa de filtração glomerular de 45% daqueles com idade acima de 80 anos, representando redução do *clearance* de creatinina (0,75ml/min/ano). Algumas alterações no trato urinário inferior podem ocorrer como o aumento da quantidade de colágeno e diminuição da distensibilidade, gerando prejuízo no enchimento vesical. Destaca-se que entre 10 e 15 % dos idosos da comunidade e 50% em cuidados domiciliares apresentam incontinência urinária.

Ademais, mesmo na ausência de doenças, o envelhecimento acarreta um discreto declínio gradual da memória, que pode ser chamado de comprometimento cognitivo leve. Tal deterioração cognitiva é causada principalmente pela diminuição neuronal e de neurotransmissores, variando nas diferentes partes do cérebro, especialmente no córtex (na área motora voluntária) e no córtex do cerebelo. Além dessas modificações, surgem placas senis e emaranhados neurofibrilares (MEIRA; RIBEIRO; ALVES, 2009). Essas alterações fisiológicas manifestam-se em reflexos mais lentos e em respostas mais demoradas aos estímulos, podendo ocorrer mudanças no padrão do sono (ELIOPOULOS, 2005).

Seguindo a linha fisiológica, o sistema imunológico evolui para manter a identidade antigênica, intervindo na supressão de agentes patogênicos como vírus, bactérias, protozoários, fungos e células tumorais (MOTA et al., 2009). A imunossenescência implica no decaimento da competência imune que acompanha o envelhecimento. Nesse período há expansão da suscetibilidade a infecções, de autoanticorpos e imunoglobulina monoclonal e tumorigênese (MOTTA, 2013).

Isto posto, o envelhecimento é e deve ser visualizado como uma etapa da vida na qual é permeada por diversas modificações em todos os sistemas orgânicos humanos. Outras demarcações psicológicas, patológicas e econômico-sociais também podem transformar a maneira de viver e a adaptação das pessoas, mas não serão tratadas na contextualização deste capítulo. Nessa perspectiva, a assistência ao idoso deve prezar pela manutenção da QV, considerando o processo de perdas próprias do envelhecimento e as possibilidades de prevenção, manutenção e reabilitação do seu estado de saúde (CIOSAK et al., 2011).

2.2 Diabetes Mellitus: aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos

Como discutido anteriormente, ocorre em nível mundial uma diminuição das taxas de natalidade e, contraposto a isto, um significativo aumento da expectativa de vida, tornando a população mais envelhecida. Tal mudança demográfica traz consigo algumas consequências, dentre estas, o aumento concomitante na incidência e prevalência de problemas crônicos de saúde (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2013).

Em conformidade com a OMS (2003), as condições crônicas não transmissíveis e os distúrbios mentais constituem 59% do total de óbitos no mundo e, em 2000, responderam por 46% da carga global de doenças. Segundo o IBGE (2014), hodiernamente, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) correspondem a mais de 70% das causas de mortes no Brasil, constituindo assim o problema de saúde mais expressivo e de maior relevância. Ainda, de acordo com Malta et al. (2014), em 2011 as DCNT foram responsáveis por 72,7% do total de mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (30,4% dos óbitos), as neoplasias (16,4%), o diabetes (5,3%) e as doenças respiratórias (6,0%).

O grupo das DCNT compreende predominantemente doenças cardiovasculares, diabetes mellitus (DM), câncer e doenças respiratórias crônicas. Entre as doenças crônicas não transmissíveis, o DM se destaca como importante causa de morbidade e mortalidade, especialmente entre os idosos (FRANCISCO et al., 2010).

De acordo com estimativas da *International Diabetes Federation* (IDF), o número de pessoas com diabetes no mundo em 2013 era de 387 milhões de pessoas, onde 46% delas não tinham diagnóstico prévio. Já para a América Central e a América do Sul, estimava-se 24 milhões de pessoas, podendo chegar a 38,5 milhões em 2035 – um aumento projetado de 60%. No Brasil, o contingente estimado pode alcançar 19,2 milhões em 2035 (ISER et al., 2015). No ano de 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) estimou que 6,2% da população brasileira de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes, o que corresponde a um contingente de 9,1 milhões de pessoas (IBGE, 2014).

Em harmonia com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016), tal aumento do número de indivíduos diabéticos deve-se ao crescimento e envelhecimento populacional, a maior urbanização, a crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, assim como a maior sobrevida de pacientes com DM. Ao considerar a relevância do DM como carga de doença, frente ao impacto na mortalidade e nos problemas de saúde que afetam a QV dos seus portadores, por meio dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (*Disability Adjusted Life of Years - DALY*), verifica-se que, em 1999, o DM apresentava uma taxa de 12 por mil habitantes, ocupando a oitava posição (BRASIL, 2010).

O DM refere-se a um distúrbio metabólico de etiologia distinta, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WHO, 1999). De acordo com a SBD, o DM não é uma única doença, mas sim um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos. A classificação recomendada inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional (SBD, 2015). Destaca-se que o DM

tipo 2 abrange cerca de 90% dos casos de diabetes na população, sendo seguido em frequência pelo DM tipo 1, que responde por aproximadamente 8% (ADA, 2010).

No DM1, as células beta do pâncreas, responsáveis pela produção de insulina, são destruídas devido a um processo autoimune que resulta na produção deficiente ou na ausência de insulina, requerendo injeções desse hormônio a fim de controlar os níveis glicêmicos. Esse tipo é caracterizado por início insidioso, geralmente antes de 30 anos de idade (SMELTZER; BARE, 2009).

No DM2, as pessoas apresentam diminuição da sensibilidade à insulina, ou seja, há um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção, o qual é menos intenso do que o observado no DM1. Após o diagnóstico, o DM2 pode evoluir por muitos anos antes de requerer insulina para controle. Seu uso, nesses casos, não visa evitar a cetoacidose, mas alcançar o controle do quadro hiperglicêmico. Costuma ter início insidioso e sintomas mais brandos. Manifesta-se, em geral, em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar de DM2, embora sua incidência esteja aumentando entre os mais jovens, devido à epidemia de obesidade atingindo crianças, em jovens e até mesmo em crianças e adolescentes (SMELTZER; BARE, 2009; BRASIL, 2013).

O Diabetes gestacional trata-se de qualquer intolerância variável à glicose, com início ou diagnóstico durante a gestação. O DM gestacional apresenta similaridade ao DM2, devido tanto à resistência à insulina quanto à diminuição da função das células beta. Tem ocorrência de 1% a 14% de todas as gestações e relaciona-se com aumento de morbidade e mortalidade perinatais (SBD, 2015).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a probabilidade do indivíduo de apresentar diabetes ou um estado intermediário de glicemia depende da presença de fatores de risco. De acordo com a *American Diabetes Association* (ADA, 2013), os critérios de risco e de rastreamento precoce para adultos assintomáticos são: excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$), histórico familiar, hipertensão arterial, história de diabetes gestacional, inatividade física, idade ≥ 45 anos e obesidade severa. Lyra (2006) complementa este raciocínio ao enfatizar que dentre os fatores de risco modificáveis para o DM2 destacam-se a obesidade e fatores dietoterápicos, o sedentarismo e o tabagismo, além de estresse psicossocial e episódios depressivos maiores.

No que se diz respeito às manifestações clínicas características do DM2, estas surgem, geralmente, na idade adulta, depois dos 40 anos. A hiperglicemia desenvolve-se de forma lenta e silenciosa, permanecendo assintomática por vários anos. A sintomatologia clínica é vaga e na maioria dos casos é diagnosticada ocasionalmente por exames de rotina. Podem

surgir queixas de poliúria, polidipsia e, ainda, complicações infecciosas, como monilíase oral e genital, doença ungueal e peri-ungueal e acantose. Em idosos, a hiperglicemia sem cetose induz ao coma hiperosmótico, podendo ser confundido com um evento cerebrovascular agudo. A ação da hiperglicemia no endotélio provoca uma série de agravos cardiovasculares em todos os tipos de diabetes. Podem existir também sintomas de doença coronariana, de acidentes vasculares cerebrais, de oclusão de vasos dos membros inferiores e de doença renal crônica, pelo comprometimento de arteríolas e glomérulos renais. Além disso, há comprometimento vascular de nervos periféricos e dos vasos da retina, produzindo, respectivamente, neuropatias e queixas visuais (MURRO; TAMBASCIA; RAMOS, 2011).

Ao relacionar o DM com a idade, Smeltzer e Bare (2009) consideram que os níveis elevados da glicemia aparecem geralmente a partir da quinta década de vida e aumentam em frequência com o avançar da idade. Aproximadamente 10 a 30% dos idosos apresentam quadros de hiperglicemia relacionados à idade, independente do diagnóstico autorreferido de DM. As possíveis causas desse distúrbio glicêmico podem estar associadas à dieta deficiente, sedentarismo, diminuição fisiológica da massa corporal magra na qual o carboidrato ingerido pode ser armazenado, alteração na secreção da insulina e o aumento de tecido adiposo, levando ao aumento da resistência a insulina.

No que concerne às complicações do DM, Morais et al. (2009) classificam-nas em agudas e crônicas. A primeira abrange a cetoacidose diabética, coma hiperosmolar não-cetótico e a hipoglicemia, onde esta desenvolve distúrbios agudos que manifestam seus sintomas imediatamente. As complicações crônicas evidenciam seus sintomas anos após a evolução da doença, devido ao mau controle glicêmico. Geralmente, são classificadas como microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia periférica) e macrovasculares (doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica). Outra complicação que está diretamente relacionada ao DM e se enquadra dentro dos critérios supracitados é o pé diabético, o qual surge inicialmente após uma úlcera plantar em resposta à associação da neuropatia periférica, juntamente à doença vascular periférica e aos fatores extrínsecos (alterações biomecânicas do pé), resultando na maioria dos casos em infecções severas e até mesmo em amputações parciais ou totais, quando não direcionado para um tratamento precoce e adequado.

O diagnóstico do DM, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) é baseado na sintomatologia clínica, na presença de complicações tardia e confirmado através de exames laboratoriais na intenção da detecção da hiperglicemia. Existem quatro tipos de exames que podem ser utilizados no diagnóstico do DM: glicemia casual (normal <200mg/dL), glicemia

de jejum (normal <110mg/dL), teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas (TTG) e, em alguns casos, hemoglobina glicada. Os indivíduos que apresentem fatores de risco requerem investigação diagnóstica laboratorial. O teste laboratorial que deverá ser utilizado na suspeita de diabetes é a glicemia de jejum (nível de glicose sanguínea após um jejum de 8 a 12 horas).

Ao levar em consideração a magnitude do problema do DM na saúde da pública, Francisco et al. (2010) reconhecem-no como uma doença altamente limitante, haja vista que suas complicações podem gerar prejuízos à capacidade funcional, autonomia e QV do indivíduo. Além disso, é uma das principais causas de mortes prematuras, em virtude do aumento do risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, as quais contribuem para 50% a 80% das mortes dos pacientes acometidos pelo DM, justificando o impacto do seu alto custo social e financeiro ao sistema de saúde, à família e à população acometida.

O tratamento do DM2 consiste na adoção de hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo, acrescido ou não do tratamento farmacológico. Estes hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do DM e possuem uma importância fundamental no controle glicêmico, além de atuarem no controle de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013).

Diversas são as opções terapêuticas do tratamento da DM2, que podem ser utilizadas de forma isolada ou em associação, a exemplo de sensibilizadores da ação de insulina (metformina, tiazolidinedionas), anti-hiperglicemiantes (acarbose), secretagogos (sulfoniluréias, repaglinida, nateglinida), drogas antiobesidade e/ou insulina. Deve-se enfatizar que o uso destas medicações está indicado no DM2, quando a dieta e o aumento da atividade física não forem suficientes para obtenção de bom controle glicêmico. A alimentação do diabético deve ser individualizada de acordo com as necessidades calóricas diárias, atividade física e hábitos alimentares. Uma dieta hipocalórica melhora a sensibilidade à insulina e reduz a hiperglicemia, independente da perda de peso. A prática de exercícios físicos melhora a sensibilidade à insulina, diminui a hiperinsulinemia, aumenta a captação muscular de glicose, melhora o perfil lipídico e a hipertensão arterial, além de promover bem-estar físico e psíquico decorrente (ARAÚJO; BRITTO; CRUZ, 2000).

Tendo em vista a necessidade de implementação e de melhoras dos programas de saúde direcionados aos portadores de DM já existentes, em 29 de setembro de 2007, entrou em vigor a Lei Federal nº 11.347/06 que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de

diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. Dando continuidade, o Ministério da Saúde, em 10 de outubro de 2007, publica a portaria Nº 2.583, definindo os medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de DM. Em 03/01/2002 entra em vigor o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus aprovado pela Portaria/GM nº 16, que estabelece a organização da assistência, prevenção e promoção à saúde, a vinculação dos usuários à rede, a implementação de programa de educação permanente em hipertensão arterial, diabetes mellitus e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares.

A abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação em saúde são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua QV. É de competência do enfermeiro da atenção básica, realizar consulta de enfermagem para pessoas com maior risco para desenvolver DM2, abordando fatores de risco e estratificação do risco cardiovascular. A consulta de enfermagem tem o objetivo de conhecer a história pregressa do paciente, seu contexto social e econômico, grau de escolaridade, avaliar o potencial para o autocuidado e avaliar as condições de saúde, podendo ser realizada por meio da aplicação do Processo de Enfermagem e objetivando a educação em saúde para o autocuidado (BRASIL, 2013)

A assistência de enfermagem para a pessoa com DM precisa estar voltada para um processo de educação em saúde que auxilie o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica, reforce sua percepção de riscos à saúde e desenvolva habilidades para superar os problemas, mantendo a maior autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado. As ações devem auxiliar a pessoa a conhecer o seu problema de saúde e os fatores de risco correlacionados, identificar vulnerabilidades, prevenir complicações e conquistar um bom controle metabólico que, em geral, depende de alimentação regular e de exercícios físicos (BRASIL, 2013).

Na consulta de Enfermagem, o PE é composto por cinco etapas: I) Levantamento de dados, que envolve a anamnese e o exame físico, a fim de construir uma base de informações sobre o cliente com DM; II) Diagnósticos de Enfermagem, que trata-se do julgamento clínico das respostas do paciente com DM aos seus problemas de saúde reais ou potenciais; III) Planejamento da assistência, que objetiva elaborar um plano de cuidados baseado em ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, as quais devem prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados nas etapas anteriores, sempre estabelecendo metas com a pessoa com DM; IV) Implementação da assistência, que deverá ocorrer de acordo com as

necessidades e grau de risco da pessoa e da sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado, a cada consulta); e V) Avaliação do processo de cuidado, destinada a avaliar como a pessoa e a família o quanto as metas de cuidados foram alcançadas e o seu grau de satisfação em relação ao tratamento (BRASIL, 2013).

2.3 Qualidade de vida em idosos com DM: conceitos, instrumentos de avaliação e interrelações

O conceito de “Qualidade de vida” (QV) vem sendo amplamente utilizado através das mídias e discutido intensamente no meio científico nas últimas quatro décadas (VILARTA; GUTIERREZ; MONTEIRO, 2010). Historicamente, o termo surgiu na segunda metade do séc. XX e pensado significativamente após a Segunda Guerra Mundial, quando houve melhorias nas condições de vida e as ideologias sobre bem estar social influenciaram a formulação de políticas sociais embasadas nos termos “felicidade”, “qualidade de vida” e “bem estar” (SCATTOLIN, 2006). Neste mesmo período, a OMS redefiniu seu conceito de saúde, incorporando noções de bem estar físico, emocional e social, dando início às discussões sobre a mensuração deste elemento (SCATTOLIN, 2006).

A evolução conceitual de QV dá-se em virtude do aprimoramento de pesquisas e de inúmeras expressões de práticas de saúde que buscam o bem estar das populações. Dentre os vários conceitos expressos atualmente, a QV pode ser compreendida sob a análise de suas partes, onde são observadas perspectivas físicas, emocionais, ambientais e sociais, utilizando-se domínios e facetas (VILARTA; GUTIERREZ; MONTEIRO, 2010). O termo tem sido utilizado para avaliar as condições de vida urbana, incluindo transporte, saneamento básico, lazer e segurança, como também para se referir à saúde, conforto e bens materiais. Não obstante, a existência de tais condicionantes seja inerente ao ser humano como um todo, os parâmetros para a definição do que é viver com qualidade são múltiplos e resultam das características, expectativas e interesses individuais (FERREIRA; CUNHA; MENUT, 2010).

Originalmente, o termo QV teve uma tendência conceitual congruente à definição de saúde. Desde então, o estudo da QV foi aos poucos separado, de forma que este passou a ser estudado tanto de forma genérica, com influência de estudos sociológicos, como relacionado à saúde, fazendo referência a disfunções e agravos presentes no ser humano (PEDROSO; PILATTI, 2010).

