



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

HELOÍSA HELENA ALVES DE ANDRADE

**HÁBITOS DE VIDA E SUA INFLUÊNCIA NO CONTROLE DE DIABETES
MELLITUS EM IDOSOS CADASTRADOS NA ESF**

**CAJAZEIRAS – PB
2014**

HELOÍSA HELENA ALVES DE ANDRADE

**HÁBITOS DE VIDA E SUA INFLUÊNCIA NO CONTROLE DE DIABETES
MELLITUS EM IDOSOS CADASTRADOS NA ESF**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Ms. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues.

**CAJAZEIRAS – PB
2014**

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

A553h Andrade, Heloísa Helena Alves de
Hábitos de vida e sua influência no controle de
Diabetes Mellitus em idosos cadastrados na ESF. /
Heloísa Helena Alves de Andrade. Cajazeiras, 2014.
58f. il.
Bibliografia.

Orientadora: Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues.
Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1. Diabetes Mellitus - Idoso. 2. Hábitos de Vida -
Idosos com Diabetes. 3. Idosos Portadores de Diabetes –
Qualidade de Vida. I. Rodrigues, Alba Rejane Gomes de
Moura. II. Título

UFCG/CFP/BS

CDU – 616.379-008.64

**HÁBITOS DE VIDA E SUA INFLUÊNCIA NO CONTROLE DE DIABETES
MELLITUS EM IDOSOS CADASTRADOS NA ESF**

Aprovado em: ____/____/2014

COMISSÃO EXAMINADORA

**Prof.^a Ms. Alba Rejane Gomes de M. Rodrigues
Orientadora – UFCG/UAENF/CFP**

**Prof.^a Ms. Roberta de Miranda Henriques Freire
Membro – UFCG/UAENF/CFP**

**Prof.^a Ms. Eliane de Sousa Leite
Membro – UFCG/UAENF/CFP**

Dedico esta conquista a Deus, que me deu oportunidade de estar aqui e forças para conseguir vencer. A minha família que me apoiou em todos os momentos. Aos amigos e orientadora Alba Rejane Gomes de M. Rodrigues pela paciência e dedicação.

AGRADECIMENTOS

A Deus primeiramente pelo dom da vida e por ter possibilitado realizar esta etapa na minha vida. Sei que sem Ele nada disso existiria e tudo que venho conquistando e que irei conquistar foi traçado por ele.

A toda minha família, especialmente a minha mãe Rita. Sem o seu incentivo e renúncias seria difícil chegar até aqui. Quero te dar todo o orgulho possível.

Aos amigos que fiz durante essa trajetória, especialmente a Anahi, Gláucia, Nívia e Angela que sempre estiveram ao meu lado independente do momento. Obrigada pela compreensão e incentivo. Espero que nossa amizade seja eterna.

A minha querida orientadora Alba Rejane Gomes de M. Rodrigues, pela amizade construída e confiança depositada. Obrigada também pelo compromisso, compreensão e dedicação.

Aos professores que compartilharam seus ensinamentos durante toda a jornada acadêmica.

Aos profissionais da Unidade Básica de Saúde São José/PAPS, especialmente a Enfermeira Maria Suelânia e aos Agentes Comunitários de Saúde que me ajudaram na construção deste trabalho.

Aos profissionais do campo de estágio pelo acolhimento e dedicação nos ensinamentos.

A todos que acreditaram na minha capacidade e que de alguma forma contribuíram para esse momento. Obrigada a todos.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

ANDRADE, Heloísa Helena Alves de. **Hábitos de vida e sua influência no controle de Diabetes Mellitus em idosos cadastrados na ESF.** 2014. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande – Cajazeiras – PB, 2014.

RESUMO

As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) são consideradas um sério problema de saúde pública. Dentre essas doenças encontra-se o Diabetes Mellitus (DM), que atinge uma considerável parcela da população mundial. É importante termos o assunto nos cuidados de prevenção e promoção da saúde, afim de diminuir os índices de acometimento da doença e consequentemente suas complicações. No idoso esta patologia vem afetando em grande escala juntamente com outras, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que quase sempre acompanha o diabetes. O presente estudo objetivou investigar os hábitos de vida em idosos cadastrados na ESF e sua influência no controle do DM. É uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo com abordagem quantitativa, realizado com 23 idosos, a partir de um questionário com questões objetivas aplicado pela própria pesquisadora. Os resultados mostraram que a faixa etária predominante foi de 60 a 69 anos são mais acometidas pelo DM, do sexo feminino, casados, de baixa escolaridade, aposentados e com renda de até dois salários mínimo. A maioria dos entrevistados relatou casos de hipertensão e diabetes na família. De acordo com os fatores de risco, grande parte praticam exercício físico, costumam ter uma alimentação balanceada com frutas e verduras excluindo do seu cardápio alimentos ricos em açúcar e gordura. Além disso todos afirmaram a não ingestão de álcool e tabaco e a utilização diária de medicamentos para o controle da patologia. Diante dos achados acredita-se ter contribuído para um melhor entendimento da doença assim como relatar as melhores maneiras de conviver com o DM e acima de tudo saber controlá-la.

Palavras-chave: Idoso. Diabetes Mellitus.

ANDRADE, H. H. A. **Habits of life and its influence on the control of diabetes mellitus in the elderly in registered FHS.** In 2014. Monograph (Undergraduate Nursing) - Federal University of Campina Grande - Cajazeiras - PB, 2014.

ABSTRACT

Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs) are considered a serious public health problem. Among these diseases is diabetes mellitus (DM), which reaches a considerable portion of the world population. Determining it is important in preventive care and health promotion in order to reduce the rates of onset of disease and consequently its complications. In the elderly this disease is affecting large scale along with others, Hypertension (HBP) that often accompanies diabetes. The present study aimed to investigate the habits of life of elderly enrolled in the FHS and its influence on the control of DM. It is an exploratory and descriptive study with a quantitative approach, conducted with 23 subjects, from a questionnaire with objective questions used by the researcher. The results showed that the predominant age group was 60-69 years are most affected by DM, female, married, with low education, and retirees with incomes of up to two minimum wages. Most respondents reported cases of hypertension and diabetes in the family. According to the risk factors, most do exercise, tend to have a balanced diet with fruits and vegetables excluding from its menu rich in sugar and fat. Also not all reported intake of alcohol and tobacco and the daily use of medications to control the condition. Given the findings are believed to have contributed to a better understanding of the disease as well as report the best ways to live with the DM and above all learn to control it.