De modo a conceituar o termo, a OMS, em 1995, determinou QV como sendo “*a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (THE WHOQOL GROUP, 1995, p. 1405). Seguindo esse raciocínio, Pereira, Teixeira e Santos (2012) complementam que QV é um conceito individual e perceptivo que depende dos valores de cada pessoa bem como dos fatores emocionais e pessoais, associados a indicadores socioeconômicos, espirituais, culturais, além de interesses, expectativas, experiências de vida e circunstâncias momentâneas. De modo semelhante, trata-se de um conceito de representação pública, mas que pode ser notado de forma pessoal podendo modificar-se no mesmo indivíduo com o passar do tempo. Sendo assim, permite ser analisado como um fenômeno subjetivo, multifacetado e complexo, principalmente quando relacionados às diversas dimensões da vida de cada pessoa.

Diante da preocupação mundial em torno da QV, há a necessidade de mensurá-la e avaliá-la em determinadas populações, haja vista que esta temática tem-se tornado motivo de pesquisas científicas em inúmeras áreas do conhecimento, com a finalidade de identificar a vivência dos indivíduos de diversos grupos sociais (RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010).

Assim como gerir um conceito, medir a QV é difícil e complexo. Fleck et al. (2000) orientam que os pesquisadores devem definir o que entendem por QV ou estabelecer qual visão melhor apoia seu trabalho. A multifatorialidade associada à QV, além da carga de subjetividade envolvida, traz consigo um desafio para a superação da imprecisão entre os conceitos que parece acompanhar o tema (CAMPOS; DAVID, 2007). Para Pedroso e Pilatti (2010), ainda que a avaliação da QV tenha evoluído nas últimas décadas e que inúmeros esforços tenham sido concentrados visando ao aperfeiçoamento de tal avaliação, prevalecem algumas limitações circunstanciais que podem distorcer os resultados, a saber: a dependência do estado cognitivo, as mudanças nas respostas devido a patologias e as modificações nos valores pessoais.

Após o diagnóstico da necessidade de se avaliar a QV, os primeiros instrumentos para sua avaliação surgiram na década de 70. A partir da década de 80, houve uma intensificação na criação de instrumentos como forma de viabilizar a avaliação da QV. Tais mecanismos podem ser classificados como genéricos, à medida que abordam uma diversidade de dimensões que compõem a QV; ou específicos, quando se concentram em um aspecto em particular (PEDROSO; PILATTI, 2010).

Os instrumentos de avaliação da QV são constituídos por um determinado número de itens, que, agrupados entre si, constituem um domínio, dimensão ou escala, refletindo o comportamento ou experiência que se pretende mensurar. De acordo com Campos e Rodrigues Neto (2008), relacionado ao campo de aplicação, usam-se questionários de base populacional sem especificar enfermidades, sendo mais apropriadas a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde.

Os instrumentos específicos são capazes de avaliar, de forma individual e específica, determinados aspectos da QV, proporcionando maior capacidade de detecção da melhora ou piora do aspecto em estudo. Podem ser específicos para uma determinada população, enfermidade ou situação. O instrumento específico utilizado neste estudo é o WHOQOL-OLD (instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde para adultos idosos), que contribui com informações adicionais sobre QV nessa população em especial (SERBIM; FIGUEIREDO, 2011).

Nesta linha de raciocínio, a análise dos efeitos das doenças crônicas sobre a QV das pessoas é de grande importância em termos de saúde pública, tendo como referência a utilização de instrumentos de avaliação da QV específicos, privilegiando também a inclusão de aspectos subjetivos, geralmente não abordados por outros modelos avaliativos (MASSON; MONTEIRO; VEDOVATO, 2011). Dentre as variadas doenças crônicas, cientificamente, a utilização dos instrumentos de medidas é o método mais indicado para investigar os sintomas e as mudanças que ocorrem no cotidiano das pessoas com DM.

Esses instrumentos têm se mostrado eficientes na identificação de problemas enfrentados pelos pacientes que, possivelmente, estão associados a não adesão ou à aceitação da doença, sendo também eficazes na avaliação do sofrimento emocional ligado à rotina de convivência com o DM. A utilização de instrumentos é imprescindível para possibilitar o estabelecimento de uma linguagem comum entre os profissionais das diferentes áreas (CURCIO; LIMA; ALEXANDRE, 2011).

Ademais, para se avaliar a QV na população com DM, podem ser utilizados tanto instrumentos genéricos, quanto específicos. Estes apresentam melhor capacidade para avaliar as relações de QV com as complicações da doença, controle glicêmico e tratamento instituído; aqueles se correlacionam de forma mais adequada com uma visão global da QV e possibilitam a comparação entre patologias crônicas, além disso, podem existir concomitantemente ao DM (BRASIL; PONTAROLO; CORRER, 2014).

Na avaliação da QV do idoso é importante ressaltar a complexidade da tarefa e a adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sociocultural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais (SERBIM; FIGUEIREDO, 2011). Ao considerar o DM como fator de potencial interferência na QV de idosos, à medida que compromete seu bem estar físico e mental, torna-se relevante mensurar e avaliar a QV de tais indivíduos.

De acordo com pesquisa realizada em Uberaba - MG com 2.183 idosos em 2008, as facetas do WHOQOL-OLD que apresentaram menores escores para a QV foram para atividades passadas, presentes e futuras (64,04), participação social (61,78) e autonomia (58,69), denotando a necessidade de desenvolver estratégias que estimulem a independência e a articulação de ações junto à sociedade que contribuam para a implementação de atividades sociais que contemplem essa população (TAVARES; CÔRTEZ; DIAS, 2010).

Corroborando este pensamento, Pimenta et al. (2015), em estudo realizado no município de Teófilo Otoni - MG com 385 idosos, a taxa de diabetes foi de 17,7%. Sendo a prevalência de diabetes maior em mulheres, idosos que passaram por internação nos últimos seis meses e naqueles que dependiam de outros para executar suas atividades diárias. Ao nível de 20% de probabilidade de erro, a condição de diabetes também se mostrou associada à faixa etária de 70 a 79 anos, analfabetismo, ausência de atividade produtiva e uso de prótese dentária. Analisada pelo modelo múltiplo, a prevalência de diabetes manteve-se associada apenas ao sexo feminino e dependência de outros para realização de atividades cotidianas.

Diversos estudos mostram que a população em questão apresenta maiores demandas de saúde urgentes, comprometendo sua QV e ameaçando sua sobrevivência. O DM pode diminuir de modo significativo a QV do idoso, a medida que leva à morbidez e é uma das principais causas de insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doenças cardiovasculares em idosos. Esse panorama aponta para necessidade de fortalecimento das políticas públicas de promoção da saúde e prevenção de agravos, particularmente para população idosa, para que assim, mesmo perante o envelhecimento populacional, os indicadores de saúde possam melhorar.

De modo a reorganizar a atenção básica, o trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESFs) permite o conhecimento da realidade social que acoberta as condições socioeconômica, alimentar, sanitária, bem como a estrutura familiar dos indivíduos com DM, facilitando a atuação da equipe, nos determinantes do processo saúde-doença, de modo a detectar as dificuldades que impedem a adesão ao tratamento e busca a formação de parcerias para disseminar a importância do cuidado aos idosos e seus familiares. Destarte, é necessário que os profissionais da saúde atuantes tenham a formação necessária e aptidão para lidar com desafios socioeconômicos, comportamentais e educacionais dos idosos e suas famílias. O profissional da saúde tem potencial para ser não apenas um importante coletor de informações, mas também um transformador da realidade do idoso brasileiro (TAVARES; CÔRTEZ; DIAS, 2010).

3.1 Tipo de estudo

Consta de um estudo exploratório-observacional, de natureza quantitativa. Para Gil (2008), o estudo exploratório tem por intuito a aproximação com o tema, proporcionando uma visão mais clara e delimitada, a fim de propiciar a formulação de problemas concisos ou hipóteses a serem estudadas posteriormente. Já a abordagem observacional baseou-se na coleta de dados para adquirir informações e adota os sentidos como meios para obtenção de fatos no contexto de uma realidade. Esta técnica auxilia na identificação e alcance de provas, a partir da investigação social.

Para Marconi e Lakatos (2010), a pesquisa de natureza quantitativa é caracterizada por ser uma investigação causal baseada na experiência, a partir de uma coleta de dados metódica, na qual envolve informações numéricas, ratificada através de quadros, tabelas e medidas.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na microrregião do Curimataú ocidental situado na mesorregião do Agreste no estado brasileiro da Paraíba (PB), representado na pesquisa por cinco cidades: Barra de Santa Rosa, Cuité, Nova Floresta, Remígio e Sossego, selecionados previamente devido a viabilidade de acesso e aproximação geográfica com o município sede do Centro de educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (campus Cuité).

As Unidades de Saúde da Família (USF's) vinculadas as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) foram usadas como referência para realização da pesquisa, uma vez permitirem o contato dos pesquisadores com os prováveis sujeitos do estudo. Contudo, a unidade de referência de coleta de dados foi o domicílio do idoso, o que minimizou o enviesamento da seleção dos participantes.

3.3 População e Amostra

Conforme dados censitários do IBGE (BRASIL, 2010) publicados no ano de 2010, os cinco municípios possuíam um total de 9.606 habitantes com idade igual ou superior a 60 anos, distribuídos da seguinte forma: Barra de Santa Rosa (2.001), Cuité (3.040), Nova Floresta (1.576), Remígio (2.614) e Sossego (375), sendo este contingente o universo populacional para este estudo. A amostra probabilística do tipo aleatória simples, calculada com base em uma prevalência estimada de qualidade de vida satisfatória de 50% e

considerando o erro amostral de 5%, nível de confiabilidade de 95% e acréscimo de 20% para possíveis perdas, foi composta por 444 idosos, sendo 92 de Barra de Santa Rosa, 140 de Cuité, 73 de Nova Floresta, 122 de Remígio e 17 de Sossego. Este grupo amostral refere-se ao total selecionado para o projeto universal no qual esta proposta foi recortada.

Conforme a distribuição do público alvo, os participantes foram elencados através do critério de acessibilidade que consiste no método menos rigoroso de amostragem, pois não envolvem procedimentos estatísticos. Nesse modelo de seleção, o pesquisador elege os participantes a que tem acesso, e estes, por sua vez, representarão o universo da pesquisa (GIL, 2008). Nesse sentido, a amostra para este estudo foi baseada nos critérios de inclusão expostos a diante.

Crítérios de inclusão da amostra

Para a inclusão dos sujeitos na amostra da pesquisa foram respeitados os seguintes critérios:

- ✓ Ter idade igual ou superior a 60 anos;
- ✓ autorreferir acometimento por diabetes mellitus;
- ✓ ser devidamente cadastrado e acompanhado na Estratégia Saúde da Família; e
- ✓ não possuir deficiência cognitiva;

Com base nesses critérios, a amostra foi composta por 87 idosos acometidos por diabetes mellitus.

3.4 Instrumentos para Coleta de Dados

Questionário para coleta de dados (Anexo A)

Trata-se de um instrumento de coleta de dados composto por 03 seções, sendo estas descritas como A, B e C.

- Seção A (Informações Pessoais): para contemplar esta seção foram coletadas as seguintes informações pessoais: faixa etária; sexo; cor da pele; estado civil; arranjo familiar; responsabilidade pelo domicílio; presença de cuidador; identificação do cuidador; religião; e tipo de serviço de saúde utilizado.

- Seção B (Perfil Social): a averiguação do perfil social foi composta pelos seguintes itens: alfabetização funcional; renda do idoso; renda familiar; e autoavaliação das necessidades básicas.
- Seção C (Estilo de vida): visou averiguar os dados relacionados ao tabagismo, consumo de álcool, realização de atividade física e nível de estresse.

Questionário Whoqol-Old (Anexo B)

No segundo momento foi avaliada a Qualidade de Vida com a utilização do instrumento WHOQOL-Old, que foi preenchido pelos idosos selecionados para compor a amostra com a co-participação do pesquisador, conforme a necessidade.

O questionário WHOQOL-Old é composto por 24 itens registrados em uma escala do tipo *Likert* variando de um a cinco pontos. Escores mais altos representaram uma alta qualidade de vida, escores baixos representaram uma baixa qualidade de vida. Os itens estão organizados em seis facetas: “Funcionamento do Sensorio” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT). Para cada faceta são dispostos quatro itens. Com isso, todas as facetas formam um escore dos valores possíveis que pode oscilar de 4 a 20. A pontuação dessas seis facetas ou os valores dos 24 itens do módulo WHOQOL-Old foi combinada para produzir um escore geral para a qualidade de vida em adultos idosos (CHACHAMOVICH, 2005).

A faceta “Funcionamento do Sensorio” avalia a função sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade vida. A faceta “Autonomia” refere-se à independência no idoso, descrevendo até que ponto é capaz de viver de maneira autônoma e tomar suas próprias decisões. A faceta “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” descreve o grau de satisfação sobre conquistas vividas e o que anseia. A faceta “Participação Social” verifica a participação em atividades do cotidiano, especialmente as que são desenvolvidas em comunidade. A faceta “Morte e Morrer” descreve as preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer. E a faceta “Intimidade” avalia as relações pessoais e íntimas (OMS, 2005).

3.5 Procedimentos para Coleta de Dados

Por tratar-se de um projeto universal institucionalizado na Unidade Acadêmica de Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (UAENFE/CES/UFCG), a coleta de dados foi efetuada durante os meses de novembro de 2014 a março de 2015, mediante a aplicação dos instrumentos junto aos idosos em seus domicílios.

A equipe de entrevistadores, previamente treinada, foi constituída pela equipe da pesquisa: o pesquisador responsável (Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem do CES/UFCG e Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRN), 13 (treze) alunos regularmente matriculados no Curso de Bacharelado em Enfermagem participantes do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Envelhecimento e Qualidade de Vida (NEPEQ) vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Saúde e Enfermagem (GEPISE) cadastrado no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e 5 (cinco) Enfermeiros recém-egressos do CES.

3.6 Análise dos Dados

Para a análise dos dados quantitativos do estudo, inicialmente foi realizada a digitação das informações no programa *Excel* versão 2010, codificando todas as variáveis contidas nos instrumentos. Em seguida os dados foram importados para o aplicativo IBM SPSS *Statistics* 20.0, para a análise univariada, em que foram calculadas as frequências simples, para as variáveis nominais e ordinais; e medidas de posição (mínimo, máximo e média) e variabilidade (desvio padrão) para as variáveis quantitativas.

O *software* IBM SPSS *Statistics* também subsidiou a análise dos resultados para avaliação da qualidade de vida adotado pelo Whoqol-Old por meio de cálculos para o Escore Bruto das Facetas (EBF), Escore Médio Padronizado da Faceta (EPF), com valores entre 1 a 5 e o Escore Transformado da Faceta (ETF) variando de 0 a 100. Para pontuar o questionário corretamente, a seguinte lista de pontuação foi administrada (OMS, 2005):

(a) Escores altos representam uma alta qualidade de vida, escores baixos representam uma baixa qualidade de vida;

(b) Categorização dos itens nas escalas apropriadas. Para itens expressos positivamente, pode-se aplicar a classificação acima, na qual valores mais elevados representam uma melhor qualidade de vida. Para itens expressos negativamente, o escore tem de ser recodificado;

(c) Recodificação dos itens expressos negativamente, isto é, cada item identificado com um “*” na lista de pontuação tem de ser recodificado de modo que os valores numéricos atribuídos sejam invertidos: 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1. Ao fazer a recodificação, os escores altos em itens expressos positivamente refletirão uma qualidade de vida mais elevada.

(d) A utilização da lista de pontuação também é necessária para se identificar quais itens pertencem a uma faceta. Os itens a serem recodificados (veja etapa c) são marcados com um asterisco;

(e) A soma dos itens que pertencem a uma faceta produz o escore bruto da faceta (EBF). Sua amplitude situa-se entre o mais baixo valor possível (número de itens (n) x 1) e o mais alto valor possível (número de itens (n) x 5) da respectiva faceta. Para o módulo Whoqol-Old, cada uma das seis facetas inclui 4 itens, assim os valores dos escores brutos mais baixos o possível e mais altos o possível são iguais em todas as facetas (amplitude de 4 a 20);

(f) A comparação dos escores entre as facetas é possibilitada ao se comparar diretamente os escores brutos das facetas. Visto que todas as facetas incluem 4 itens com o mesmo formato de pontuação e classificação, não é necessária a transformação dos escores brutos (desde que todos os itens por faceta tenham sido respondidos);

(g) Caso o escore bruto da faceta seja dividido pelo número de itens na faceta, o escore (médio) padronizado da faceta (EPF) pode ter qualquer valor decimal entre 1 e 5. O valor 1 representa uma avaliação da qualidade de vida a mais baixa possível e o valor 5 uma avaliação da qualidade de vida a mais alta possível para o indivíduo;

(h) A transformação de um escore bruto para um escore transformado da escala (ETE) entre 0 e 100 possibilita expressar o escore da escala em percentagem entre o valor mais baixo possível (0) e o mais alto possível (100). Para se obter o escore transformado da faceta (ETF) (0-100), pode-se aplicar a seguinte regra de transformação: $ETF = 6,25 \times (EBF - 4)$.

(i) A produção do escore total do Whoqol-Old envolve a adição dos escores das facetas de uma pessoa usando todos os itens (ao invés dos itens da faceta somente) do questionário (mais uma vez prestando atenção ao procedimento de recodificação – veja os passos “b” e “c”). Os itens podem ser adicionados para formar um escore bruto total (conforme o passo “e”, mas usando todos os itens), um escore (médio) padronizado total (conforme o passo “g”,

mas usando todos os itens), ou um escore transformado total (0-100) (conforme o passo “h”, mas usando todos os itens).

(j) A acumulação dos valores de mais de uma pessoa – p.ex., uma faixa etária especial – pode ser realizada simplesmente se somando os escores das facetas e/ou os escores totais de cada indivíduo naquela amostra (a nível de escore bruto, médio/padronizado ou transformado) e dividindo o resultado respectivo através do número de participantes para produzir o escore médio do grupo correspondente.

3.7 Aspectos Éticos

Em conformidade com as exigências éticas em pesquisas, o desenvolvimento desta investigação cumpriu os princípios éticos estabelecidos nas diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Com base nesta Resolução, foram assegurados os direitos e deveres dos participantes, bem como o anonimato, a autonomia, o sigilo e privacidade, a não-maleficência, a beneficência, a justiça, a equidade, entre outros. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A), uma ferramenta obrigatória, para familiarização dos participantes com a proposta evidenciada na pesquisa e consentimento da participação livre de riscos ou danos significativos (BRASIL, 2012).

É importante destacar que para a realização deste estudo, a priori, foi solicitada a autorização da direção do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande bem como das Secretarias de Saúde dos cinco municípios envolvidos na pesquisa. Após a assinatura dos termos de autorização, o projeto original foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da UFCG, obtendo a aprovação sob parecer nº 844.702 em 28 de outubro de 2014.

4 Análise e Discussão dos Resultados

O presente capítulo apresenta informações sobre a QV de idosos com DM na região do Curimataú Ocidental Paraibano, mais precisamente nos municípios de Barra de Santa Rosa, Cuité, Nova Floresta, Remígio e Sossego. Os dados foram obtidos diretamente de pessoas idosas por meio da aplicação de questionário de coleta de dados e do WHOQOL-Old a partir do projeto “Qualidade de vida do idoso e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú Ocidental Paraibano” vinculado ao NEPEQ do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande.

Para melhor organização, compreensão e apresentação dos resultados, o presente capítulo foi estruturado em três etapas, iniciando com a caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes; a segunda detalha o perfil do estilo de vida; e a terceira apresenta a avaliação da qualidade de vida de idosos com DM.

4.1 Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes

Os resultados referentes à caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes estão dispostos na Tabela 1, englobando as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, cor da pele, estado civil, arranjo familiar, responsabilidade pelo domicílio, presença do cuidador, identificação do cuidador, serviço de atenção à saúde de primeira escolha, alfabetização funcional (ler e escrever), renda do idoso categorizada, renda familiar categorizada, religião e avaliação das necessidades básicas.

Tabela 1 – Perfil socioeconômico e demográfico simplificado de idosos com diabetes mellitus acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=87).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		<i>f</i>	%
<i>Sexo</i>	Masculino	36	41,4
	Feminino	51	58,6
<i>Faixa etária</i>	60 a 74	54	62,1
	75 a 89	31	35,6
	Acima de 90	02	2,3
<i>Cor/Raça</i>	Branca	40	46,0
	Parda	31	35,6
	Amarela	01	1,1
	Preta	15	17,2
<i>Estado civil</i>	Solteiro	03	3,4
	Casado	52	59,8
	Divorciado	02	2,3
	Separado	01	1,1
	Viúvo	28	32,2
	União consensual	01	1,1

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		f	%
<i>Arranjo familiar</i>	Sozinho	10	11,5
	Somente com o cônjuge	24	27,6
	Cônjuge e filhos	18	20,7
	Cônjuge, filhos, genro ou nora	05	5,7
	Somente com os filhos	09	10,3
	Arranjos trigeracionais	16	18,4
	Arranjos intrageracionais	01	1,1
	Somente com os netos	01	1,1
	Outros arranjos	03	3,4
<i>Responsabilidade pelo domicílio</i>	Próprio idoso	67	77,0
	Cônjuge	14	16,1
	Filho(s)	05	5,7
	Outro familiar	01	1,1
<i>Presença de cuidador</i>	Sim	45	51,7
	Não	42	48,3
<i>Identificação do cuidador</i>	Cônjuge	17	19,5
	Cônjuge e filhos	05	5,7
	Cônjuge, filhos, genro ou nora	02	2,3
	Somente os filhos	16	18,4
	Outro idoso	02	2,3
	Cuidador particular	02	2,3
	Outros	01	1,1
	Não tem cuidador	42	48,3
<i>Religião</i>	Católica	71	81,7
	Evangélica	11	12,6
	Nenhuma	05	5,7
<i>Serviço de atenção à saúde de primeira escolha</i>	Sistema Único de Saúde	70	80,5
	Convênios de saúde	07	8,0
	Serviços privados	10	11,5
<i>Alfabetização funcional (ler e escrever)</i>	Sim	41	47,1
	Não	46	52,9
<i>Renda do idoso categorizada SM 2015 = R\$788,00</i>	Menor ou igual a 01 salário	64	73,6
	Entre 01 e 02 salários	18	20,7
	Acima de 02 salários	05	5,7
<i>Renda familiar categorizada</i>	Menor ou igual a 02 salários	58	66,7
	Entre 02 e 04 salários	24	27,6
	Acima de 04 salários	05	5,7
<i>Avaliação das necessidades básicas</i>	Muito boa	08	9,2
	Boa	33	37,9
	Regular	34	39,1
	Ruim	06	6,9
	Péssima	06	6,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A amostra do estudo universal do qual se obteve este recorte, foi composta por 444 idosos com idades que variaram entre 60 até 103 anos, com média de 72,19 anos. Quanto a este quesito, o conjunto amostral exibido na Tabela 1 revela que 89 idosos relataram ter diagnóstico de DM (critério de inclusão), sendo a maior parte dos participantes entre a faixa etária de 60 e 74 anos (idosos-jovens), correspondendo a 62,1% do total de idosos diabéticos.

Essas informações corroboram outros estudos, a exemplo da Pesquisa Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), a qual demonstrou aumento na prevalência de DM com avanço da idade, em que 14,5% tinham de 60 a 64 anos e 19,9% nas faixas etárias de 65 a 74 anos. Nesse sentido, Rosendo e Freitas (2012) acrescentam que a prevalência do DM tem seu pico entre 65 e 74 anos. De acordo com um levantamento realizado pela Vigitel, aproximadamente um quarto dos indivíduos estudados com 65 ou mais anos de idade referiram diagnóstico médico de diabetes (24,4%) (BRASIL, 2015).

Conforme pode ser visto Tabela 1, verifica-se que a população feminina com DM representa 58,6% da amostra, ratificando os resultados obtidos por Menezes (2014), o qual apontou que do total de 118 idosos que referiram DM, 73,9% eram mulheres. Analisando a DM combinada à variante “sexo”, em adultos, a Pesquisa Nacional de Saúde - PNS (BRASIL, 2013) demonstra que as mulheres (7,0%) apresentam maior proporção de relato de diagnóstico de diabetes em relação aos homens (5,4%).

Seguindo esse raciocínio, a Vigitel, no conjunto das 27 capitais brasileiras, observou a frequência do diagnóstico médico prévio de DM em 8,0% do universo pesquisado, sendo de 7,3% entre homens e de 8,7% entre mulheres, números que também foram encontrados em estudos semelhantes (BRASIL, 2015; SANTOS; MOREIRA, 2012; BUSNELLO et al., 2012; MOREIRA; GOMES; SANTOS, 2010; RODRIGUES et al., 2011; ALVES et al., 2013). As alterações hormonais associadas ao climatério parecem responder pela maior prevalência de DM em mulheres do que em homens, a partir dos 50 anos de idade (VITOI et al., 2015).

Tais resultados obtidos em diversas pesquisas podem ser atribuídos a fatores causais distintos, como a feminização da velhice, haja vista a existência de uma proporção maior de mulheres idosas do que de homens, quando considerada a população total de cada sexo, percebendo um excedente de mulheres idosas em relação aos homens em idade avançada (SALGADO, 2002). Ademais, pode-se inferir uma preocupação mais acentuada refletida justamente na procura dos serviços públicos de saúde pelas mulheres ou ainda uma maior oferta de programas de saúde nas Unidades de Saúde da Família (USF's) direcionados exclusivamente a este grupo, o que favorece a realização de diagnósticos precoces quando comparado aos homens (RODRIGUES et al., 2011).

Quanto à variável “cor da pele”, verifica-se uma predominância de idosos de cores branca (46%) e parda (35,6%) acometidos pelo DM. Dados estes que vão de encontro à PNS (2013), tendo em vista que o número de adultos brasileiros (≥ 18 anos) que referiram DM são maiores em indivíduos de cor da pele preta (7,2%), enquanto brancos (6,7%) e pardos (5,5%) apresentam números menores.

O Censo mais recente realizado pelo IBGE aponta que, de 191 milhões de brasileiros, em 2010, 91 milhões se definem como brancos; 15 milhões, pretos; 82 milhões, pardos; 2 milhões, amarelos; e 817 mil consideram-se indígenas. Sendo assim, a população preta e parda passou a ser considerada maioria no Brasil (50,7%). Ainda ponderando este Censo, o mesmo indica que pretos e pardos estão em maior número no grupo de pessoas abaixo de 40 anos; já os brancos apresentam superioridade numérica de indivíduos entre os idosos – maiores de 65 anos e, principalmente, maiores de 80 anos de idade – o que remete às diferenças de condições de vida e acesso a cuidados de saúde, bem como à participação desigual na distribuição de renda (BRASIL, 2010).

No que tange ao estado civil, percebe-se que 59,8% dos respondentes são casados, pactuando com pesquisas similares, como é o caso da amostra coletada por Cortez et al (2014), em que 69,4% referiam estar com algum companheiro. Outras pesquisas também evidenciam esse dado (ALMEIDA; SOUZA; SOUZA, 2010; LIMA; PEREIRA; ROMANO, 2011; ALVES et al., 2013).

Esta variável torna-se complexa ao ser associada à chance de desenvolver DM ou suas complicações. Uma possível justificativa pode estar relacionada pelo número de pesquisados com idade acima dos 60 anos, fase em que, possivelmente, há maior estabilidade emocional e relacionamentos conjugais sólidos. Nesta situação, o companheiro acometido pela doença necessita de um cuidador que possa estar atento ao seu estado de saúde e, diante de uma possível complicação, saber identificar, auxiliando na terapêutica desta doença. Outrossim, estudos revelam que o grau de mortalidade é mais frequente em viúvos e solteiros, ao passo que é relativamente baixa entre os casados (MORAIS et al., 2009). A Organização Mundial da Saúde (OMS) refere que o estado civil dos indivíduos influencia na dinâmica familiar e no autocuidado. Para os idosos, a composição familiar pode ser fator decisivo pela falta de estímulo ao autocuidado e ao asilamento (LUENGO; MENDONÇA, 2014).

Analisando o arranjo familiar, constata-se que a maior parte dos idosos diabéticos (27,6%) mora somente com o cônjuge, fato similar ao observado no estudo de Santos Júnior et al. (2013), em que verificaram que grande parte da amostra (48,3%) era composta por duas pessoas, ou seja, cônjuges. As conclusões de Rodrigues et al. (2013) divergem dos dados obtidos acima, apontando que uma ampla parcela, mais precisamente 62,7% dos idosos, reside no domicílio juntamente com os filhos, logo depois, com 47,2%, aparecem os idosos que moram com cônjuge/companheiro.

Dados que atestam e divergem dos supracitados também foram obtidos por pesquisas que não consideraram idosos portadores de DM, mas que indicam o perfil sociodemográfico

comumente encontrado em diversos municípios do País. Entre estes vale destacar o estudo de Pinto et al (2015), realizado no município de Jequié - BA, no qual 81,5% da população investigada afirma viver acompanhada, enquanto 18,5% afirmou viver sozinha. Nesse sentido, o estudo de Pilger, Menon e Mathias (2011) indica que, do total dos idosos estudados no município de Guarapuava - PR, 86,4% moram com alguém da família ou cuidador, ou seja, vivem predominantemente em domicílios multigeracionais: coabitam com esposo(a) e/ou filhos e/ou genros ou noras, ou, ainda, com netos.

Indicadores sociais do IBGE (BRASIL, 2013) na região Nordeste asseguram que 45,8% de idosos com 60 anos ou mais moram com filhos e/ou com outros parentes e/ou agregados. No estado da Paraíba, 46,0% dos arranjos unipessoais são de pessoas acima de 60 anos ou mais.

Carmargos, Rodrigues e Machado (2011) teorizam sobre os diversos tipos de situações familiares, ou domiciliares, sabendo que estas podem refletir o efeito acumulado de eventos demográficos, socioeconômicos e de saúde ocorridos em etapas anteriores do ciclo vital. O tamanho da prole, a mortalidade diferencial, o celibato, a viuvez, as separações, os recasamentos e as migrações conformam, ao longo do tempo, tipos distintos de arranjos familiares ou domésticos, que podem colocar o idoso, do ponto de vista emocional e material, em situação de segurança ou de vulnerabilidade. Ademais, o fato de o idoso morar sozinho ou com parentes pode ser resultado de desenlaces ou celibato, da não existência de prole, do falecimento dos filhos ou ainda da decisão de não viver com os filhos ou com qualquer outra pessoa, caso tenha recursos para tanto.

No que se diz respeito à autonomia evidenciada pela chefia do domicílio, 77,0% dos idosos investigados se autodefiniram como chefes do domicílio, mesmo levando em consideração a condição de velhice e do adoecimento pelo DM. Pedrazzi et al. (2010), em se tratando da relação estabelecida entre chefia do domicílio, sexo e estado conjugal, avaliando 147 idosos no município de Ribeirão Preto –SP, mostraram que os idosos do sexo feminino predominam como chefes do domicílio, quando viúvas (90%); por outro lado, os masculinos se sobrepõem quando casados (81,8%), fortalecendo os dados dessa pesquisa, ao apreciar os resultados de sexo e estado civil já discutidos.

Para Areosa e Bulla (2008), o idoso, apesar da idade, continua com a condição de provedor da família, devido à aposentadoria ter se transformado na única fonte de renda da família. Segundo o IBGE (2013), a denominação “chefe da família” por muito tempo foi fortemente associada à autoridade, e, em grande parte dos casos, associada a mais importante fonte de recursos financeiros. Com o passar dos tempos e as mudanças que ocorreram nas

relações de gênero, esta denominação ficou inadequada e, na maioria das pesquisas do IBGE, o termo passou a ser “pessoa de referência”.

A Tabela 1 expõe ainda os resultados obtidos sobre os idosos que apresentam cuidador e quem assume esse papel no seu cuidado diário. Embora a maioria dos participantes afirme que são responsáveis pelo domicílio, 51,7% dos idosos entrevistados responderam que possuem cuidador, enquanto que 48,3% apontam não possuem cuidador. Diante do exposto, alguns motivos podem explicar tais resultados, como a autonomia do idoso, grau de independência/dependência física, ou ainda, renda para custear um cuidador, como discute Flores et al. (2010) em seu estudo sobre a autonomia do idoso e a presença do cuidador.

Dos idosos que possuem cuidador, cônjuge (19,5%) e filhos (18,4%) são os cuidadores mais evidentes, resultados que concordam com os dados de arranjo familiar obtidos nesta pesquisa. O Estatuto do Idoso (art.3º) destaca que a obrigação de cuidar do bem-estar da pessoa idosa e assegurar seus direitos é da família, da comunidade, da sociedade e do poder público. Atendendo a essa lei, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) prevê a importância da recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa. Reconhece ainda, a probabilidade que idosos têm de sofrer algum tipo de DCNT ou de necessitar do auxílio de um cuidador, decorrente de uma doença limitadora, como o DM (BRASIL, 2003; BRASIL, 2006).