Keywords: Elderly. Diabetes Mellitus.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|--------|--|
| DCNT | Doença Crônica Não-Transmissível |
| DM | Diabetes Mellitus |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| PNSPI | Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| SABE | Saúde, Bem-estar e Envelhecimento |
| ISA-SP | Instituto Socioambiental |
| INCA | Instituto Nacional do Câncer |
| SBEM | Sociedade Brasileira de Endocrinologia E Metabologia |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1- Distribuição dos idosos diabéticos entrevistados de acordo com a faixa etária, gênero, estado civil, ocupação, escolaridade e renda mensal..... | 23 |
|--|----|

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1: Distribuição de idosos diabéticos entrevistados de acordo com o histórico familiar..... | 27 |
| Gráfico 2: Distribuição de idosos diabéticos entrevistados de acordo com a prática de atividade física..... | 29 |
| Gráfico 3: Distribuição de idosos diabéticos entrevistados de acordo com o consumo de frutas, verduras e legumes..... | 30 |
| Gráfico 4: Distribuição de idosos diabéticos entrevistados de acordo com o consumo de massas, frituras, comidas salgadas, gordurosas e refrigerante..... | 32 |
| Gráfico 5: Distribuição de idosos diabéticos entrevistados de acordo com o consumo de carne vermelha e carne branca..... | 33 |
| Gráfico 6: Distribuição de idosos diabéticos entrevistados de acordo com a ingestão de álcool..... | 34 |
| Gráfico 7: Distribuição de idosos diabéticos entrevistados de acordo com o consumo do tabaco..... | 35 |
| Gráfico 8: Distribuição de idosos diabéticos entrevistados de acordo com a utilização de medicamento(s) para controle da patologia..... | 36 |
| Gráfico 9: Distribuição de idosos diabéticos entrevistados de acordo com a frequência ao médico..... | 37 |
| Gráfico 10: Distribuição de idosos diabéticos entrevistados de acordo com a realização de exames..... | 38 |
| Gráfico 11: Distribuição de idosos diabéticos entrevistados de acordo com a frequência em adoecer..... | 39 |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 16 |
| 2.1 Aspectos gerais do envelhecimento | 16 |
| 2.2 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa | 16 |
| 2.3 Diabetes Mellitus | 17 |
| 2.4 Hábitos e qualidade de vida | 19 |
| 3 METODOLOGIA | 21 |
| 3.1 Tipo de estudo | 21 |
| 3.2 Local da pesquisa | 21 |
| 3.3 População e amostra | 21 |
| 3.4 Técnica e instrumento de coleta de dados | 22 |
| 3.5 Procedimento de coleta de dados | 22 |
| 3.6 Procedimento de análise de dados | 22 |
| 3.7 Posicionamento ético | 22 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 23 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 40 |
| 6 REFERÊNCIAS | 41 |
| ANEXOS | |
| ANEXO A – Certidão de aprovação do CEP | |
| ANEXO B – Ofício de autorização da coordenadora da ESF | |
| APÊNDICES | |
| APÊNDICE A - Termo de Compromisso do pesquisador responsável | |
| APÊNDICE B - Termo de Compromisso do pesquisador participante | |
| APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | |
| APÊNDICE D - Instrumento de coleta de dados | |

1 INTRODUÇÃO

No Brasil a população idosa está crescendo de forma acelerada. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2013) até o final deste ano o número deve passar de 14,9 milhões de habitantes acima de 65 anos e estima-se que esse valor praticamente quadruple em 2060, podendo chegar a 58,4 milhões. A expectativa de vida também deve aumentar de 75 para 81 anos. Esse crescimento acelerado vem em consequência da diminuição na taxa de fecundidade como também a taxa de mortalidade infantil e esse aumento significativo da expectativa de vida. O efeito combinado da redução dos níveis da fecundidade e da mortalidade no Brasil tem produzido transformações no padrão etário da população, sobretudo a partir de meados dos anos de 1980. (BRASIL, 2010).

O envelhecimento é um processo fisiológico de todo ser humano. Pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade. (BRASIL, 2006).

Há sempre a necessidade de identificar as mudanças que irão ocorrer com a pessoa que está chegando na fase idosa, muitos não compreendem os verdadeiros sinais da senilidade e acabam submetendo os idosos a processos medicamentosos sem que haja realmente uma causa específica e aqueles que devem ser realmente submetidos a tratamentos acabam que prolongando doenças silenciosas, que precisam o mais rápido possível de um acompanhamento, e que futuramente são detectadas na sua forma mais avançada.

Com o envelhecimento vem surgindo algumas doenças, na maioria das vezes crônicas-degenerativas, que comprometem bastante a saúde do idoso. Existem também doenças consideradas crônicas e que não apresentam sinais como a hipertensão e a diabetes e que geralmente só serão reveladas quando o paciente apresenta algum sintoma relevante atentando neste momento para os cuidados necessários. Uma das principais doenças que acometem idosos e até mesmo pessoas mais jovens é o Diabetes Mellitus.

Diabetes Mellitus (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos. O número de indivíduos diabéticos está aumentando devido ao crescimento e ao envelhecimento populacional, à maior urbanização, à crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como à maior

sobrevida de pacientes com DM. (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009). Alguns estudiosos preveem que em 2025, o Brasil permanecerá entre os 10 países no mundo com maior número de casos de DM. (DIAS; CAMPOS, 2008).

Está sendo reconhecido como um importante problema de saúde pública, principalmente em países em desenvolvimento. (DIAS; CAMPOS, 2008). Além de ser causa de internações, acarreta complicações irreversíveis, responsáveis pela diminuição da expectativa de vida. Os pacientes com diabetes apresentam um aumento da incidência de doença cardiovascular aterosclerótica arterial periférica e doença vascular cerebral. Hipertensão e anormalidades do metabolismo de lipoproteínas são frequentemente encontrados em pessoas com diabetes. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA), 2011).

Existem fatores de risco para o diabetes simples de serem resolvidos. O sedentarismo, por exemplo, é um fator que contribui para obesidade, diabetes, dores reumáticas e doenças cardíacas. (BRASIL, 2010). É preciso que o idoso reserve um tempo para a prática de exercícios físicos, diminuindo o risco de complicações. Outro fator importante é a alimentação saudável, que torna-se indispensável para o idoso devendo ser uma dieta controlada com relação as calorias, devido à diminuição do metabolismo e a não prática de atividades físicas. Um estilo de vida que combina a alimentação equilibrada e atividade física regular contribui para aumentar a expectativa de vida do idoso e, principalmente, uma vida mais saudável.

Quando diagnosticado com Diabetes, o paciente deve ser submetido o quanto antes ao tratamento, procurando seguir todas as orientações médicas para a prevenção de complicações e horário correto de medicações. O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia. (BRASIL, 2006).

A promoção e prevenção da saúde são fatores extremamente importantes na fase de envelhecimento. De acordo com a Carta de Ottawa (1986), na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, promoção da saúde é quando a comunidade está apta a cuidar da própria saúde conseguindo a sua qualidade de vida. É um quesito que todos estão envolvidos (Estado, indivíduos, sistema de saúde) e necessita de apoio e organização para que o índice de doenças seja diminuído e assim todos possam viver realmente com qualidade.

A partir do que foi ressaltado é de extrema importância essa atenção integral ao idoso, evitando que ocorram prejuízos a sua saúde. Mudanças do estilo de vida são essenciais nessa fase, já que nesta o idoso está mais suscetível a doenças. Partindo deste pressuposto questiona-se: Como serão os hábitos de vida destes idosos? Será que eles conseguem manter uma dieta saudável que possa contribuir no controle de sua patologia?

O interesse pelo tema surgiu durante as aulas da disciplina de Saúde do Idoso, na qual percebi a importância em retratar a saúde da pessoa idosa e a relevância deste para a saúde pública. O estágio em Unidade Básica de Saúde despertou ainda mais esse interesse de pesquisar a temática para observar se os idosos diabéticos que tem hábitos de vida saudáveis podem controlar melhor sua patologia, melhorando assim sua qualidade de vida. O presente estudo teve como objetivo investigar os hábitos de vida em idosos cadastrados na ESF e sua influência no controle do Diabetes Mellitus. Acreditamos que esta proposta tornar-se-á relevante para futuros profissionais de saúde, acadêmicos de enfermagem, pesquisa, extensão, como subsídio de informação para melhoria desta condição, justificando assim a escolha pela temática proposta.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ASPECTOS GERAIS DO ENVELHECIMENTO

É considerado idoso a pessoa que apresenta idade igual ou superior a 60 anos. Envelhecer é um processo natural que ocorre desde o nascimento até a morte, e que é caracterizado por uma série de alterações inerentes ao processo natural de envelhecimento. (BRASIL, 2007).