No que se diz respeito à religiosidade, uma maioria expressiva de idosos se declara católica (81,6%); a seguir, protestante/evangélica (12,6%) e como sem religião (5,7%). Os dados censitários do IBGE (2010) correspondem com este resultado, onde a proporção de católicos mostra-se majoritária (73,6%) aos outros grupos religiosos. No estado da Paraíba, 80,25% da população se diz católica (NERI, 2011), compactuando com este resultado. Segundo Texeira e Lefèvre (2008), a fé religiosa auxilia no enfrentamento de doenças crônicas, gerando esperança, equilíbrio, fortalecimento, propiciando a luta pela vida e a serenidade para aceitar a doença. Desta forma, é notória a importância e influência da religiosidade no tratamento do DM, promovendo o autocuidado e buscando qualidade de vida dos idosos diabéticos.

Ao analisar os serviços de saúde utilizados como primeira escolha pelos idosos acometidos pelo DM, é percebido que a grande maioria (80,5%) utiliza os serviços do SUS, seja pela renda observada nessa população bem como a indisponibilidade de serviços de saúde com qualidade e de fácil acesso, relatado por grande parte dos entrevistados. Esses achados correspondem à pesquisa de Pilger, Menon e Mathias (2013) na qual grande parte dos idosos utilizava o serviço público quando precisava de atendimento médico (70,4%) e apenas 12,1%

referiram utilizar plano de saúde. Corroborando estes dados, Tadoni (2010) afirma que 53,8% dos idosos estudados disseram usar mais o SUS enquanto 46,1% relataram utilizar serviços privados de saúde. Assim, é de suma importância que o sistema de saúde público seja eficiente, com mais equidade, integrado a outros setores em que o cuidado com os idosos acometidos pelo DM seja abrangente e contínuo, os tornando competentes na busca pela satisfatória adesão terapêutica e prevenção de suas complicações (TADONI, 2010).

Em relação à escolaridade, observa-se que a maior parte dos idosos questionados é considerada analfabeta funcional (52,9%). Este resultado está em consonância com a PNS realizada em 2013, cuja faixa de escolaridade que apresentou maior predominância de diagnóstico de DM foi de sem instrução e fundamental incompleto, com 9,6%. Em dados da pesquisa de Stopa et al (2014) foi verificada associação significativa entre o Diabetes autorreferido e baixa escolaridade (22%). Resultado semelhante foi obtido pela Vigitel, no qual em ambos os sexos, a frequência de DM diminuiu intensamente com o nível de escolaridade dos entrevistados (BRASIL, 2015).

Segundo Ferreira e Ferreira (2009) e Stopa et al. (2014), tal resultado sugere a desigualdade social na presença de condições crônicas, especificamente no que se refere ao DM, sendo o conhecimento do nível de escolaridade essencial na qualidade de vida do portador, bem como no planejamento das atividades de educação para esse público.

Também foi investigada a renda dos participantes, na qual a expressiva maioria do total pesquisado afirma viver com renda de até 01 salário mínimo (SM) (73,6%) enquanto apenas 5,7% relatam receber acima de 02 SM. No que se diz respeito à renda familiar, 66,7% dos idosos declaram receber mensalmente 02 SM ou menos, recursos financeiros provenientes, principalmente, da aposentadoria ou benefício governamental. Como pôde ser observado, o baixo nível educacional e socioeconômico predominante nesta pesquisa, corrobora com vários estudos tanto sobre idosos de um modo geral, quanto dos idosos diabéticos (SANTOS et al., 2013; STOPA et al., 2012; ROSENDO; FREITAS, 2012; REIS; REIS; TORRES, 2015). Dados como estes refletem diretamente as desigualdades sociais que podem influenciar nos direitos sociais, como alimentação, moradia, saúde, educação, entre outros.

Para Stopa et al. (2012), a baixa renda associa-se ao DM, o que indica que a sua prevalência entre idosos é influenciada por fatores socioeconômicos. De acordo com Tavares, Côrtes e Dias (2011), a renda de até 01 salário pode ser insuficiente para satisfazer às necessidades básicas do idoso, interferindo na sua saúde e contribuindo para não adesão ao tratamento medicamentoso e alimentar. No tocante à alimentação, Barbosa et al. (2015)

afirma que a renda do idoso com DM influencia na escolha da terapia nutricional, haja vista que o baixo poder aquisitivo limita o consumo de frutas e hortaliças, alimentos desnatados, integrais e *diet*.

Apesar da baixa renda verificada, questionados sobre suas necessidades básicas, 39,1% dos idosos avaliam-nas como “regular” seguido por “boa” com 37,9%. Destarte, pontua-se que a baixa renda da população juntamente com outros fatores, interfere na satisfação das necessidades básicas, que podem estar relacionadas diretamente com o possível comprometimento da QV da população estudada.

4.2 Perfil de estilo de vida

A Tabela 2 mostra as distribuições de frequência das características do estilo de vida de idosos com DM. São abordados dados significativos das variáveis relacionadas ao tabagismo, etilismo, prática de exercícios físicos e nível de estresse dos idosos entrevistados.

Tabela 2 – Caracterização do estilo de vida de idosos com DM acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=87).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		<i>f</i>	%
<i>Tabagismo</i>	Sim	12	13,8
	Não	75	86,2
<i>Consumo de bebida alcoólica</i>	Sim	10	11,5
	Não	77	88,5
<i>Exercício físico</i>	Sim	34	39,1
	Não	53	60,9
<i>Nível de estresse</i>	<i>Média = 3,92</i>		
	<i>Desvio padrão = 3,218</i>	<i>Mínima = 0</i>	<i>Máxima = 10</i>
	Total	87	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Na categoria tabagismo, uma maioria expressiva se declara como não tabagista (86,2%). Dados semelhantes podem ser observados na pesquisa de Silva, Simões e Leite (2007), na qual 76,0% dos idosos com DM tipo 2 não são fumantes. Este dado que pode ser considerado satisfatório, uma vez que as substâncias encontradas no tabaco podem provocar diversos agravos à saúde e interferir na QV (CASTRO; MATSUO; NUNES, 2010). Pesquisas realizadas de formas isoladas com idosos e com diabéticos de faixa etária diversas também corroboram estes resultados (PINTO et al., 2015; SANTOS; MOREIRA, 2012).

Lyra et al. (2006) mencionam que o tabaco aumenta a concentração da gordura em nível abdominal, reduz a sensibilidade insulínica e eleva demasiadamente a concentração glicêmica após um teste oral de tolerância à glicose. Por conseguinte, Hocayen e Malfatti (2010) acrescentam que além de modificar o controle glicêmico, o tabaco gera alterações no perfil lipídico e predispõe o usuário a doenças cardiovasculares e induz o aumento na glicemia durante o jejum, que pode ser explicada por uma alteração na resistência a insulina. Além disso, em pessoas acometidas pelo diabetes, o tabagismo aumenta o risco de suas complicações, como nefropatia diabética, doenças macrovasculares, retinopatia diabética, neuropatia diabética, pé diabético e amputações de membros como consequência, complicações estas que estão ligadas diretamente à aterosclerose provocada pela presença da nicotina na corrente sanguínea (BRASIL, 2013).

É oportuno destacar que medidas de redução do consumo de cigarro auxiliam no controle do DM, visto que o tabagismo associa-se ao mau controle do diabetes e causalmente à hipertensão e à doença cardiovascular em pessoas com ou sem DM (SBD, 2015-2016). Os prejuízos causados pelo tabagismo são melhorados pela cessação do hábito, apresentando-se como a melhor alternativa para um prognóstico positivo aos danos causados ao organismo, juntamente com uma mudança de estilo de vida com advento de hábitos saudáveis na alimentação e a prática de exercícios físicos regularmente para uma melhor saúde e qualidade de vida (HOCAYEN; MALFATTI, 2010).

Neste sentido, Ribeiro et al. (2011) atribuem aos profissionais de saúde inseridos no contexto da atenção básica o compromisso de fornecer informações, apoio psicológico e tratamentos para diminuir a ansiedade e estimular o abandono ao tabagismo. Entre os profissionais responsáveis pela promoção da saúde destaca-se o enfermeiro, por seu relevante papel na redução do uso e dos riscos relacionados ao tabagismo, visto que nas equipes de saúde esse profissional está envolvido na promoção de ações educativas na comunidade.

No que concerne ao consumo de bebidas alcóolicas, 88,5% dos pesquisados relatam não ingerir bebidas alcóolicas, que pode ser observado como um resultado excelente, partindo do pressuposto que apenas 11,5% assumem fazer algum tipo de consumo alcoólico. Considerando que a população atendida é acobertada por unidades de saúde, acredita-se que acesse fato esteja relacionado a orientações recebidas durante as consultas médicas e pelo acompanhamento da equipe de saúde.

Nas pesquisas realizada por Tavares et al. (2013) e Silva, Simões e Leite (2007) resultados semelhantes foram obtidos, possivelmente pela relação reversa de causalidade, ou seja, o abandono de hábitos como o alcoolismo, em decorrência dos problemas de saúde.

Foram também detectados baixos níveis de uso álcool em estudo de Carvalho, Silva e Coelho (2015), sendo este realizado com indivíduos com idade ≥ 40 anos, com DM tipo 2.

De acordo com as diretrizes da SBD (2015-2016), as mesmas precauções com relação ao consumo de álcool na população em geral aplicam-se a pessoas com diabetes. Ingestão alcoólica acima de 3 doses/dia é associada, na população saudável, à elevação da incidência de diabetes em 43%, além de risco alto de distúrbios metabólicos, ganho em peso, declínio cognitivo com a idade e perda da saúde óssea. Menezes et al. (2014) documentam forte ligação entre o consumo de álcool e liberação de adipocinas e marcadores de inflamação, o que pode estar relacionado com a patogênese do DM. Em pacientes diabéticos, dependendo da sensibilidade individual e quantidade, o consumo de álcool poderá mascarar os sintomas de hipoglicemia, reduzir a produção hepática de glicose e aumentar a produção de corpos cetônicos. A ingestão excessiva de etanol (> 30 g/dia) é associada à alteração da homeostase glicêmica, elevação da resistência à insulina, hipertrigliceridemia e pressão arterial, podendo também ser fator de risco para acidente vascular cerebral (SBD, 2015-2016).

Embora o consumo de álcool nessa amostra tenha sido considerado baixo, devem ser aplicadas ações voltadas para a prevenção e abandono desse consumo, a fim de diminuir possíveis complicações. Os profissionais de saúde devem discutir o uso de álcool com seus pacientes para informá-los do possível ganho ponderal e os riscos de hipoglicemia.

No tocante à prática de exercícios físicos, a maior parte dos idosos com DM não praticam exercícios físicos (60,9%), enquanto apenas 39,1% afirmam fazer alguma atividade física, como caminhada ou andar de bicicleta. Respostas equivalentes foram colhidas por Menezes et al. (2014), em que 77,6% das mulheres idosas e 86,7% dos homens idosos afirmam não praticarem atividades físicas regulares. O fato do sedentarismo estar presente na vida dos idosos com DM pode ser explicado por diversas teorias: redução da capacidade funcional inerente ao envelhecimento humano; limitações físicas oriundas dos sintomas e complicações do DM, como por exemplo, diminuição da acuidade visual, perda da sensibilidade em membros inferiores, bem como lesões (úlceras); ausência de ambiente físico próprio de fácil acesso para realizar atividades regulares; falta de orientação por parte dos profissionais de saúde quanto à importância, a prescrição e planejamento do programa de exercício físico; medo de quedas; falta de motivação, interesse e hábito; dentre outros.

Cardoso et al. (2008) sustentam essas ideias ao afirmar que as barreiras apresentadas pelos idosos para a prática das atividades e exercícios físicos são frequentemente associadas a um estado de saúde debilitado; ao ambiente físico onde ocorre a prática da atividade; ausência de aconselhamento profissional; e também, apesar de apresentar fraca relação, as influências

do exercício físico na infância e adolescência do idoso. Os questionamentos sobre os conhecimentos para o autocuidado relacionado à realização e a não adesão à prática de exercícios físicos regulares por idosos com DM são pouco descritos na literatura.

Segundo recomendações da OMS (2010), os exercícios físicos para pessoas com 65 anos ou mais, devem incluir atividades de lazer diárias (caminhada, dança, jardinagem, natação), transporte (caminhada ou bicicleta), profissional (se o indivíduo ainda está trabalhando), tarefas domésticas, jogos, esportes, exercícios planejados, no contexto de atividades familiares e da comunidade. É aconselhado que o idoso faça, pelo menos, 150 minutos de atividade aeróbica de intensidade moderada durante a semana ou 75 minutos de atividade aeróbica de intensidade vigorosa semanalmente ou ainda, uma combinação equivalente de atividade moderada e vigorosa. Os idosos mais velhos, com mobilidade comprometida, devem realizar exercício físico de 3 dias ou mais por semana, a fim melhorar o equilíbrio e evitar quedas. Os exercícios de fortalecimento muscular, envolvendo grandes grupos musculares, devem ser feitos em 2 ou mais dias por semana. Quando o idoso não pode fazer as quantidades recomendadas de atividade física, devido às condições de saúde, eles devem ser tão fisicamente ativos quanto às suas capacidades e as condições permitirem.

Segundo Franchi et al. (2008), a realização de exercício físico, além de combater o sedentarismo, contribui para a melhora da capacidade funcional do idoso, gerando a melhoria da composição corporal, a diminuição da taxa metabólica, a diminuição de dores articulares, o aumento da densidade mineral óssea, a melhoria tanto do perfil glicêmico quanto lipídico, o aumento da capacidade aeróbia, a melhoria de força e de flexibilidade, a diminuição da resistência vascular, o alívio da depressão, a melhoria da autoconfiança, podendo se concluir que a atividade física é um fator de proteção da capacidade funcional em idosos.

Tavares et al. (2013) complementam que os idosos com DM podem apresentar melhora no controle metabólico, reduzir a PA e melhorar os índices antropométricos a partir da prática de exercícios aeróbicos, por pelo menos três vezes na semana. O papel do exercício físico no controle da DM envolve diretamente um metabolismo adequado da glicose, redução do nível de gordura corpórea e diminuição da pressão arterial, eficaz contra a resistência à insulina, uma vez que induz o músculo esquelético fazer uso da insulina para o metabolismo energético (CARVALHO; SILVA; COELHO, 2015).

Considerando que inúmeras evidências científicas demonstram que o controle de peso e o aumento do exercício físico diminuem a resistência à insulina, minimizando as chances de se desenvolver o DM, faz-se necessário que estratégias políticas e iniciativas multissetoriais criem ambientes que estimulem e ajudem as pessoas a serem fisicamente ativas (MOLENA-

FERNANDES et al., 2005). Nesse sentido, os gestores do SUS deverão estabelecer, em suas respectivas áreas de abrangência, processos de articulação permanente, visando ao estabelecimento de parcerias e à integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos (BRASIL, 2010).

Questionados quanto ao nível de estresse, a média obtida foi de 3,92, dado satisfatório que indica um nível baixo de estresse, haja vista que o valor mínimo referido pelos idosos foi de 0 (zero) que representa nenhum nível de estresse e o valor máximo foi 10 (dez), que significa elevado nível de estresse.

Benfica e Rabelo (2011) apontam que o manejo do estresse é um fator importante, pois as reações ao estresse influenciam na adesão ao tratamento e também nos níveis glicêmicos. Os mecanismos biológicos envolvidos na associação diabetes e estresse ainda não estão claros. Alguns estudos sugerem que o estresse pode levar à alteração dos níveis hormonais e neuroreguladores, ocasionando desvio dos níveis de glicose sanguínea normal e uma diminuição na sensibilidade à insulina (ORTIZ, ZANETTI, 2000; SBD, 2015-2016).

De acordo com Mesquita et al. (2014), o estresse é uma reação fisiológica do organismo que desencadeia a liberação de hormônios e que tem por efeito a geração de energia para o corpo executar a ação de luta ou fuga. No DM tipo I o estresse reduz os níveis de glicose, já no DM II, aumenta os níveis de glicose.

O estresse emocional é crucial para o desenvolvimento de intervenções adequadas e com maior chance de sucesso. Os níveis de estresse podem variar consideravelmente ao longo do tempo, seguindo ou precedendo mudanças nas condições do diabetes, e devem ser avaliados regularmente, como parte de um cuidado permanente e compreensivo da doença (SBD, 2015-2016).

O processo educativo deve preconizar a orientação de medidas que comprovadamente melhorem a QV como a redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo, diminuição do sedentarismo e redução do estresse. A orientação sobre as mudanças no estilo de vida podem ser realizadas por todos os profissionais da saúde. Ações de educação em saúde possuem baixo custo e risco mínimo, ajudam no controle da glicemia e de outros fatores de risco, aumentam a eficácia do tratamento medicamentoso (causando necessidade de menores doses e de menor quantidade de fármacos) e diminuem a magnitude de muitos outros fatores de risco para complicações do DM (BRASIL, 2010).

4.3 Avaliação da qualidade de vida de idosos com Diabetes Mellitus

Para a avaliação da qualidade de vida (QV) em idosos com DM, foram calculadas as médias do Escore Bruto da Faceta (EBF) que correspondem ao somatório dos itens que pertencem a cada uma das facetas, cuja amplitude varia entre 4 e 20. Os resultados podem ser verificados na Tabela 3.

Tabela 3 - Escore Bruto das Facetas (médio) do questionário WHOQOL-Old com base na percepção de idosos com DM (n=87).

Facetas	EBF (m) ± dp
Funcionamento Sensorio (FS)	14,34 ± 3,58
Autonomia (AUT)	13,37 ± 3,17
Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF)	14,84 ± 2,77
Participação Social (PSO)	12,99 ± 3,17
Morte e morrer (MEM)	14,18 ± 4,61
Intimidade (INT)	14,08 ± 4,20
Total	13,96 ± 2,33

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Legenda: m = média; dp = desvio padrão; EBF = Escore Bruto da Faceta; EPF = Escore Padronizado da Faceta.

De acordo com os resultados observados na Tabela 3, a faceta “*Atividades Passadas, Presentes e Futuras*” foi a responsável pelo melhor desempenho ($EBF=14,84$), referindo-se à satisfação dos idosos com as realizações na vida e com objetivos a serem alcançados. Por outro lado, a faceta de menor desempenho ficou por conta da “*Participação Social*” ($EBF=12,99$), a qual apresentou escores significativamente abaixo das demais, revelando uma pequena capacidade de participação em atividades do cotidiano, especialmente aquelas desenvolvidas na comunidade, aspecto este com o pior índice de QV.

O bem estar que é proporcionado pela idealização e realização de projetos de vida pode ser visto como consequência da autoestima elevada, o que implica, por conseguinte, em melhorias na qualidade de vida das pessoas idosas. A projeção do futuro também pode se constituir como uma condição importante para o aumento da QV na terceira idade, porque é uma forma de dar sentido à existência dos indivíduos, além de ativar as atividades mentais à medida que se tornam capazes de poder projetar e concretizar seus desejos (SERBIM; FIGUEIREDO, 2011).

O excelente resultado obtido quanto à faceta “*Atividades Passadas, Presentes e Futuras*” pode estar relacionado à faixa etária compreendida por grande parte dos participantes (60 a 74 anos), os quais podem ser considerados idosos-jovens. Ademais, há de se considerar neste binômio a relevância da independência financeira e física e sua relação

satisfatória com o DM, fato este que pode ser encarado de forma positiva, haja vista que a potencialidade do ser humano e sua capacidade de conceber projetos, bem como, principalmente, de poder realizá-los deve ser estimulada, elevando a percepção de QV por parte desta população. Reforçando esta ideia, o estudo de Maués et al. (2010), realizado com idosos de variadas faixas etárias, afirma que estar satisfeito com suas realizações, objetivos alcançados e projetos durante a vida, tem significativa influência sobre a QV de idosos.

Na pesquisa de Serbim e Figueiredo (2011), resultados divergentes foram observados em idosos moradores da periferia de Porto Alegre – RS, participantes de um grupo de convivência. Porém, no que diz respeito a média das facetas, “*Atividades Passadas Presentes e Futuras*” foi observada com menor resultado, embora também tenha sido encontrado perfil sociodemográfico insatisfatório, como baixa renda e escolaridade. Tavares, Cortês e Dias (2011) aludem para a redução do escore relacionado à baixa renda dos idosos como sendo uma variante decisiva no que tange à insatisfação dos idosos com conquistas no decorrer da vida e esperança futura.

Percebida como a faceta de maior relevância na avaliação da QV dos idosos estudados, a faceta “*Atividades Passadas, Presentes e Futuras*” tem grande influência na vida dessa população, uma vez que a falta de expectativa no tocante à vida futura pode desencadear tristeza e melancolia na vida cotidiana. Em continuidade a este raciocínio, ao analisarmos o outro extremo da Tabela, “*Participação Social*” destacou-se por ser a faceta avaliada de maneira pior pelos idosos com DM, demonstrando haver relação direta entre o adoecimento e a participação dos idosos nas atividades sociais, o que compromete de modo significativo a percepção de QV nesse aspecto.

Conforme a análise feita por Serbim e Figueiredo (2011), a faceta “*Participação Social*” mostrou-se elevada na avaliação dos respondentes. Já no estudo de Tavares, Cortês e Dias (2011), os maiores escores foram obtidos por idosos que, apesar de apresentarem DM, dispunham de aptidão física e motora, quando comparados àqueles com algum tipo de incapacidade.

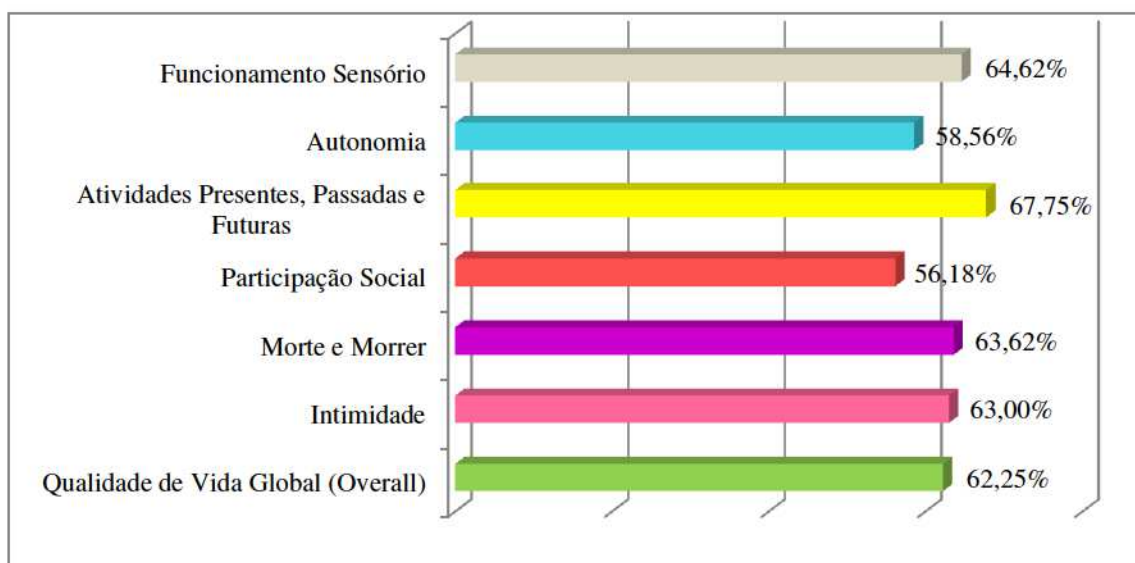
O envelhecimento humano traz consigo características em relação ao comportamento social, o que pode afetar as relações de identidade entre idosos e sociedade. A diminuição das capacidades sensoriais, redução da prontidão para a resposta podem influenciar em outras habilidades especialmente importantes, tais como as de estabelecer e manter contato social, além de lidar com as condutas decorrentes de preconceitos contra a velhice, geralmente expressos através de hesitação (SERBIM; FIGUEIREDO, 2011).

Tavares, Dias e Munari (2012) enfatizam que a interação social colabora potencialmente para a QV dos idosos à medida que propicia o exercício da cidadania, além de estimular o sentimento de valorização e inserção no meio em que vivem. Aliás, transmite a sensação de pertencimento a um grupo para o qual pode contribuir de maneira expressiva, utilizando-se de sua experiência e conhecimento. O tímido resultado obtido pela presente pesquisa em relação à percepção dos idosos com seu nível de PSO aponta, muito provavelmente, para a ausência ou insuficiência de grupos de convívio de idosos, bem como de programas sociais que visem estimular a inclusão na com dos mesmos na comunidade.

As alterações do metabolismo causadas pelo DM, associadas ao envelhecimento e ao estilo de vida, representam um importante alvo de intervenções para melhorar as atividades entre os idosos. Sendo assim, é de suma importância que os serviços de saúde busquem estratégias que incentivem e facilitem a participação do idoso nas atividades comunitárias, de acordo com seus interesses e suas limitações. Deste modo, os grupos desenvolvidos nos serviços de saúde podem promover espaços de apoio para o enfrentamento de dificuldades e a troca de experiências (TAVARES; CORTÊS; DIAS, 2011).

A fim de corroborar os escores já identificados, também foi calculado o Escore Transformado da Faceta (ETF), em que o EBF é convertido para uma escala percentual, possibilitando expressar a relação entre o valor mais baixo possível (0%) e o mais alto possível (100%). O Gráfico 1 elenca os ETFs e o Escore Transformado Total (ETT), o qual expressa a média percentual da QV dos idosos considerando todas as facetas do questionário.

Gráfico 1 - Escore Transformado das Facetas e Escore Transformado Total do questionário WHOQOL-Old com base na percepção de idosos com DM (n=87).



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A partir dos resultados das médias de cada faceta, os ETF ratificam que a faceta que obteve o melhor desempenho foi “*Atividades passadas, presentes e futuras*” (ETF=67,75%). Em sentido contrário, a faceta de pior desempenho foi “*Participação Social*” (ETF=56,18%). Em adição a isso, o resultado demonstra que, a partir do ETT, numa variação de 0 a 100%, a QV Global dos idosos com DM ficou em 62,25%. Considerando que escores elevados representam uma alta QV, ao passo que menores escores uma baixa QV, é possível afirmar que os participantes apresentam-se com uma QV satisfatória. Importante destacar que, conforme empiricamente sustentado por análises do modelo de medição através de modelagem de equações estruturais, a QV é concebida como um fator de ordem mais elevada, subjacente à estrutura do módulo WHOQOL-Old.

Como pode ser visualizado no Gráfico 1, para avaliar a percepção dos idosos relativamente à QV foram utilizadas 6 facetas: “*Funcionamento sensorio*”, “*Autonomia*”, “*Atividades Passadas, Presentes e Futuras*”, “*Participação social*”, “*Morte e Morrer*” e “*Intimidade*”. Cada faceta propõe avaliar aspectos diferentes na composição da vida do individuo atinentes aos domínios físicos, psicológicos, sociais e ambientais.

O ponto que trata do “*Funcionamento Sensorio*” alcançou um percentual satisfatório (ETF=64,62%) quando comparado ao obtido pela “*Participação Social*”, não obstante seja notável, de uma maneira geral, um relativo equilíbrio entre os resultados das facetas. Avaliou-se o funcionamento sensorial (audição, visão, paladar, olfato e tato) e o impacto da perda das habilidades sensoriais nas atividades da vida diária e da capacidade de interação com outras pessoas na QV de idosos (ALENCAR et al., 2010). Destaca-se que com o processo de envelhecimento tem-se a diminuição do funcionamento dos sentidos (TAVARES; CORTÊS; DIAS, 2011). Essas alterações estruturais, as quais vão sofrendo perdas graduais, podem restringir a independência do idoso e seu desempenho nas atividades cotidianas, interferindo, conseqüentemente, na sua participação social, assim como na sua QV (FERREIRA et al., 2012).

Mais adiante, a presença do DM atrelada às perdas sensoriais inerentes ao processo de envelhecimento pode acentuar alterações na audição e visão, provocando, inclusive, morbidades como a retinopatia diabética, com conseqüências que variam desde a redução parcial da acuidade visual até a cegueira (TAVARES; CORTÊS; DIAS, 2011). Lamas e Paul (2013) afirmam que perda visual é das mais temidas complicações do envelhecimento, pois pode reduzir a QV do idoso e ameaçar a autonomia em casa e na vida em comunidade. Tal perda sensorial deixa o idoso mais propenso a quedas, erros de medicação, depressão e isolamento social.

Em suma, a QV dos idosos é fortemente influenciada pelo envelhecimento dos vários sentidos, com especial atenção à visão em se tratando de idosos diabéticos, uma vez que permeia a relação do indivíduo com o mundo, influenciando o padrão de conduta do idoso (LAMAS; PAUL, 2013). Assim, é primordial que no atendimento de saúde ao idoso a equipe de saúde seja capaz de fazer distinção entre as alterações fisiológicas e aquelas consideradas patológicas (TAVARES; CORTÊS; DIAS, 2011).

No que concerne à faceta “*Autonomia*”, avaliada como a segunda com menor percentual ($ETF=58,56\%$), refere-se à independência na velhice, descrevendo até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões. Este resultado pode ser entendido como demonstração de que a diminuição da autonomia está associada ao adoecimento pelo DM e não pela diminuição do poder decisório, haja vista que o dado sociodemográfico obtido pela pesquisa, indica que a chefia do domicílio seja de responsabilidade do idoso.

Segundo Santos et al. (2008), o processo de envelhecimento acarreta riscos potenciais no que se refere à perda de capacidades funcionais dos indivíduos, o que pode determinar dependência parcial ou total para a realização de atividades da vida diária. O impacto das complicações do DM, como as amputações, as retinopatias, as neuropatias, as nefropatias e os comprometimentos vasculares podem levar a incapacidades funcionais, comprometendo sua independência. Deste modo, o idoso apresenta diminuição da liberdade, pois se torna dependente de terceiros para a realização de atividades que antes eram realizadas sem auxílio de outrem (TAVARES; CORTÊS; DIAS, 2011).

As facetas “*Atividades Passadas, Presentes e Futuras*” e “*Participação Social*” obtiveram resultados semelhantes ao representado na Tabela 3, discutidos nesse tópico.

A faceta “*Morte e Morrer*” foi uma das que mais contribuiu na QV dos idosos estudados ($ETF=63,62\%$). Nesta, o questionamento trata das preocupações, inquietações e temores sobre a morte e o morrer. Esta faceta também abrange a preocupação com a maneira pela qual o idoso irá morrer, medo de não poder controlar a morte e temer sofrer antes de morrer. Esse resultado corrobora o estudo de Tavares, Côrtes e Dias (2010) que verificou em seu estudo maiores escores na faceta morte e morrer. Segundo Dalsenter e Matos (2009), o medo de morrer pode interferir de forma negativa na QV dos idosos, tornando-se gerador de ansiedade e impedindo de praticar determinadas tarefas, que anteriormente, causava-lhe satisfação.

Alguns estudos demonstram que a espiritualidade e religiosidade apresentam relações com a QV do indivíduo, o que pode ser visualizado nos dados referente ao quesito

“religiosidade” dos indivíduos idosos aqui pesquisados (DALSENTER; MATOS, 2009; BARBOSA; FREITAS, 2009). Dendena et al. (2011) salientam que as pessoas idosas são as mais propícias a se dedicarem na busca por atividades ligadas à religiosidade, já que a proximidade da morte e as frequentes perdas as fazem vivenciar constantes situações de enfrentamento. Sendo assim, é relevante associar a percepção satisfatória dos idosos quanto à faceta “*Morte e Morrer*” com a presença da religiosidade como forma de encarar o processo natural da vida, encarando-a de forma espiritual, fato percebido durante as aplicações do instrumento de coleta de dados.

Serbim e Figueiredo (2011) acrescentam que o envelhecer e o morrer são fenômenos inerentes à vida em todas as suas formas; porém, as interpretações e os sentimentos que envolvem tal tema variam de um ser humano para outro. A compreensão acerca da finitude na perspectiva do idoso, o qual vive o processo de envelhecimento e está na iminência da morte, é um passo importante para fomentar a reflexão, buscando uma forma positiva de lidar com as questões envelhecimento e morte.

Nagai, Chubaci e Neri (2012) apontam que alguns idosos relataram em sua investigação que não temem a morte, mas sim a perda da autonomia. O fato de depender dos outros para a realização de atividades de vida diária pode gerar mais sofrimento do que as complicações clínicas do DM. Sendo assim, a cronicidade e as complicações, ocasionadas pelo acometimento do DM, podem estabelecer medo e ansiedade pelo modo de como a morte pode chegar do que a morte em sua totalidade.

A faceta denominada “*Intimidade*” com escore de 63,00%, avaliou a capacidade dos idosos de ter relações pessoais e íntimas, assim como o sentimento de companheirismo e a capacidade de amar e ser amado. Esse resultado pode estar associado ao se constatar que 59,8% dos participantes são casados, enquanto 32,2% são viúvos, 3,4% solteiros e 2,3% são divorciados, o que pode diminuir a sensação de companheirismo e a percepção de QV por parte dos idosos.