O Brasil caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica, onde as doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque. O incremento das doenças crônicas implicará a necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender as crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social. (MENDES, 2011). Grande parte dos idosos apresentam doenças crônicas que geralmente estão associadas a limitações de atividades e até mesmo a participações na sociedade.

A maioria das doenças crônicas dos idosos tem seu principal fator de risco na própria idade. No entanto, esta longevidade não impede que o idoso possa conduzir sua própria vida de forma autônoma e decidir sobre seus interesses. Esse idoso, que mantém sua independência e autodeterminação – capacidade de o indivíduo poder exercer sua autonomia – deve ser considerado um idoso saudável, ainda que apresente uma ou mais doenças crônicas. (VERAS, 2009).

Os problemas de saúde tendem a se agravar com o avanço da idade e os hábitos saudáveis são indispensáveis para o controle dessas doenças. O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. (BRASIL, 2007).

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. (BRASIL, 2007). Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa-PNSPI (Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006) tem como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2010).

2.3 DIABETES MELLITUS

As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) como as cardiovasculares, o câncer, o diabetes, a cirrose hepática, as pulmonares obstrutivas crônicas e os transtornos mentais constituem-se em importantes problemas de saúde pública. (BRASIL, 2001).

As DCNT são o resultado de “estilos de vida” não-saudáveis. Acredita-se que os indivíduos desenvolvem uma DCNT em consequência de um “estilo de vida” desregrado; no entanto, a responsabilidade individual só pode ter efeito total em situações nas quais os indivíduos tenham acesso igual a uma vida saudável, e recebam apoio para tomar decisões saudáveis. Fatores de risco comuns e modificáveis estão na base das principais doenças crônicas. Esses fatores de risco explicam a grande maioria dos óbitos causados por doenças crônicas em todas as idades, em ambos os sexos, em todas as partes do mundo. (Organização Mundial da Saúde - OMS, 2005).

Entre essas doenças, o Diabetes Mellitus tem se destacado como uma das mais relevantes, que acomete uma grande parte da população. Entende-se que o DM é uma doença comum e de incidência crescente que aumenta com a idade. Apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. (BRASIL, 2006).

A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Um levantamento feito pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2011 apontou, que o DM aumenta de acordo com a idade da população: 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença, um índice bem maior do que entre as pessoas na faixa etária entre 18 e 24 anos, em que apenas 0,6% são pessoas com diabetes. É estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. (BRASIL, 2013).

O DM e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda,

mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise. (ROSA, 2008; SCHMIDT; DUNCAN; STEVENS et al., 2009; SCHMIDT et al., 2011). A prevalência de hipertensão em diabéticos é pelo menos duas vezes maior do que em não diabéticos, e adultos diabéticos que chegam aos 65 anos sem HAS têm aproximadamente 90% de chance de se tornarem hipertensos.

O DM é classificado em: DM tipo 1, DM tipo 2 e DM Gestacional. 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%. Além desses tipos, o diabetes gestacional também merece destaque, devido a seu impacto na saúde da gestante e do feto. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010). Outros tipos específicos de diabetes são mais raros e podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao DM.

A apresentação do diabetes tipo 1 é em geral abrupta, acometendo principalmente crianças e adolescentes sem excesso de peso. Na maioria dos casos, a hiperglicemia é acentuada, evoluindo rapidamente para cetoacidose, especialmente na presença de infecção ou outra forma de estresse. Assim, o traço clínico que mais define o tipo 1 é a tendência à hiperglicemia grave e cetoacidose. O DM tipo 2 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 DM tipo 2. No entanto, com a epidemia de obesidade atingindo crianças, observa-se um aumento na incidência de diabetes em jovens, até mesmo em crianças e adolescentes. (BRASIL, 2013).

Diabetes gestacional é um estado de hiperglicemia, menos severo que o diabetes tipo 1 e 2, detectado pela primeira vez na gravidez. Geralmente se resolve no período pós-parto e pode frequentemente retornar anos depois. Hiperglicemias detectadas na gestação que alcançam o critério de diabetes para adultos, em geral, são classificadas como diabetes na gravidez, independentemente do período gestacional e da sua resolução ou não após o parto. Sua detecção deve ser iniciada na primeira consulta de pré-natal (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

Os sinais e sintomas característicos que levantam a suspeita de diabetes são os “quatro P’s”: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso. Embora possam estar presentes no DM tipo 2, esses sinais são mais agudos no tipo 1, podendo progredir para cetose, desidratação e acidose metabólica, especialmente na presença de estresse agudo. Sintomas mais vagos também podem estar presentes, como prurido, visão turva e fadiga. No

DM tipo 2, o início é insidioso e muitas vezes a pessoa não apresenta sintomas. Não infreqüentemente, a suspeita da doença é feita pela presença de uma complicação tardia, como proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica, doença arteriosclerótica ou então por infecções de repetição. (BRASIL, 2013).

O principal fator de risco associado ao diabetes está a obesidade que vem em decorrência do sedentarismo. As mudanças na qualidade e quantidade de alimentos, associado a não prática de atividade física, pode ser apontada como causa principal para prevalência da doença. A OMS prevê para 2015 que aproximadamente 2,3 bilhões de adultos terão sobrepeso e mais de 700 milhões serão obesos. (BRASIL, 2011 apud WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

O padrão alimentar da população urbana brasileira sofreu modificações expressivas, com aumento no consumo de proteínas de origem animal, e lipídios de origem animal e vegetal, e redução no consumo de cereais, leguminosas, raízes e tubérculos, o que associado a fatores como hereditariedade, obesidade e inatividade física tem contribuído para a elevação na prevalência da hipertensão e do diabetes. (MARTINS et al., 2010).

Em idosos, a avaliação do estado nutricional torna-se complexa devido à maior heterogeneidade desta faixa etária em relação a outras, como também, seu valor preditivo não está somente associado a características biológicas da idade e doenças, mas com hábitos ao longo da vida (fumo, dieta, atividade física) e fatores sócio-econômicos. (TAVARES, 1999; NETO et al., 2008 apud World Health Organization, 1995).

A identificação do perfil do paciente com DM no Brasil é um dos passos iniciais para o direcionamento das ações em saúde com o objetivo de diminuir o risco de complicações e o consequente impacto financeiro da doença aos cofres públicos (GOMES et al., 2006).

2.4 HÁBITOS E QUALIDADE DE VIDA

O conceito de estilo de vida passou a ser adotado para explicar a ocorrência de agravos à saúde, nos quais o modo de vida do sujeito tem um papel importante. É compreendido como um modo de viver que conduz à maneira de ser do sujeito, aos hábitos e suas expressões. A forma de vida da pessoa varia de acordo com o grupo social e cultural em que a mesma se encontra inserida. (TEIXEIRA et al., 2006).

A abordagem relacionada a adoção de uma alimentação saudável e a prática de atividade física torna-se imprescindível, tendo em vista que as evidências científicas demonstram que fatores ligados a alimentação e a inatividade física estão envolvidos com o desenvolvimento de diversas doenças. De acordo com a Organização Mundial da Saúde

(OMS), o consumo insuficiente de frutas e hortaliças é responsável por 2,7 milhões de mortes e por 31% das doenças isquêmicas do coração, 11% das doenças cerebrovasculares e 19% dos cânceres gastrointestinais ocorridos em todo o mundo, anualmente. (BRASIL, 2011).

A educação em saúde é um dos meios mais eficazes para o tratamento de doenças crônicas degenerativas e para a prevenção de suas complicações. A educação nutricional aumenta a compreensão que o paciente tem da doença e o capacita para conduzir melhor seu tratamento. (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

Um dos meios mais eficazes para melhorar qualidade de vida dos diabéticos é o tratamento dietético, sendo os hábitos alimentares inadequados e as condições socioeconômicas e culturais os maiores motivos de falta de cumprimento da dieta, que devem ser levados em consideração ao realizar o planejamento dietético, para isso é importante sua motivação uma vez que a nutrição é um dos componentes primordiais para indivíduos com DM. (BRITO; BUZO; SALADO, 2009 apud PIENIZ et al., 2007).

O maior desafio para os profissionais de saúde frente às pessoas com diabetes consiste em ensiná-las a como conviver e manejar a doença diante das situações que se apresentam no dia a dia. Isso significa educar para que as mudanças comportamentais aconteçam e se mantenham ao longo da maior parte da trajetória da doença e da vida. (RAMOS, 2012 apud GROSSI, 2009).

A educação em diabetes implica em capacitar os portadores dessa doença a problematizar sobre sua condição, desencorajando a acomodação e estimulando sempre a opção, visando à mudança de uma realidade passível de ser mudada por eles. Isso representa um grande desafio em se tratando de pacientes idosos, tendo em vista que os aspectos fisiológicos inerentes a velhice podem influenciar na motivação e na habilidade do aprendizado para o manejo da doença. (GROSSI, 2009).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa. A pesquisa exploratória tem como finalidade proporcionar mais informações sobre o assunto que vamos investigar, possibilitando sua definição e seu delineamento, isto é, facilitar a delimitação do tema da pesquisa. O estudo descritivo é quando o pesquisador apenas registra e descreve os fatos sem interferir neles. Visa descrever as características de determinada população. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento. (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Na abordagem quantitativa considera o que pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas. (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado na cidade de Cajazeiras-PB, cidade do alto sertão paraibano, que se encontra a 477 km da capital – João Pessoa-PB, ocupa uma área de 565,9 km². Segundo os dados do censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cidade apresenta uma população de 58.446 habitantes, sendo 30.508 mulheres e 27.938 homens. Deste quantitativo, 7.539 são idosos, distribuídos em 4.318 mulheres e 3.221 homens. Para o ano de 2013 a população total estimada é de 60.612 habitantes.

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde São José/PAPS, que tem a parceria da Universidade Federal de Campina Grande. A UBS funciona em dois horários (matutino e vespertino), está localizada nas proximidades da universidade e atende a uma demanda satisfatória de usuários do SUS.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da referida pesquisa foram idosos cadastrados na UBS São José/PAPS, localizada na cidade de Cajazeiras-PB, perfazendo um total de 470 idosos. A amostra constitui-se de 23 idosos, na qual foi escolhida partindo da ajuda dos agentes comunitários de saúde que dispuseram da relação de idosos que estavam aptos a responderem ao questionário, e inclusos nos critérios de inclusão: pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus, idade igual ou superior a 60 anos, que aceitasse participar assinando o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido. E os critérios de exclusão: não fossem cadastrados e se negassem a assinar o TCLE (APÊNDICE C).

3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como instrumento de coleta de dados foi aplicado um questionário semiestruturado (APÊNDICE D) com questões objetivas e como técnica de coleta a entrevista pela própria pesquisadora. O questionário era composto por dados sociodemográficos: faixa etária, gênero, estado civil, escolaridade, ocupação e renda mensal; e dados referentes ao objeto de estudo: histórico familiar, fatores de risco e cuidados com a saúde.

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta foi realizada na Unidade de Saúde com os participantes em horário agendado após contato prévio. Os dados foram coletados após exposição aos participantes dos objetivos do estudo após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética. O tempo utilizado para aplicação do instrumento foi de 10 minutos para cada entrevista.

3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram tabulados e analisados estatisticamente, através da estatística simples e representados através de gráficos e tabelas utilizando o Microsoft Excel 2013 e discutidos a luz da literatura pertinente.

3.7 POSICIONAMENTO ÉTICO

A pesquisa é regimentada pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre os princípios éticos de privacidade, sigilo e confidencialidade das informações, garantindo o anonimato dos participantes, podendo o participante desistir a qualquer momento do estudo sem nenhum constrangimento para o mesmo (BRASIL, 2012)

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

De acordo com a ficha de coleta de dados aplicada aos idosos cadastrados na Unidade Básica de Saúde São José/PAPS foram entrevistadas 23 pessoas. A seguir serão apresentados os resultados da pesquisa sócio demográfico levantado através de questionário semiestruturado de questões objetivas, aplicado pelo pesquisador.

Tabela 1- Distribuição dos idosos diabéticos entrevistados de acordo com a faixa etária, gênero, estado civil, ocupação, escolaridade e renda mensal da cidade de Cajazeiras-PB.

| VARIÁVEIS | <i>f</i> | % |
|------------------------|-----------|-------------|
| FAIXA ETÁRIA | | |
| 60-69 anos | 16 | 69 |
| 70-79 anos | 2 | 9 |
| 80 ou mais | 5 | 22 |
| Total | 23 | 100% |
| GÊNERO | | |
| Feminino | 17 | 74 |
| Masculino | 6 | 26 |
| Total | 23 | 100% |
| ESTADO CIVIL | | |
| Casado | 15 | 65 |
| Solteiro | 2 | 9 |
| Outros | 6 | 26 |
| Total | 23 | 100% |
| ESCOLARIDADE | | |
| Não alfabetizado | 8 | 35 |
| Fundamental incompleto | 11 | 48 |
| Médio completo | 3 | 13 |
| Superior incompleto | 1 | 4 |
| Total | 23 | 100% |
| OCUPAÇÃO | | |
| Sim | 4 | 17 |
| Não | 5 | 22 |
| Aposentado | 14 | 61 |
| Total | 23 | 100% |

| RENDA | | |
|-------------------------------|-----------|-------------|
| Até um salário mínimo | 3 | 13 |
| De um a dois salários mínimos | 20 | 87 |
| Total | 23 | 100% |

*Valor do salário mínimo atual: R\$ 760,00. Fonte: Dados da pesquisa/2014

De acordo com a faixa etária dos entrevistados a predominância foi de 60-69 anos com 69% (16), seguida da faixa etária de 80 anos ou mais com 22% (5).

A alta prevalência de DM na população idosa indica que o processo de envelhecimento atua intensificando a manifestação dessa síndrome. Isso pode ser explicado pelo aumento da resistência à insulina com o envelhecimento por meio da diminuição da sinalização da insulina. (SILVA et al., 2012). Outro fator que também interfere é o sobrepeso e obesidade na população idosa, visto que o estudo realizado por Ferreira e Ferreira (2009) apontou que 60% dos idosos avaliados apresentaram excesso de peso (sobrepeso e obesidade). De acordo com a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel, 2007), a ocorrência média de diabetes no Brasil na população adulta (acima de 18 anos) é de 5,2%, mas a prevalência do diabetes atinge 8,6% da população com idade superior a 65 anos. Em 2008, a prevalência observada entre idosos na mesma faixa etária foi de 20,7%.

Para o grupo de pessoas que situam-se entre 80 anos ou mais, requer um maior planejamento assistencial para esse público, não só para o presente, mas também para um futuro próximo, dado o crescimento dessa parcela da população.