Dados obtidos por Marchiori, Dias e Tavares (2013) corroboram esta ideia, haja vista que a média de escore de QV na faceta intimidade dos idosos sem companheiro foi significativamente menor em relação aos com companheiro. O companheirismo e o sentimento de amar e ser amado, de acordo com Celich et al. (2010), possibilita o sentido de pertença, que é significativo nesta etapa da vida, visto que os idosos que são amados respeitados e acolhidos sentem-se mais felizes e valorizados. A discussão em torno da sexualidade na velhice, também pode subsidiar explicações quanto à intimidade e sua importância na QV, por ser, na maioria das vezes, assunto pouco discutido e considerado tabu pela sociedade.

A percepção que a sociedade tem acerca da prática sexual na velhice ainda transcorre nos moldes de que a pessoa quando alcança a fase da velhice deixa de ser sexual, adotando a assexualidade. Nessa fase da vida, a ausência do companheiro fixo delimita para alguns idosos como o fim das práticas sexuais (ALENCAR et al., 2014).

Os autores anteriormente referenciados ainda afirmam que a presença de DM e do tabagismo podem ocasionar distúrbios na função sexual: hábitos de tabagismo (47,7%), lesões de nervos periféricos causados por DM (35,3%). Sposito et al. (2013) avaliam a independência funcional com satisfação de vida e evidenciam que os idosos com declínios funcionais apresentam menor satisfação com a vida, podendo, assim, ocasionar mudanças quanto a vivência da sexualidade.

Ainda tecendo algumas considerações acerca do Gráfico 1, nota-se um relativo equilíbrio entre os resultados das facetas, inclusive no que se refere à QV global (*overall*), o que pode indicar que os indivíduos pesquisados percebem sua qualidade de vida satisfatória. Embora haja facetas com resultados insatisfatórios isolados, de modo a compreender que as facetas com prejuízos, como a de participação dos idosos na sociedade, podem ser progredidas com menor complexidade. É oportuno analisar as facetas que compõem a QV dos idosos diabéticos, pois assim, podemos observar quais domínios da vida desses idosos são afetados pelo DM e pelo processo de envelhecimento.

5 Considerações Finais

Fundamentado pelos objetivos (p. 16) propostos neste estudo, a análise dos dados permitiu avaliar a qualidade de vida facetada e global dos idosos acometidos pela Diabetes Mellitus na região do Curimataú paraibano e descrever a caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes, apontando para necessidade de ampliação de políticas e ações voltadas ao idoso que estimulem sua participação social e preservem sua satisfação com as realizações de vida e projetos futuros, com intuito de proporcionar aos idosos uma maior qualidade de vida.

Em face aos resultados obtidos, é possível concluir o quanto é subjetivo avaliar a QV destes idosos, devendo-se levar em conta fatores socioeconômicos, biológicos, as relações sociais e familiares, condições de saúde, cultura, bem estar, autoestima e a vivência com a DM. É visível que o acometimento pelo DM é permeado de mudanças importantes no estilo de vida, que repercute no bem-estar físico e psicológico dos acometidos.

Os resultados obtidos pelos dados socioeconômicos e demográficos possibilitaram constatar que a maioria dos idosos encontra-se na faixa etária de 60 a 74 anos (idoso-jovem), é do sexo feminino, raça branca predominante, casada, vive apenas com o cônjuge, considera-se chefe do domicílio, possui cuidador (conjugue como cuidador), apresenta baixa escolaridade, católica, utiliza os serviços do SUS, contam com renda inferior ou igual a um salário mínimo e avalia suas necessidades básicas como “regular”, corroborando com a maioria dos estudos semelhantes publicados.

De acordo com a análise das dimensões do estilo de vida, constatou-se que grande parte dos idosos não são tabagistas, nem etilistas e não praticam exercícios físicos regularmente (60,9%), dado bastante preocupante ao considerar os fatores e complicações do DM provenientes do sedentarismo. Quanto à variável estresse, os idosos indicaram um nível baixo com média de 3,92, considerando uma escala de 0 a 10, resultados análogos a outras pesquisas.

No que concerne as facetas que permeiam a QV dos idosos entrevistados, os resultados demonstraram que a faceta com melhor avaliação foi “*Atividades Passadas, Presentes e Futuras*” (PPF) obtendo o maior escore ($EBF=14,84$; $ETF=67,75\%$), expondo que os idosos pesquisados estavam satisfeitos com as realizações da vida e com objetivos a serem alcançados. Em contraponto, a faceta com menor avaliação foi “*Participação Social*” ao evidenciar o menor escore obtido entre as facetas ($EBF=12,99$; $ETF=56,18\%$), mostrando a incapacidade de participação em atividades do cotidiano, especialmente aquelas desenvolvidas na comunidade. Este resultado pôde ser observado durante a coleta de dados, na qual, os idosos entrevistados reclamavam da falta de oportunidades para o convívio social,

seja de grupos de lazer, voltado aos idosos, como de ações relacionadas a promoção da saúde e diminuição dos agravos aos indivíduos acometidos por doenças crônicas.

Diante dos resultados alcançados nas facetas, a QV Global dos idosos participantes obteve o Escore Transformado Total (ETT) igual a 62,25%, revelando que, no geral, os idosos diabéticos aqui estudados, apresentam uma boa qualidade de vida apesar de conviver com o DM.

Deste modo, é relevante que os profissionais de saúde sejam capazes de identificar as características da comunidade à qual direcionam o cuidado, objetivando atender a demanda de acordo com suas especificidades. Além disso, é necessário que durante a sua formação os enfermeiros sejam estimulados a desenvolver atividades de pesquisa com vista à ampliação da sua visão crítica, considerando o envelhecimento da população e as consequentes necessidades de saúde.

Em meio às discussões geradas no percorrer desse estudo, espera-se que esta pesquisa contribua com o campo da saúde, no que se diz respeito ao conhecimento de dimensões subjetivas do processo de envelhecimento, diante à real percepção da qualidade de vida, haja vista a identificação das facetas da QV afetadas pelo DM.

Além da colaboração acadêmica, espera-se que esses achados possibilitem, por parte dos gestores, a formulação de estratégias de atenção à saúde a fim de melhorar os parâmetros da QV de idosos com diabetes, promovendo assim efetivas ações traçadas em políticas públicas eficientes. Ressalta-se que as ESFs em parceria com as Gestões Municipais empenhem-se na promoção de uma melhor QV para idosos diabéticos, com a realização de atividades mais práticas, educação em saúde com mais dinamicidade e atratividade, além de promover outras atividades como programas de exercícios físicos, academias ao ar livre, grupos de convivência, oficinas de lazer, de modo a integralizar a população idosa com a saúde comunitária.

Vale ressaltar que embora muitos estudos tenham sido utilizados na construção deste trabalho, o campo de pesquisa que trata da relação direta do DM na QV dos idosos consiste de uma ampla área do conhecimento passível de investigações constantes, bem como estudos mais aprofundados sobre a consequência do estilo de vida no surgimento e complicação do Diabetes Mellitus.

Referências

AGUIAR, C. C. T. et al. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, [s.l.], v. 52, n. 6, p.931-39, 2008. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302008000600004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 16 fev. 2016.

ALENCAR, N. A. et al. Avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 19, n. 8, p. 3533-42, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000100011. Acesso em: 03 out. 2016.

ALENCAR, D. L.; MARQUES, A. P. O.; LEAL, M. C. C.; VIEIRA, J. C. M. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03533.pdf>. Acesso em: 01 out. 2016.

ALMEIDA, M. C.; SOUZA, M. A.; SOUZA, C. M. Conhecimento de diabéticos em relação aos fatores de risco para o desenvolvimento do pé diabético. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança** – Dez. 2013. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8434/1/2013_art_masouza.pdf. Acesso em 12 ago. 2016

ALVES, T. O. S. et al. Qualidade de vida relacionada a saúde de pessoas com diabetes *mellitus*. **Rev. Min. Enferm.** 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/585>. Acesso em 18 ago. 2016.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of medical care in diabetes** – 2013. Diabetes Care, Alexandria, v. 36, Suppl. 1, p. S11–66, 2013.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of medical care in diabetes** – 2011. Diabetes Care, Alexandria, v. 34, Suppl. 1, p. S11–61, 2011.

ARAÚJO, L. M; BRITTO, M. M. S.; CRUZ, T. R. P. Tratamento do diabetes mellitus do tipo 2: novas opções. **Aqrq. Bras. Endocrinol. Metab.**, [s.l.], v. 44, n. 6, p.509-518, dez. 2000. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302000000600011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 11 maio 2016.

AREOSA, S. V. C.; BULLA, L. C. **Novas configurações familiares a partir do idoso como provedor.** *Anais da III Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação – PUCRS, 2008.* Disponível em: <http://www.pucrs.br/edipucrs/online/IIImostra/ServiceSocial/61703%20-%20SILVIA%20VIRGINIA%20COUTINHO%20AREOSA.pdf>. Acesso em 14 de ago. 2016.

BARBOSA, K. A.; FREITAS, M. H. Religiosidade e atitude diante da morte em idosos sob cuidados paliativos. **Rev. Kairós**, São Paulo-SP, 2009. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2783>. Acesso em: 02 out. 2016.

BENFICA, M. P.; RABELO, D. F. O idoso com diabetes *mellitus*: fatores psicológicos, comportamentais e sociais. **Rev. Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão**. Patos de Minas: UNIPAM, n. 8, vol. 1, 2011. Disponível em: http://perquirere.unipam.edu.br/documents/23456/50270/o_idoso_com_diabetes_mellitus.pdf. Acesso em: 29 ago. 2016.

BRASIL, F.; PONTAROLO, R.; CORRER, C. J. Qualidade de vida em adultos com diabetes tipo 1 e validade do DQOL-Brasil. **Rev. Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Curitiba-PR, v. 35, n. 1, p.105-112, 2014. Disponível em: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewArticle/2795. Acesso em: 15 maio 2016.

BRASIL. Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. Brasília, DF, 27 set. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11347.htm. Acesso em: 15 fev. 2016.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Política Nacional do Idoso**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm. Acesso em: 02 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf. Acesso em 10 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: Estratégias De Cuidados Da Pessoas Com Doença Crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília: 2013. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab_36.pdf. Acesso em: 12 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 18 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes** - Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. Cadernos de Atenção Básica, nº 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab19>. Acesso em 09 de mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/20130926101322_portaria_2583_07.pdf. Acesso em: 16 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2014. (VIGITEL). Agência de saúde complementar. Brasília, 2015. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/gitel.pdf. Acesso em : 15 mar. 2016.

BUSNELLO, R. et al. Nível de conhecimento de idosos sobre Diabetes Mellitus e sua percepção em relação à qualidade de vida. **Revista Kairós Gerontologia**, 2012. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/7840>. Acesso em: 20 de ago. 2016.

CAMARANO, A. A; KANSO, S.; FERNANDES, D. **Envelhecimento populacional, perda da capacidade laborativa e políticas públicas brasileiras entre 1992 e 2011**. Rio de Janeiro: IPEA, 2013 (Texto para Discussão, n. 1.890). Disponível em:

http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2171/1/TD_1890.pdf. Acesso em: 15 fev. 2016.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **Rev. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro-RJ, v. 28, n. 1, p. 217-30, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v28n1/a12v28n1.pdf>. Acesso em: 25 de ago. 2016

CAMPOS, J. F.; DAVID, H. M. S. L. Abordagens e mensuração da qualidade de vida no trabalho de enfermagem: produção científica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro-RJ, v. 14, n. 4, p.584-89, 2007. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nexAction=lnk&exprSearch=14936&indexSearch=ID>. Acesso em: 15 maio 2016.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador-BA, v. 32, n. 2, p.232-40, 2008. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/143>. Acesso em: 14 maio 2016.

CARDOSO, A. S. et al. Fatores influentes na desistência de idosos em um programa de exercício físico. **Rev. Movimento**, Porto Alegre-RS, v. 14, n. 01, 2008. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/2303>. Acesso em 29 ago. 2016.

CARVALHO, S. S.; SILVA, T. M. A.; COELHO, J. M. F. Contribuições do tratamento não farmacológico para Diabetes Mellitus tipo 2. **Rev. Epidemiol Control Infect**, 2015. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/5616>. Acesso em 29 ago. 2016.

CASTRO, M. R. P.; MATSUO, T.; NUNES, S. O. V. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. **Rev. Bras. Pneumol.**, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132010000100012. Acesso em 28 ago. 2016.

CELICH, K. L. S.; CREUTZBERG, M.; GOLDIM, J. R.; GOMES, I. Envelhecimento com qualidade de vida: a percepção de idosos participantes de grupos de terceira idade. **Rev. Min. Enferm.**, 2010. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/110>. Acesso em: 03 out. 2016.

CHACHAMOVICH, E. **Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-Old e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-Bref em uma amostra de idosos brasileiros**. 2005. 154 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) –

Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, 2005. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/5779>. Acesso em 12 fev. 2016.

CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 45, n. 2, p.1763-68, 2011. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000800022&script=sci_abstract. Acesso em: 10 fev. 2016.

CLOSS, V. E; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro-RJ, v. 15, n. 3, p. 443-58, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 14 fev. 2016.

COELHO, E. R. et al. R. C. Perfil sociodemográfico e necessidades de educação em saúde entre cuidadores de idosos em uma unidade de saúde da família em ilhéus, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, 2013. Disponível em: [https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/rbmfc8\(28\)496](https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/rbmfc8(28)496). Acesso em 26 de ago. 2016.

COELI, C. M. et al. Mortalidade em idosos por diabetes mellitus como causa básica e associada. **Rev. Saúde Pública**, [s.l.], v. 36, n. 2, p.135-40, 2002. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000200003. Acesso em: 15 fev. 2016.

CORTEZ, D. N. et al. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes *mellitus* na atenção primária. **Acta Paul Enferm**, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000300250. Acesso em 22 ago. 2016.

CURCIO, R.; LIMA, M. H. M.; ALEXANDRE, N. M. C. Instrumentos relacionados ao diabetes mellitus adaptados e validados para a cultura brasileira. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 13, n. 2, p.331-37, 2011. Universidade Federal de Goiás. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.9476>. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a20.html. Acesso em: 11 maio 2016

DANSELTER, C. A.; MATOS, F. M. Percepção da qualidade de vida em idosos institucionalizados da cidade de Blumenau(SC). **Rev. Dynamis tecno-científica**, v.15, n.2, 2009. Disponível em: <http://proxy.furb.br/ojs/index.php/dynamis/article/view/1385>. Acesso em: 01 out. 2016.

DENDENA, A.; DALLAZEN, C. C.; LYRA, L. R.; TOSI, P. C. S. Religiosidade e envelhecimento bem-sucedido. **Rev. Unoesc & Ciência – ACHS**, Joaçaba, v. 2, n. 2, 2011.

Disponível em: <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/achs/article/view/693>. Acesso em: 03 out. 2016.

DIAS, Alexsandra Marinho. **O processo de envelhecimento humano e a saúde do idoso nas práticas curriculares do curso de fisioterapia da Univali campus Itajaí: um estudo de caso.** 2007. 190 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde e Gestão do Trabalho, Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2007. Disponível em: http://siaibib01.univali.br/pdf/Alexsandra_Marinho_Dias.pdf. Acesso em: 14 mar. 2015.

ELIOPOULOS, Charlotte. **Enfermagem Gerontológica.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ESQUENAZI, D.; SILVA, S. B.; GUIMARÃES, M. A. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. **Rev. Hospital Universitário Pedro Ernesto**, [s.l.], v. 13, n. 2, p.11-20, 31. 2014. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=467. Acesso em: 20 fev. 2016.

FAEDA, A.; LEON, C. G. R. M. Assistência de enfermagem a um paciente portador de Diabetes Mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 59, n. 6, p.818-821, dez. 2006. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600019. Acesso em: 20 maio 2016.

FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis-SC, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300004. Acesso em: 02 out. 2016.

FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. **Arq. Bras. Endocrinol Metab**, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302009000100012. Acesso em 21 ago. 2016.

FERREIRA, J. M.; CUNHA, N. C. V.; MENUT, A. Z. C. Qualidade de Vida na Terceira Idade: um Estudo de Caso do SESC Alagoas. **Rev. Eletr. Gestão Organizacional**, [s.i.], v. 8, n. 1, p.118-135, 2010. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/gestaoorg/index.php/gestao/article/viewFile/23/20>. Acesso em: 14 maio 2016.

FLECK, M. P. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida. **Rev. Saúde Pública**, [s.l.], v. 34, n. 2, p.178-183, abr. 2000.

FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012. Acesso em: 14 maio 2016.

FLORES, G. C. et al. Cuidado intergeracional com o idoso: autônomo idoso e presença do cuidador. **Rev. Gaúcha Enferm.**, 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000300009.

Acesso em 24 ago. 2016.

FRANCHI, K. M. B. et al. Capacidade funcional e atividade física de idosos com diabetes tipo 2. **Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde**. v.13, n.3, 2008. Disponível em:

<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/795>. Acesso em 28 ago.