Quanto ao gênero, dos 23 idosos entrevistados, 74% (17) eram do sexo feminino e 26% (6) do sexo masculino. Tavares et al. (2008), relatam que apesar dos percentuais serem em sua maioria do sexo feminino, esse resultado pode estar mascarado pelo fato das mulheres se cuidarem mais e comparecerem em maior número as consultas médicas. A procura das mulheres por assistência à saúde, de forma sistemática e contínua ao longo da vida, tem sido sugerida como um dos fatores explicativos da maior longevidade feminina e responsável pela predominância das mulheres nos serviços de saúde. (MARQUES et al., 2005).

Esse fenômeno também pode ser explicado pelo maior acometimento dos homens pelas doenças letais, como as doenças isquêmicas do coração. Já entre as mulheres, há maior incidência de doenças não letais, porém incapacitantes e crônicas, como artrite e hipertensão. Ademais, entre idosos com 65 anos e mais, as principais causas de morte são, respectivamente, doenças cardíacas, o câncer e as doenças cerebrovasculares. (JÚNIOR et al.,

2013). Adicionalmente, é razoável supor que as coortes de mulheres idosas, na sua socialização de gênero, não foram treinadas para atividades físicas que, praticadas ao longo da vida, contribuem para menor incidência de doenças crônicas, como o diabetes. (VIEGAS-PEREIRA; RODRIGUES; MACHADO, 2008).

Tem-se vivenciado a feminilização no envelhecimento, especialmente nas faixas etárias mais velhas. Este fato deverá incitar a discussão e reflexão para a concretização de ações em saúde e sociais.

Tratando-se da situação conjugal dos entrevistados, é visto que 65% (15) são casados, seguido de Outros 26% (6).

A maioria dos idosos entrevistados moram com companheiro e possui filhos vivos, fato este que suscita a possibilidade do envolvimento familiar no acompanhamento do diabetes. Como, por exemplo, a capacidade de reconhecer sinais de hipoglicemia, hiperglicemia e prestar atendimento; contribuir no tratamento medicamentoso, caso o idoso apresente dificuldade visual ou faça uso de insulina e não queira auto aplicar; incentivar o idoso a falar sobre seus sentimentos desagradáveis ou não, em relação à doença e suas complicações. Por outro lado, o profissional de saúde deve estimular o apoio informal ao idoso, identificando familiares, assim como os problemas que dificultam a aderência ao tratamento. (TAVARES; RODRIGUES, 2008).

A associação estaticamente significativa entre situação conjugal e diabetes auto referido sugere que viver em companhia de um cônjuge pode favorecer o acesso e o uso de serviços de saúde, implicando em maior número de diagnósticos da doença e, conseqüentemente, numa maior prevalência auto referida. (BELON et al., 2002).

Quanto ao grau de escolaridade da população, verifica-se que a maioria dos entrevistados não concluíram o ensino fundamental, encontrando-se com 48% (11), seguido dos não alfabetizados com 35% (8).

Barbui e Cocco (2002) acreditam ser interessantes saber o grau de escolaridade para planejar a ação de forma correta e facilitar a compreensão do paciente. Coelho e Silva (2006) relatam que o nível de conhecimento tem papel importante no modo de tratar a doença e interfere no autocuidado do indivíduo. Alberte (2004) lembra ainda que pacientes mal informados tendem a negar a doença e tem muitos medos, ou seja, a ignorância contribui para uma infinidade de mitos e preconceitos que só tendem a agravar o caso.

Um estudo realizado no Município de São Paulo, parte do projeto Inquéritos de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), identificou uma menor prevalência de diabéticos entre os idosos com maior escolaridade. Uma outra pesquisa realizada no Rio de Janeiro revelou que

entre os indivíduos com baixa escolaridade a atividade física é menor e o sedentarismo é um dos fatores de risco responsáveis pelo aumento do diabetes; esta associação pode também justificar a maior prevalência de diabetes entre pessoas com menos escolaridade.

A baixa escolaridade entre os diabéticos é um dos fatores importantes na implementação de educação em diabetes. Isso faz sentido na medida em que entendemos que a pouca escolaridade pode dificultar a aquisição de conhecimento, das orientações terapêuticas no cuidado com a doença, e na aquisição de novos hábitos de vida. (SILVA; CARVALHO, 2010).

Segundo Telarolli Júnior et al. (2005), a escolaridade é um importante indicador de caracterização socioeconômica, relacionando-se às possibilidades de acesso à renda, à utilização dos serviços de saúde e adesão aos programas educacionais e sanitários.

Relacionado a ocupação dos idosos, verifica-se que 61% (14) são aposentados, 22% (5) não possui ocupação e 17% (4) ainda se encontram em alguma profissão.

O fato de o idoso ter que viver com renda menor pode afetar sua autoestima. Além disso, o pequeno poder aquisitivo pode acarretar menor autonomia à pessoa idosa. (FIEDLER, 2008).

A renda mensal de cada pessoa entrevistada, verificou que 87% (20) recebe até dois salários mínimos e apenas 13% (3) tem sua renda de apenas um salário mínimo.

Na maioria dos casos, os custos financeiros relacionados ao uso de medidor glicêmico e das fitas de leitura visual recaem sobre as pessoas com diabetes mellitus, que são somados aos outros inúmeros gastos relacionados à aquisição de alimentos diets e ligths, frutas e legumes, considerados como alimentos ideais à mesa e ao controle glicêmico. Pouco se tem discutido acerca das inúmeras dificuldades encontradas por essas pessoas, particularmente as pertencentes às camadas populares, no controle da sua saúde. (FARIA, 2007),

Determinado estudo revelou que os idosos com melhor nível socioeconômico (renda e escolaridade) apresentaram prevalência de caminhar superior à observada em idosos com menor condição econômica e, portanto, que os mais pobres tinham menos conhecimento sobre os benefícios de se fazer exercício e mais dificuldade para adquirir hábitos mais saudáveis em face ao contexto social em que vivem. (SILVA; CARVALHO, 2010).

O baixo nível socioeconômico e cultural é um fator que às vezes dificulta o tratamento, indicando assim a necessidade de ampliar os conceitos ligados ao social, econômico, cultural e o processo saúde-doença.

4.2 DADOS REFERENTES AO OBJETO DE ESTUDO

Os dados referentes ao objeto de estudo inclui o histórico familiar, fatores de risco e cuidados com a saúde.

4.2.1 HISTÓRICO FAMILIAR

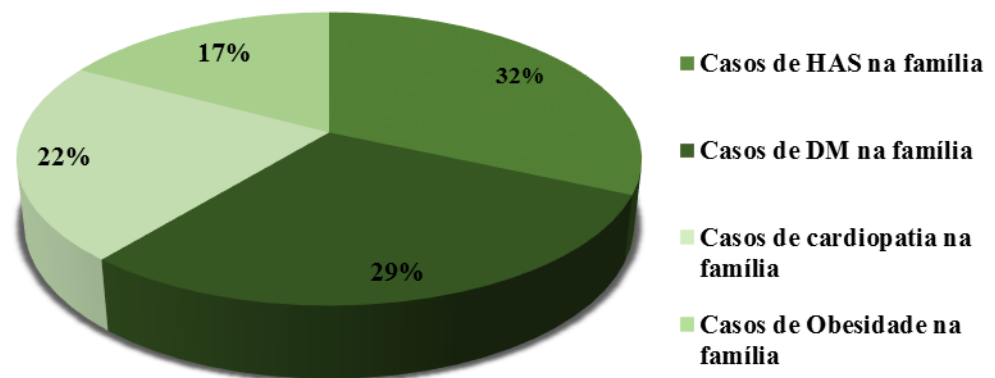


Gráfico 1: Distribuição de idosos diabéticos entrevistados de acordo com o histórico familiar. Fonte: Dados da pesquisa/2014.

No gráfico 1 verifica-se que 32% (13) dos entrevistados relatam ter casos de Hipertensão Arterial na família, 29% (12) relataram casos de Diabetes Mellitus, 22% (14) relataram casos de cardiopatia e 17% (7) casos de obesidade.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica. (BRASIL, 2007). A prevalência de hipertensão em diabéticos é pelo menos duas vezes maior do que na população em geral. A relação da hipertensão com a diabetes é diferente com o seu tipo. Na diabetes tipo 2, a hipertensão está frequentemente associada à síndrome metabólica. No momento de aparecimento da diabetes muitos dos diabéticos (39%) já são hipertensos. Na diabetes tipo 1, a incidência de hipertensão sobe de 5% aos 10 anos, para 33% aos 20 anos, e 70% aos 40 anos. (CARVALHO, 2011).

Como visto, a HAS além de ser um fator hereditário é também um fator de risco relevante para o DM, e o mais importante é a prevenção.

Ainda de acordo com a representação no gráfico 1 é observado que 29% (12) relatam ter casos de diabéticos na família.

É sabido que fatores genéticos estão envolvidos no desenvolvimento de DM. A probabilidade de um indivíduo com histórico familiar de diabetes apresentar tal enfermidade é de 5 a 10 vezes maior em relação à população geral. (REIS; VELHO, 2002). Diante disso torna ainda mais necessário o controle dos níveis glicêmicos através por exemplo de uma alimentação equilibrada e outros fatores que contribuem, salientando também a importância de considerar a história familiar como indicador precoce de enfermidades crônicas na população.

Relacionado com histórico de cardiopatia, verifica-se no gráfico 1 que 22% (9) dos entrevistados relataram casos na família.

Como já foi citado, o diabetes influencia muito no risco do desenvolvimento de doenças cardíacas. Pessoas com diabetes têm um risco aumentado em desenvolver problemas cardiovasculares devido aos níveis de glicose que ficam alterados, principalmente se estiverem além dos padrões normais. Uma das principais que pode acometer é a doença aterosclerótica, que consiste na formação de placas de lipídio e tecido fibroso na parede das veias e artérias causando obstrução e impedindo a passagem do sangue. Outra doença mais frequente é a insuficiência cardíaca, na qual os diabéticos tem quatro vezes mais chance de desenvolvê-la.

O correto controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, associado à normalização dos valores de colesterol, o combate ao etilismo, tabagismo, obesidade e demais fatores de risco cardiovasculares em muito contribuem para a diminuição do aparecimento dessas doenças. Nos pacientes com uma desordem cardiovascular reconhecida, como infarto do miocárdio e hipertensão arterial sistêmica, devemos ficar atentos para os menores sintomas que indiquem uma disfunção, assim podendo diminuir a morbimortalidade destes pacientes. (FILHO et al., 2003).

Observa-se também no gráfico 1 que 17% (7) dos idosos relataram histórico de obesidade.

O controle de peso corporal na redução dos riscos relacionados ao DM, é de grande importância. O risco de comorbidades associadas ao excesso de tecido adiposo aumenta com o ganho ponderal. Em razão dos efeitos da obesidade na resistência à insulina, a perda de peso é importante objetivo terapêutico para indivíduos com risco de desenvolver DM. O componente dietético desempenha importante papel para o desenvolvimento da obesidade, devendo-se considerar os macro nutrientes e micronutrientes do plano alimentar, além de

energia, como fatores de aumento de risco para o desenvolvimento da obesidade. Atenção especial deve-se dar às gorduras, envolvidas no balanço energético da dieta e na alteração do perfil lipídico, quando consumidas de forma balanceada. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD, 2009).

A importância de se encorajar hábitos alimentares saudáveis e aumento da atividade física, tanto individual como coletivamente, é indiscutível. Porém, a multiplicidade de problemas dos sistemas de saúde faz com que, na maioria das vezes, políticas voltadas para a prevenção sejam pouco valorizadas. Ainda, pensando no Brasil, sua dimensão continental é uma questão importante quando se fala em implementar programas de saúde abrangentes para DCNT. O desafio é enfrentar os obstáculos e propor estratégias para impedir o crescimento dessas doenças. (DIAS; CAMPOS, 2008).

De acordo com Gil et al. (2008) para um portador de DM, o conhecimento sobre sua doença é imprescindível na prevenção de complicações, no autocuidado e na manutenção do controle metabólico.

4.2.2 FATORES DE RISCO

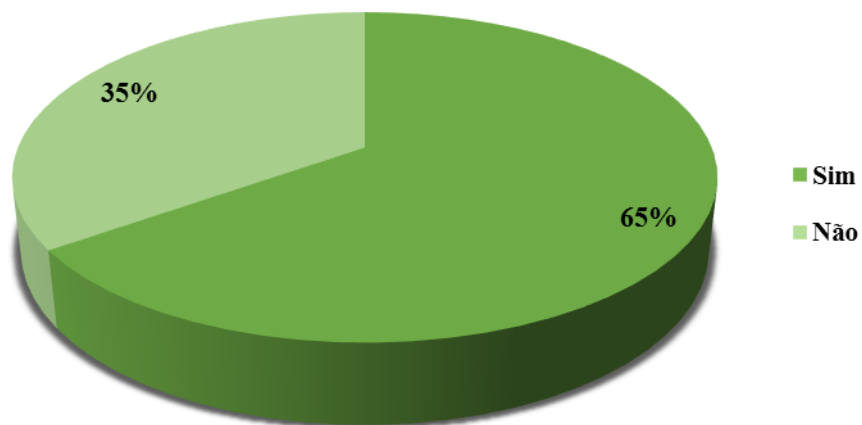


Gráfico 2: Distribuição de idosos diabéticos entrevistados de acordo com a prática de atividade física. Fonte: Dados da pesquisa/2014.

No gráfico 2 mostra que 65% (15) dos entrevistados praticam algum tipo de atividade física.

A atividade física regular é particularmente importante na manutenção de perda de peso, melhorando também a sensibilidade a insulina, controle da dislipidemia e redução da pressão arterial. (SILVA; CARVALHO, 2010). Em outro estudo, a maioria dos idosos participantes de grupos de convivência foi considerada ativa com relação ao nível de atividade física. (BENEDETTI; MAZO; BORGES, 2012). Sabe-se que o sedentarismo é um dos fatores de risco importante para o desenvolvimento das doenças crônicas, juntamente com a dieta inadequada e o uso do tabaco. (JÚNIOR et al, 2013).

Na revisão bibliográfica realizada por Gobbi, Villar e Zago (2005) qualquer indivíduo que adotar um estilo de vida ativo, abolindo definitivamente o sedentarismo, terá uma diminuição de 40% no risco de morte por doenças cardiovasculares. A prática da atividade física traz vários benefícios, sendo alguns deles: redução no risco de morte por doenças cardiovasculares; melhora do controle da pressão arterial; manutenção da densidade mineral óssea, com ossos e articulações mais saudáveis; melhora da postura e do equilíbrio; melhora do controle do peso corporal; melhora do perfil lipídico; e melhora da utilização da glicose. (JÚNIOR et al, 2013).