2016.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 26, n. 1, p.175-184, jan. 2010. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000100018.

Acesso em: 05 abr. 2016.

FREITAS, L. D.O.; WALDMAN, B. F. O processo de envelhecimento da pele do idoso: diagnósticos e intervenções de enfermagem I. **Estudos Interdisciplinares Sobre O**

Envelhecimento, Porto Alegre-RS, v. 16, p.485-497, 2011. Disponível em:

<http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/17924>. Acesso em: 25 fev. 2016.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS-UNFPA; HELPAGE INTERNATIONAL. **Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio**. Resumo executivo. p. 1-8, 2012. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf. Acesso em: 14 fev. 2016.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008

HOCAYEN, P. A. S.; MALFATTI, C. R. M. Tabagismo em pacientes diabéticos:

predisposição às doenças crônico-degenerativas e neoplasia. **Rev. Cinergis**, v. 11, n. 2, p. 19-25 Jul/Dez, 2010. Disponível em:

<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/2056>. Acesso em 27 ago. 2016.

IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050**. Revisão 2008.

Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008. Acesso em 05 set. 2016.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**, 2007. Rio de Janeiro, 2007.

IBGE. **Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 04 set.2016.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 7 ed. 2015.

ISER, B. P. M. et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, [s.l.], v. 24, n. 2, p.305-314, jun. 2015. Instituto Evandro Chagas. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00305.pdf>. Acesso em: 12 maio 2016.

LACOURT, M. X.; MARINI, L. L. Decréscimo da função muscular decorrente do envelhecimento e a influência na qualidade de vida do idoso: uma revisão de literatura. **Rev. Bras. Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 3, n. 1, p.114-121, 2006. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/51/44>. Acesso em: 09 fev. 2016.

LAMAS, M. C.; PAÚL, C. O envelhecimento do sistema sensorial: implicações na funcionalidade e qualidade de vida. **Rev. Actas de Gerontologia**, Vol.1, n. 1, 2013. Disponível em: <http://actasdegerontologia.pt/index.php/Gerontologia/article/view/34>. Acesso em: 03 out. 2016.

LIMA, A. P.; PEREIRA, D. A. G.; ROMANO, V. F. Perfil Sócio-Demográfico e de Saúde de Idosos Diabéticos Atendidos na Atenção Primária. **Rev. Bras. Ciências da Saúde**, v. 15, 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/9911>. Acesso em: 06 set. 2016.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 9, p.3689-3696, set. 2011. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 16 fev. 2016.

LUENGO, C. M. L.; MENDONÇA, A. R. A. Espiritualidade e qualidade de vida em pacientes com diabetes. **Rev. Bioét.** [online], v. 22, n.2, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422014000200021&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 set. out. 2016.

LYRA, R. et al. Prevenção do Diabetes Mellitus Tipo 2. **Arq. Bras. Endocrinol Metab.**, v. 50, n.2 , 2006. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302006000200010.

Acesso em 28 ago. 2016.

MARCHIORI, G. F.; DIAS, F. A.; TAVARES, D. M. S. Qualidade de vida entre idosos com e sem companheiro. **Rev. enferm UFPE on line**, Recife, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ape/2012nahead/aop2012.pdf>. Acesso em: 01 out. 2016.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, [s.l.], v. 23, n. 4, p.599-608, dez. 2014.

Instituto Evandro Chagas. Disponível em:

http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000400002.

Acesso em: 24 mar. 2016.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MASSON, V. A. ; MONTEIRO, M. I.; VEDOVATO, T. G. **Qualidade de Vida e Instrumentos para Avaliação de Doenças Crônicas – Revisão de Literatura**. In: VILARTA, Roberto; GUTIERREZ, Gustavo Luis;

MAUÉS, C. R. et al. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. **Rev. Bras. Clín. Méd.**, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 405-10, 2010. . Disponível em:

<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n5/007.pdf>. Acesso em 02 fev. 2016.

MONTEIRO, Maria Inês. **Qualidade de vida: Evolução dos conceitos e práticas no século XXI**. Campinas: Ipes, 2010. Cap. 5. p. 45-54. Disponível em:

http://www.fae.br/2009/mestrado/down/precesso_2012-1/006-Q_de_vida_ev_dos_conc_e_praticas.pdf#page=45.

Acesso em: 15 maio 2016.

MEIRA, E. P.; RIBEIRO, L. C. C.; ALVES, P. B. Percepção dos idosos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento. **Cienc. Cuid. Saúde**, [s.l.], v. 8, n. 2, p.220-227, 11 set. 2009. Universidade Estadual de Maringá. Disponível em:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8202>. Acesso em: 16

mar. 2016.

MENDES, T. A. B. et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600020. Acesso

em 19 ago. 2016.

MENEZES, T. N. et al. Percepção da imagem corporal e fatores associados em idosos residentes em município do nordeste brasileiro: um estudo populacional. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3451-3460, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63031151016>. Acesso em 30 ago. 2016.

MESQUITA, A. A. et al. Estresse, enfrentamento e sua influência sobre a glicemia e a pressão arterial. **Rev. Psicologia e Saúde**, v. 6, n. 1, jan. /jun. 2014. Disponível em: <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/323>. Acesso em 27 ago. 2016.

MIRANDA, A. C. C. et al. **Avaliação da presença de cuidador familiar de idosos com déficits cognitivo e funcional residentes em Belo Horizonte-MG**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232015000100141&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em 04 set. 2016.

MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão acompanhados por uma equipe de Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis-SC, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 28 ago. 2016.

MOLENA-FERNANDES, C. A et al. A importância da associação de dieta e de atividade física na prevenção e controle do *Diabetes mellitus* tipo 2. **Acta Sci. Health Sci**. Maringá, v. 27, n. 2, p. 195-205, 2005. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1427>. Acesso em 30 ago. 2016.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Rev. Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte-MG, v. 20, n. 1, p.67-73, 2010. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/artigos/197.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

MORAES, E. N. **Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso**. In: Borges, A.P.A. & Coimbra, A.M.C. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 151-175. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_215591311.pdf. Acesso em: 25 fev. 2016.

MORAIS, G. F. C. et al. Conhecimento e práticas dos diabéticos acerca das medidas preventivas para lesões de membros inferiores. **Revista Baiana**, v. 33, 2009. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/219>. Acesso em 07 set. 2016.

MORAIS, G. F. C. et al. O diabético diante do tratamento, fatores de risco e complicações crônicas. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p.240-245, 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a18.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2016.

MOREIRA, T. M. M.; GOMES, E. B.; SANTOS, J.C. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*. **Rev. Gaúcha Enferm**, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400008. Acesso em 12 ago. 2016

MOTA, S. M. Q. et al. Imunossenescência: alterações imunológicas no idoso. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 67, n. 6, p.183-188, 2009. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4323. Acesso em: 09 fev. 2016.

MOTTA, L. B. **Saúde da Pessoa Idosa**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2013. 13 p. Módulo complementar. Disponível em: [https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/1309/Fisiologia do envelhecimento.pdf?sequence=1](https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/1309/Fisiologia%20do%20envelhecimento.pdf?sequence=1). Acesso em: 11 fev. 2016.

NAGAI, P. A.; CHUBACI, R. Y. S.; NERI, A. L. Idosos diabéticos: as motivações para o autocuidado. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, 2012. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17315/12860>>. Acesso em 04 out. 2016.

NETTO, F. L. M. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. **Pensar A Prática**, [s.l.], v. 7, n. 1, p.75-84, mar. 2004. Universidade Federal de Goiás. Disponível em: <https://revistas.ufg.emnuvens.com.br/feef/article/view/67>. Acesso em: 14 mar. 2015.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, Elizabete Viana et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 2-12.

PAPALÉO NETTO, M.; PONTE, J. R. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: NETTO, Matheus Papaléo. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 3-12.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre a alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília (DF); 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

ORTIZ, M. C. A.; ZANETTI, M. L. **Diabetes mellitus: fatores de risco em uma instituição de ensino da área da saúde**. Rev. latino-am. enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000600019. Acesso em 30 set. 2016.

PAULA, C. L. M. et al. Qualidade de vida de idosos participantes de um grupo de convivência no município de São Mamede – PB. **Rev. Brasileira de Educação e Saúde**, v. 6, n.2, 2016. Disponível em: <http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/4018>. Acesso em 06 ago. 2016.

PEDRAZZI, E. C. et al. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. jan-fev 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4114>. Acesso em 11 ago. 2016.

PEDROSO, B; PILATTI, L. A. Avaliação de indicadores da área da saúde: a qualidade de vida e suas variantes. **Rev. Eletrônica Fafit/facic**, Itararé- SP, v. 01, n. 01, p.1-9, jun. 2010. Disponível em: <http://www.fafit.com.br/revista/index.php/fafit/article/view/2>. Acesso em: 15 maio 2016.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p.241-250, abr./jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092012000200007. Acesso em: 17 fev. 2016.

PEREZ, M. A população idosa e o uso de serviços de saúde. **Rev. do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ Ano 7, 2008. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=188. Acesso em 31 ago. 2016.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet],. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000500022&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 15 ago. 2016.

PIMENTA, F. B. et al. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 8, p.2489-2498, ago. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802489. Acesso em: 10 maio 2016.

PINTO, L. L. T. et al. Indicadores de saúde entre idosos ativos e insuficientemente ativos residentes em áreas rurais. **Rev. Med.**, Ribeirão Preto-SP, 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/114951>. Acesso em 05 out. 2016.

REIS, L. A.; REIS, L. A.; TORRES, G. V. Impacto das variáveis sociodemográficas e de saúde na capacidade funcional de idosos de baixa renda. **Rev. Ciênc. Cuid Saúde**, 2015. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19585/pdf_294. Acesso em: 16 set. 2016.

RIBEIRO, J. P.; ROCHA, S. A.; POPIM, R. C. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. **Esc. Anna Nery**, [s.l.], v. 14, n. 4, p.765-771, dez. 2010. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000400016. Acesso em: 13 fev. 2016.

RIBEIRO, L. C. M et al. Ações de educação em saúde no combate ao tabagismo: relato de experiência. **Cienc. Cuid. Saúde**, 2011. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10168>. Acesso em 27 ago. 2016.

RODRIGUES, D. F. et al. Prevalência de Fatores de Risco e Complicações do Diabetes Mellitus Tipo 2 em Usuários de uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**. v. 15, 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10565>. Acesso em 21 ago. 2016.

RODRIGUES, L. S. et al. Avaliação da capacidade funcional em idosos com diabetes mellitus tipo 2 em Picos-Piauí. **Rev. Interd.** v.6, n. 3, 2013. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/76>. Acesso em 12 ago. 2016

ROSENDON, R. A.; FREITAS, C. H. S. M. Diabetes Melito: Dificuldades de Acesso e Adesão de Pacientes ao Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, v. 16, n. 1, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/10197/7082>. Acesso em: 02 out. 2016.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Rev. Estud. interdiscip. envelhec**, Porto Alegre-RS, v. 4, 2002. Disponível em:

<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4716/2642>. Acesso em: 01 out. 2016.

SANTOS JÚNIOR, E. B. et al. Associação entre atividade física, hipertensão arterial e diabetes mellitus em idosos frequentadores de centros de convivência. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, 2013. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/5674>. Acesso em 22 ago. 2016.

SANTOS, A. B.; SILVA, J. C. S.; BAPTISTA, M. F. C.; PEREIRA, F. D.; FURTADO, H. L. Perfil da autonomia funcional de idosos institucionalizados do município de Três Rios/RJ – Brasil. **Rev. Disability and Rehabilitation**, 2008. Disponível em: <http://www.castelobranco.br/sistema/novoenfoco/files/07/09.pdf>. Acesso em: 01 out. 2016.

SANTOS, E. A.; TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, L. R.; DIAS, F. A.; FERREIRA, P. C. S. Morbidades e qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus residentes nas zonas rural e urbana. **Rev. Esc. Enferm USP**, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200017. Acesso em 20 out. 2016.

SANTOS, J. C.; MOREIRA, T. M. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500013. Acesso em 26 set. 2016.

SCATTOLIN, F. A. A. Qualidade de vida: a evolução do conceito e os instrumentos de medida. **Rev. Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba-SP, v. 8, n. 4, p.1-5, 2006. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/175>. Acesso em: 16 maio 2016.

SERBIM, A. K.; FIGUEIREDO, A. E. P. L. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. **Rev. Scientia Medica**, v. 21, n. 4, Porto Alegre-RS, 2011. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/9405/7236>. Acesso em: 28. Set. 2016.

SILVA, R. C. P.; SIMÕES, M. J. S.; LEITE, A. A. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos com diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v. 28, n.1, 2007. Disponível em: <http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/70150/2-s2.0-39549119782.pdf?sequence=1>. Acesso em 22 ago. 2016.

SMELTZER, S. C., BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES-SBD. **Diretrizes 2014-2015**. GEN/AC: Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/images/2015/area-restrita/diretrizes-sbd-2015.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2016.

SOUSA, A. I.; SILVER, L. D. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. **Rev. Enferm**, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452008000400015&lng=pt&nrm=1&tlng=en. Acesso em 23 ago. 2016.

SPOSITO, G.; D'ELBOUX, M. J.; NERI, A. L.; GUARIENTO, M. E. A satisfação com a vida e a funcionalidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001200004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 29 out. 2016.

STOPA, S. R. et al. Diabetes autorreferido em idosos: comparação das prevalências e medidas de controle. **Rev. Saúde Pública**, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000400554&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 05 maio. 2016.

TADONI, M. I. Associações entre Diabetes Mellitus autorreferido, medidas antropométricas, acesso aos serviços de saúde e indicadores socioeconômicos. Biblioteca digital da UNICAMP, 2010. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000475182>. Acesso em: 18 set. 2016.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A.; MUNARI, D. B. Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. **Rev. Acta Paul Enferm**, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400019. Acesso em: 02 out. 2016.

TAVARES, D. M. S. et al. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao diabetes mellitus em idosos rurais. **Rev. Ciências Cuid Saúde**, 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19408>. Acesso em 27 ago. 2016.

TAVARES, D. M. S.; CÔRTEZ, R. M.; DIAS, F. A. Qualidade de vida e comorbidades entre os idosos diabéticos. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.97-103, 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a17.pdf>. Acesso em: 15 maio 2016.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, 2008. Disponível em:

[http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14449/art TEIXEIRA Significado da intervenção médica e da fe 2008.pdf?sequence=1](http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14449/art_TEIXEIRA_Significado_da_intervencao_medica_e_da_fe_2008.pdf?sequence=1). Acesso em: 16 set. 2016.

TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. **Corpo Humano: Fundamentos de anatomia e fisiologia**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. 702 p.

VERAS, R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 23, n. 10, p.2463-2466, out. 2007. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2007001000020&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 fev. 2016.

VIEIRA, A. S.; MELLO-CARPES, P. B. Processo de envelhecimento: percepções de docentes da rede básica de educação do município de Uruguaiana-RS. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro-RJ, v. 16, n. 4, p.705-712, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838831005>. Acesso em: 25 fev. 2016.

VILARTA, R.; GUTIERREZ, G. L. ; MONTEIRO, M. I. **Qualidade de vida: Evolução dos Conceitos e Práticas no Século XXI**. Campinas: Ipes, 2010. 206 p. Disponível em: [http://fae.br/2009/mestrado/down/precesso_2012-1/006-Q de vida ev dos conc e praticas.pdf](http://fae.br/2009/mestrado/down/precesso_2012-1/006-Q_de_vida_ev_dos_conc_e_praticas.pdf). Acesso em: 13 maio 2016.

VITOI, N. C. et al. Prevalência e fatores associados ao diabetes em idosos no município de Viçosa, Minas Gerais. **Rev. Bras. Epidemiol.**, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2015000400953&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 ago. 2016.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): **Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida**. 1998. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>. Acesso em: 08 de maio 2015.

WHOQOL. The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**. v.41, p. 1403-1409, 1995.

ZASLAVSKY, C; GUS, I. S. E. U. Idoso: Doença Cardíaca e Comorbidades. **Arq. Bras. Cardiol.**, [s.l.], v. 79, n. 6, p.635-639, dez. 2002. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2002001500011. Acesso em: 15 mar. 2015.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

Esclarecimentos

Este é um convite para participar da pesquisa “Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no curimataú ocidental paraibano”, que tem dentre seus objetivos: construir um diagnóstico da qualidade de vida de idosos da microrregião do curimataú ocidental paraibano. Trata-se de um estudo exploratório-observacional, sendo coordenado pelo Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG (Campus Cuité) Matheus Figueiredo Nogueira.

O estudo é relevante porque fornecerá subsídios para implementação de estratégias de atendimento voltadas às necessidades da população idosa, com programas de intervenção nos diferentes níveis de atenção em vista da promoção da sua qualidade de vida.