Ainda segundo o Ministério da Saúde, “[...] saúde não é apenas uma questão de assistência médica e de acesso a medicamentos”. Promover “estilos de vida saudáveis” caracteriza-se como uma ação estratégica. (BRASIL, 2006).

No gráfico 3 evidencia que 91% (21) dos idosos inclui frutas, verduras e legumes na alimentação.

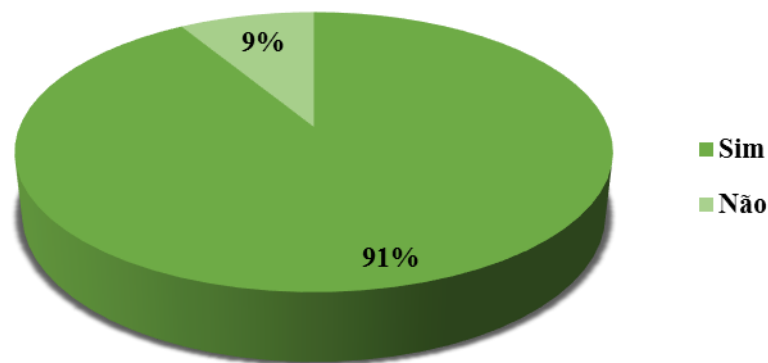


Gráfico 3: Distribuição de idosos diabéticos entrevistados de acordo com o consumo de frutas, verduras e legumes. Fonte: Dados da pesquisa/2014.

Entre os cuidados diários com a saúde que contribuem para um ritmo favorável de envelhecimento está a alimentação saudável. A alimentação da pessoa idosa segue, de

maneira geral, os mesmos princípios de dieta saudável recomendada a todas as pessoas adultas. No entanto, é importante redobrar os cuidados quanto à quantidade e qualidade das calorias consumidas, devido à diminuição do metabolismo e à diminuição da atividade física. (BRASIL, 2009).

A dieta saudável e a atividade física reduzem a incidência de casos de diabetes. O controle de alguns fatores de risco modificáveis como a dieta, perda de peso, restrição ao tabagismo, e prática de atividade física reduz em 88% o risco de desenvolver diabetes em indivíduos com antecedentes familiares. (MENDES et al., 2011). As frutas e hortaliças possuem carboidratos complexos, com fibra natural intacta, que têm distintas vantagens sobre os carboidratos simples, tais como menor índice glicêmico, maior saciedade e propriedades de ligação com o colesterol.³¹ As fibras alimentares, principalmente as solúveis, possuem efeito benéfico, reduzindo os níveis de colesterol total e LDL, e melhorando a tolerância à glicose. Além disso, nas frutas e hortaliças também são encontradas substâncias antioxidantes, como vitamina E, pigmentos carotenoides, vitamina C, flavonoides e outros compostos fenólicos, que têm sido associadas a tais benefícios. (MARTINS et al., 2010).

Vale ressaltar a importância da integração da equipe multiprofissional da ESF no desenvolvimento de atividades interdisciplinares em grupo, além de orientações individuais e familiares relacionadas à reeducação nutricional, assim como o desenvolvimento de estratégias que estimulem a mudança de hábitos alimentares e estilo de vida da população em geral. (COTTA et al., 2009).

Para envelhecer com saúde e qualidade de vida, como também em todas as fases da vida, a alimentação deve ser variada e equilibrada, referenciada pela cultura alimentar, harmônica em quantidade e qualidade, naturalmente colorida e segura do ponto de vista da higiene. É importante estabelecer rotinas saudáveis de vida, mesmo nas idades mais avançadas. (BRASIL, 2009).

O gráfico 4 mostra que 70% (16) não costumam incluir massas, frituras, comidas salgadas, gordurosas e refrigerante na alimentação.

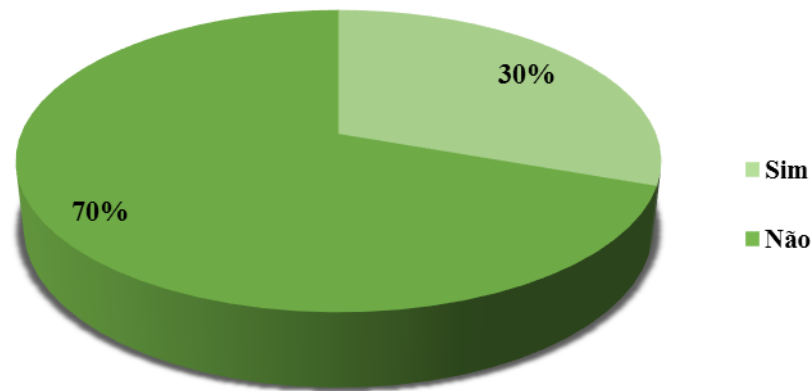


Gráfico 4: Distribuição de idosos diabéticos entrevistados de acordo com o consumo de massas, frituras, comidas salgadas, gordurosas e refrigerante. Fonte: Dados da pesquisa/2014.

Péres et al. (2006) afirma que cumprir uma dieta adequada é essencial no tratamento do DM, porém uma mudança de hábitos nesse sentido não é fácil, uma vez que envolve uma amplitude de emoções e sentimentos, além de valores culturais. Esse processo de mudança de hábitos é um desafio e tanto para o enfermeiro quanto para o paciente. Ambos devem interagir para o desenvolvimento de um regime terapêutico eficaz.

Programas estruturados que enfatizam mudanças no estilo de vida, incluindo educação nutricional, redução de gorduras (menos de 30% da ingestão energética) e ingestão energética, atividade física regular e contato regular com profissionais, pode ocasionar perda de peso em longo prazo em torno de 5% a 7% do peso corporal. Dessa forma, exercícios e modificação comportamental são muito úteis como adjuntos a outras estratégias para perda e manutenção de peso. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD, 2009).

A terapia nutricional desempenha papel preponderante na prevenção do DM, no gerenciamento da doença já existente e na prevenção do desenvolvimento das complicações decorrentes dessa doença crônica. Os objetivos específicos da terapia nutricional são contribuir para normalização da glicemia, reduzir os fatores de risco cardiovasculares, obtenção e/ou manutenção do peso corpóreo saudável, prevenir complicações agudas e crônicas do DM e promover a saúde através de nutrição adequada. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD, 2009).

No gráfico 5 verifica-se que 57% (13) dos idosos inclui mais a carne branca na alimentação.

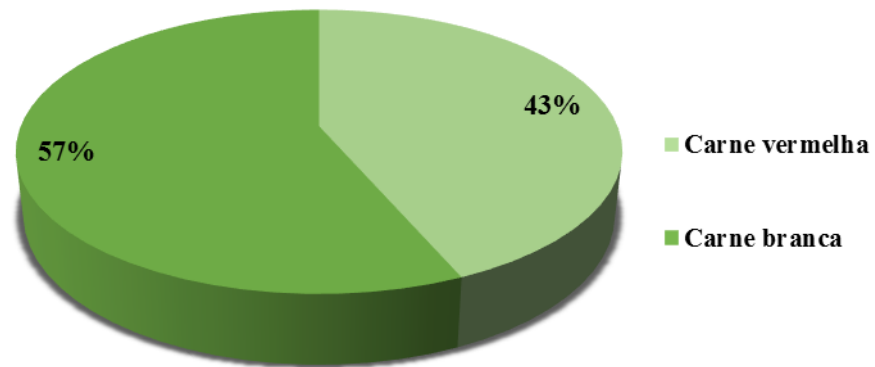


Gráfico 5: Distribuição de idosos diabéticos entrevistados de acordo com o consumo de carne vermelha e carne branca. Fonte: Dados da pesquisa/2014.