A participação é voluntária, o que significa que o (a) Sr (a) poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo. Caso decida aceitar o convite irá responder a um questionário e a uma entrevista, com questões abertas e fechadas, apresentados pelo próprio pesquisador. Não haverá pagamento pela participação na pesquisa, mas poderá haver ressarcimento caso haja alguma despesa para sua participação.

Não se espera que haja riscos em consequência da realização da pesquisa, porém esta pode oferecer desconforto devido ao tempo investido para a realização da entrevista e risco de constrangimento diante das questões abordadas e a tensão em tornar a participação na pesquisa obrigatória intencionalmente. Para evitar essas situações adotaremos o cuidado do agendamento prévio das entrevistas de acordo com a sua disponibilidade e a mesma será conduzida no ritmo e tempo mais adequados possível.

Os dados serão guardados no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida, localizado no Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande e a divulgação dos resultados será feita sem nenhum tipo de identificação dos voluntários.

O (A) Sr (a) ficará com uma cópia deste Termo e qualquer dúvida que tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente aos responsáveis, no endereço: Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, Sítio Olho D’água da Bica, Cuité – PB, pelo telefone (83) 3372-1900.

Consentimento Livre e Esclarecido – Eu, _____, declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente.

_____ - PB, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Matheus Figueiredo Nogueira
Pesquisador Responsável

IMPRESSÃO
DACTILOSCÓPICA

Endereço do pesquisador responsável:

Centro de Educação e Saúde - Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité.

Sítio Olho d’água da Bica, Cuité – PB.

Telefone: (83) 3372 1900.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:

CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB.

Telefone: (83) 2101-5545.

APÊNDICE B

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Declaro que os resultados da pesquisa intitulada “Qualidade de vida de idosos com ferida crônica” serão anexados à Plataforma Brasil, garantindo assim o sigilo relativo às propriedades intelectuais.

Para tanto, asseguramos respeitar as diretrizes regulamentadoras pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, que garantem os direitos e deveres da comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Cuité – PB, 10 de dezembro de 2014.

Prof. Matheus Figueiredo Nogueira
Universidade Federal de Campina Grande
(Pesquisador responsável)

APÊNDICE C
TERMOS DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Francisco Tonel, 74 - Centro- Remígio - PB. CEP 58398-000
Tele fax: (83) 3364 – 1566 C.N.P.J. Nº. 11.376.311/0001-76
sms.remigio@bol.com.br



TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTUTUCIONAL

Eu, Alane Lima de Freitas Souto, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Remígio, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “ *Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as unidades de saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité e Doutorando em saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO


Alane L. de Freitas Souto,
Coord. De Atenção Básica

Alane Lima de Freitas Souto

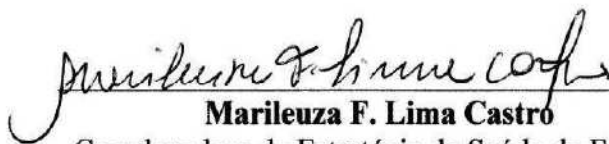
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família

Remígio - PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Marileuza F. Lima Castro, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Nova Floresta, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.

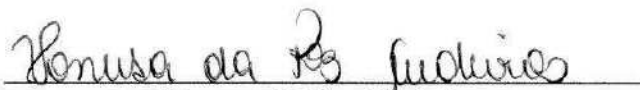


Marileuza F. Lima Castro
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família
Nova Floresta – PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Vanusa da Paz Medeiros, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Sossego, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.

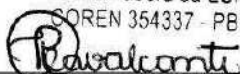

Vanusa da Paz Medeiros
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família
Sossego – PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Joseane da Rocha Dantas Cavalcante, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Cuité, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.

Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti
Coordenadora da ESF
COREN 354337 - PB



Joseane da Rocha Dantas Cavalcante
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família
Cuité – PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Cícero Erivaldo Costa Gomes, Secretário de Saúde do Município de Barra de Santa Rosa, Estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada **“Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú Ocidental Paraibano”**, nos meses de agosto a dezembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 22 de julho de 2014.


Cícero Erivaldo Costa Gomes
Secretaria de Saúde

Cícero Erivaldo Costa Gomes
Secretário Municipal de Saúde
Barra de Santa Rosa – PB

ANEXO A

QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

Seção A: Informações Pessoais		CODIFICAÇÃO
A1	Idade: _____ (anos completos) Data de nascimento: ____/____/____.	AIDADE: _____ ADATA: _____
A2	Sexo (1) Masculino (2) Feminino	ASEXO: _____
A3	Qual é a cor da sua pele? (1) Branca (2) Parda (3) Amarela (4) Preta (5) Indígena (99) NS/NR	ACOR: _____
A4	Qual seu estado civil? (1) Solteiro (a) (2) Casado (a) (3) Divorciado (a)/desquitado(a) (4) Separado (a)(5) Viúvo (a) (6) União consensual (99) NS/NR	AESTCIV: _____
A5	Quantas pessoas moram na casa atualmente, incluindo o (a) Sr (a)? Nº de pessoas: _____.	ANCASA: _____
A6	Com quem o Sr (a) mora: (1) Sozinho (2) Somente com o cônjuge (3) Cônjuge e filho (s) (4) Cônjuge, filhos, genro ou nora (5) Somente com o (s) filho (s) (6) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (7) Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) (8) Somente com os netos (sem filhos) (9) Não familiares (10) Outros (especifique) _____ (99) NS/NR	AMORA: _____
A7	Quem é o (a) chefe ou o responsável do domicílio? (1) Próprio idoso (2) Cônjuge (3) Filho (a)(4) Outro familiar (5) Não familiar(99) NS/NR	ACHEFE: _____
A8	Quantos filhos próprios e adotivos estão vivos? Nº de filhos: _____(99) NS/NR	AFILHOP: _____
A9	O (A) Sr (a) tem cuidador? (1) Sim (2) Não	ACUID: _____
A10	Quem é o seu cuidador? (1) Cônjuge (2) Cônjuge e filho (s) (3) Cônjuge, filho(s), genro ou nora (4) Somente com o(s) filho(s) (5) Outro idoso(6) Cuidador particular (7) Outros (especifique) _____(99) NS/NR	AQCUID: _____
A11	Qual é a sua religião? (0) Nenhuma(1) Católica (2) Protestante ou Evangélica (3) Espírita (4) Judaica (5) Outra (especifique)	ARELIG: _____

	(99) NS/NR	
A12	Quando o (a) Sr (a) necessita de atenção para acompanhar sua saúde qual o tipo de serviço o (a) Sr (a) utiliza como primeira opção? (1) Sistema Único de Saúde(2) Convênio de saúde (3) Particular (4) Farmácia(5) Benzedeira (6) Outro (especifique) _____ (88) Não se aplica (99) NS/NR	ASERATS: _____
Seção B: Perfil Social		CODIFICAÇÃO
B1	a) O (A) Sr (a) sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR b) Escolaridade: Quantos anos o (a) Sr (a) frequentou a escola? Nº de anos: _____ (Se nenhum, colocar "0")	BLERES: _____ BESCOL: _____
B2	Qual é a renda mensal em Reais: Idoso: _____ Família (incluir idoso): _____ (99) NS/NR	BRENDI: _____ BREF: _____
B3	Qual(is) dessas rendas o (a) Sr(a) tem? (Pode ter mais de uma opção) (1) Não tem (2) Tem (99) NS/NR B3a) Aposentadoria: _____ B3b) Pensão: _____ B3c) Aluguel: _____ B3d) Trabalho Próprio: _____ B3e) Doações (família, amigos, instituições) : _____ B3f) Outras _____	BAPOS: _____ BPENS: _____ BALUGUEL: _____ BTRAPO: _____ BDOA: _____ BOUTR: _____
B4	No seu entender de acordo com sua situação econômica atual de que forma o(a) Sr (a) avalia suas necessidades básicas (como: alimentação, moradia, saúde, etc). (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima (99) NS/NR	BNECBAS: _____
B5	Em geral, em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, diria que sua situação econômica é: (1) Melhor (2) Igual (3) Pior (99) NS/NR	BECONCOMP: _____
B6	Como o (a) Sr (a) avalia sua memória atualmente? (1) Excelente(2) Muito Boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (6) Péssima (99) NS/NR	BAVEMEM: _____
B7	Comparando com um ano atrás, o (a) Sr (a) diria que agora sua memória está... (1) Melhor(2) Igual (3) Pior (99) NS/NR	BMEMPOS: _____
B8	O Sr (a) desenvolvia alguma atividade? (na fase adulta)	BNENHU: _____

	(1) sim (2) não (99) NS/NR B8a) Nenhuma: _____ B8b) Atividades domésticas: _____ B8c) Esporte/dança: _____ B8d) Trabalho voluntário/comunitário: _____ B8e) Trabalho remunerado _____ B8f) Outros: Quais? _____	BATVDOM: _____ BESPD: _____ BTRABVOL: _____ BTRABREM: _____ BOUTR: _____																						
B9	Atualmente o Sr (a) desenvolve alguma atividade? (atualmente) (1) sim (2) não (99) NS/NR B9a) Nenhuma: _____ B9b) Atividades domésticas: _____ B9c) Esporte/dança: _____ B9d) Trabalho voluntário/comunitário: _____ B9e) Trabalho remunerado: _____ B9f) Outros: Quais? _____	NENHUM: _____ BATVDOME: _____ BESPDAN: _____ BTRABVOLU: _____ BTRABREMU: _____ BOUTR: _____																						
Seção C: Estilo de vida		CODIFICAÇÃO																						
C1	O (A) Senhor (a) é fumante? (1) sim (2) não (99) NS/NR Quantidade: _____ unidades/dia	CFUM: _____																						
C2	O (A) Senhor (a) consome bebida alcoólica? (1) sim (2) não (99) NS/NR Quantidade: _____ dias/semana	CALCOOL: _____																						
C3	O (A) Senhor (a) realiza atividade física? (1) sim (2) não (99) NS/NR Modalidade: _____ Frequência: _____ vezes/semana	CATIV: _____																						
C4	Como o (a) Senhor (a) classifica seu nível de estresse? <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												CESTRESSE: _____
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
Seção D: Problemas de saúde autorreferidos																								
O (A) Sr (a) no momento tem algum destes problemas de saúde?																								
	Problema de Saúde	Sim	Não	NS/NR	Toma medicação prescrita pelo médico? Qual o nome?	CODIFICAÇÃO																		
D1	Anemia	1	2	99		DANEM: _____																		
D2	Ansiedade/Pânico	1	2	99		DANSI: _____																		
D3	Artrite reumatóide/artrose	1	2	99		DREUM: _____																		
D4	Asma ou Bronquite	1	2	99		DASMA: _____																		
D5	Audição Prejudicada	1	2	99		DAUDP: _____																		
D6	Câncer, qual?	1	2	99		DQCANC: _____																		
D7	DPOC (enfisema)	1	2	99		DCANC: _____																		
D8	Diabetes Mellitus	1	2	99		DDIAB: _____																		
D9	Depressão	1	2	99		DDEPR: _____																		
D10	Derrame (AVE)	1	2	99		DDERRA: _____																		
D11	Doença Cardíaca	1	2	99		DCARDI: _____																		

D12	Doença GI Alta (úlceras, hérnia, refluxo)	1	2	99		DGASTR:_____
D13	Doença Vascular Periférica (varizes)	1	2	99		DCIRC:_____
D14	Doença Neurológica (Parkinson/Esclerose)	1	2	99		DNEURO:_____
D15	Hipertensão Arterial	1	2	99		DPRESS:_____
D16	Incontinência (Urinária/Fecal)	1	2	99		DINCUR:_____
D17	Obesidade	1	2	99		DOBES:_____
D18	Osteoporose	1	2	99		DOSTE:_____
D19	Problemas de coluna	1	2	99		DCOLU:_____
D20	Visão Prejudicada (Catarata)	1	2	99		DCATAR:_____
D21	Ferida crônica	1	2	99		DFERID:_____
D21	Outras, qual?	1	2	99		DOUTR:_____

ANEXO B
Questionário WHOQOL-Old

INSTRUÇÕES

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas.

Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro.

Por favor, leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado (a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01	Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_02	Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_03	Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_04	Até que ponto você sente que controla o seu futuro?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5

old_05	O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_06	Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_07	O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_08	O quanto você tem medo de morrer?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_09	O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10	Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?				
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5
old_11	Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?				
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5
old_12	Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?				
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5
old_13	O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?				
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5
old_14	Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?				
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz** ou **bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15	Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	1	2	3	4	5

old_16	Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	1	2	3	4	5
old_17	Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	1	2	3	4	5
old_18	Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	1	2	3	4	5
old_19	Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	1	2	3	4	5
old_20	Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21	Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_22	Até que ponto você sente amor em sua vida?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_23	Até que ponto você tem oportunidades para amar?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_24	Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

ANEXO C

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS E A DIVERSIDADE DE VIVENCIAR O ENVELHECIMENTO

Pesquisador: MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34715614.5.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 844.702

Data da Relatoria: 28/10/2014

Apresentação do Projeto:

ANÁLISE DA SEGUNDA VERSÃO APÓS SOLICITAÇÃO DE ADEQUAÇÕES PELO RELATOR:

Trata-se de um estudo exploratório-observacional, de natureza quanti-qualitativa, subsidiado pelo aporte estrutural da Teoria das Representações Sociais, que será realizado na microrregião do Curimataú Ocidental situado na mesorregião do Agreste no estado brasileiro da Paraíba (PB), especificamente nos seguintes municípios: Cuité, Nova Floresta, Barra de Santa Rosa, Sossego e Remígio, a partir da aplicação dos seguintes instrumentos: Questionário de Coleta de Dados; Entrevista; Questionários de Whoqol-Old e Whoqol-Bref. Em seguida, os dados serão organizados nos bancos de dados preparados especificamente para cada etapa do instrumento e analisado por meio dos softwares EVOC e IBM-SPSS Statistics 20.0.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Construir um diagnóstico da qualidade de vida de idosos da microrregião do Curimataú Ocidental Paraibano. E como objetivo secundário: caracterizar o perfil social e de saúde física e mental de idosos da microrregião do Curimataú Ocidental Paraibano; conhecer as

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

Continuação do Parecer: 844.702

Representações; Sociais construídas por idosos acerca da qualidade de vida e do envelhecimento; e explorar a relação entre qualidade de vida, diversidade de vivenciar o envelhecimento e representações sociais de idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Vale lembrar que esta pesquisa apresenta riscos considerados "mínimos", pois os (as) participantes podem ficar inibidos (as) no momento da aplicação dos questionários ou sentirem-se desconfortáveis devido ao tempo investido. Os riscos se justificam, pois, mesmo ficando, inicialmente inibido (a) com a presença do pesquisador, o (a) participante terá a oportunidade, em querendo, de tirar suas dúvidas a respeito de dita matéria, conforme aponta a Resolução 466/12 do CNS

E como benefícios: o estudo poderá fornecer subsídios para implementação de estratégias de atendimento voltadas às necessidades da população idosa, com programas de intervenção nos diferentes níveis de atenção em vista da promoção da sua qualidade de vida.

Comentário: Rever no item dos riscos no ponto referente a "tensão em tornar a participação na pesquisa obrigatória intencionalmente" e incluir a forma como será minimizado essa condição. SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Além dos comentários já descritos, foram observados também as seguintes inadequações e com suas respectivas sugestões:

O cronograma encontra-se desatualizado e diferente o período de realização do projeto com o apresentado na Plataforma Brasil; SOLICITAÇÃO ATENDIDA

O projeto se caracteriza como multicêntrico, portanto, sugiro o preenchimento correto na plataforma; DESCONSIDERO SOLICITAÇÃO

Não apresentou a hipótese no projeto; SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Não foi apresentado detalhadamente a previsão orçamentária, sendo assim, sugiro que detalhe todos os gastos que terão com a pesquisa. SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados na Plataforma Brasil, mas só estava presente no projeto de pesquisa o TCLE e o mesmo não estava devidamente assinada.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 844.702

Comentário: Incluir os termos no projeto de pesquisa e apresentar o TCLE assinado. SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Recomendações:

Realizar ou justificar as sugestões feitas nos itens anteriores, a saber:

Rever o item riscos;

Atualizar cronograma na plataforma e no projeto de pesquisa;

Incluir os termos obrigatórios no projeto de pesquisa;

Assinar e Incluir o TCLE;

Rever o orçamento na plataforma.

Comentários: Todas as solicitações acima foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que as solicitações foram atendidas, somos de parecer favorável a execução dessa pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A partir do parecer da relatoria o protocolo foi considerado aprovado ad referendum. Coordenação do CEP/HUAC

CAMPINA GRANDE, 24 de Outubro de 2014

Assinado por:
Maria Teresa Nascimento Silva
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br