Estudo publicado no American Journal of Clinical Nutrition relaciona o consumo de carne vermelha processada - salsichas, hambúrgueres costelas de porco, entre outros - ao diabetes tipo 2. Pesquisadores da Universidade de Harvard analisaram dados de 200 mil homens e mulheres. Eles também fizeram uma avaliação mais ampla, que incluiu dados de outros estudos publicados anteriormente, num total de 442.101 participantes, 28.228 dos quais desenvolveram diabetes tipo 2 durante o período da pesquisa. (TERRA, 2014).

Após o ajuste para fatores de risco que contribuem para a doença, como idade, peso, hábitos de exercício físico, tabagismo, predisposições genéticas e outros fatores dietéticos, os pesquisadores descobriram uma forte associação entre comer carne vermelha processada e o risco de diabetes tipo 2. Os pesquisadores ainda não têm certeza do motivo pelo qual a carne vermelha pode contribuir para o risco de diabetes, mas o autor da pesquisa, Frank Hu, professor de nutrição e epidemiologia em Harvard, acredita que a grande quantidade de ferro em carnes vermelhas poderia ser responsável. (TERRA, 2014).

Carnes brancas e grãos integrais reduzem o risco de diabete tipo 2. De acordo com pesquisadores da Universidade de Harvard, em Boston, nos Estados Unidos quem consome 100 g de carne vermelha diariamente, tem risco 19% maior de ter a doença, em comparação com quem consome menos. Em outro estudo que vem sendo realizado desde a década de 70, 50 g, o que equivale a uma salsicha, podem aumentar em 51% o risco de diabetes. Foi constatado que quem come mais carne vermelha que a branca tem uma probabilidade muito

maior de virar fumante, sedentário e, claro, sofrer com sobrepeso. De acordo com especialistas, o “ferro-heme”, presente nas carnes vermelhas, causa danos às células beta do pâncreas, que produzem a insulina. (SUADIETA, 2014).

No gráfico 6 verifica-se que 100% (23) dos entrevistados não ingerem bebida alcoólica.

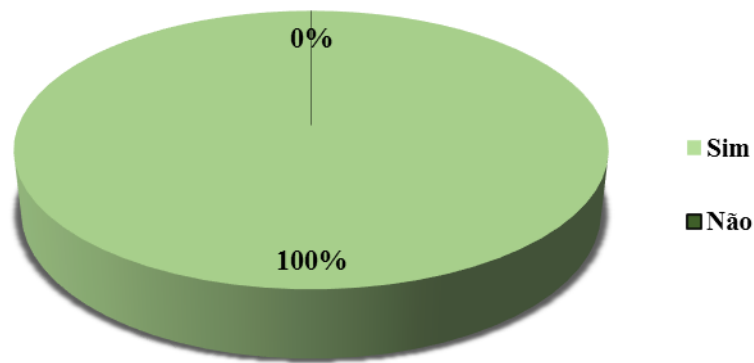


Gráfico 6: Distribuição de idosos diabéticos entrevistados de acordo com a ingestão de álcool. Fonte: Dados da pesquisa/2014.

A ingestão de bebidas alcoólicas pode ser relacionada ao diabetes tipo 2 (DM2) por meio dos seus efeitos sob a secreção e sensibilidade da insulina. Além disso, os efeitos da ingestão de álcool têm sido constantemente investigados como possível fator de risco modificável para o desenvolvimento da doença. (BURGOS, 2014).

Em um estudo publicado no American Journal Clinical Nutrition, em janeiro de 2013, foi investigado o efeito do padrão alcoólico e risco de DM2 em japoneses adultos saudáveis, durante período médio de 10 anos. Os autores observaram que o consumo menor ou igual a seis doses por semana foi associado com baixa incidência de DM tipo 2. Ao contrário, a alta ingestão semanal, foi associada à alta incidência. Dessa forma, os autores concluíram que um padrão de ingestão alcoólica elevado, mesmo de forma irregular aumenta o risco de DM tipo 2, quando comparado ao consumo semanal moderado (média de 5-6 doses=99–160g/ etanol). Os dados desta pesquisa reforçam a importância da associação de álcool e risco de diabetes, com alguns fatores importantes a serem considerados, tais como gênero, etnia, faixa etária, tipo, frequência e a quantidade das bebidas alcoólicas por ocasião. (BURGOS, 2014).

O gráfico 7 evidencia que 100% (23) dos idosos não tem o hábito de fumar.

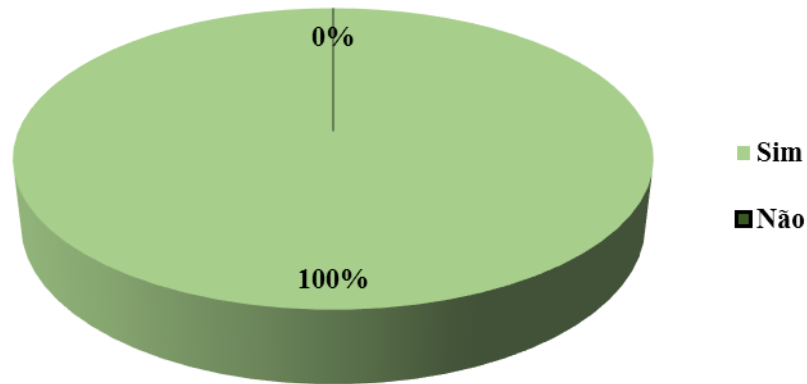


Gráfico 7: Distribuição de idosos diabéticos entrevistados de acordo com o consumo do tabaco. Fonte: Dados da pesquisa/2014.

O tabagismo mata 6 milhões de pessoas no mundo anualmente, 1 milhão delas no continente americano. Ele é o fator de risco mais importante para doenças crônicas comuns, como o câncer, doenças cardiovasculares, diabetes e doenças respiratórias. (BRASIL, 2014).

Schaan et al. (2004) relatam ser esperado menor número de fumantes em indivíduos diabéticos, pelo fato deste subgrupo ser acompanhado com maior periodicidade em unidades básicas de saúde do que os não diabéticos. Gamba et al. (2004) fazem relação direta entre tabagismo e a vasculopatia periférica, fato este que predispõem o desenvolvimento do pé em risco no diabetes e conseqüentemente amputação de extremidades inferiores.

A aterosclerose ocorre de forma mais extensa e precoce nos diabéticos do que na população em geral. É bem conhecido o efeito aterosclerótico do fumo. O tabagismo é promotor da progressão da nefropatia diabética nos pacientes portadores de DM, seja na diabetes tipo 1 ou na tipo 2. (CORRÊA, 2003). Nas pessoas com diabetes os riscos são maiores, por afetar principalmente os vasos sanguíneos daqueles que não tem um bom controle. O fumo é considerado um dos importantes fatores de risco cardiovascular, potencializando as complicações do diabetes. (BRASIL, 2006).

Com relação entre cigarro e a insulina, o fumo estimula a liberação de hormônios que podem causar a redução dos vasos sanguíneos, o que por sua vez pode aumentar a pressão arterial, sobrecarregar a função do coração e agravar a insulino-resistência. O fumo dificulta a ação da insulina na sua atividade hipoglicemiante. Qualquer fumante sabe que abandonar o

cigarro é uma medida fundamental para melhorar a sua qualidade de vida, evitar doenças e viver mais. Mas essa é uma missão desafiadora para a maior parte dos tabagistas. (BRASIL, 2014).

No gráfico 8 verifica-se que 100% (23) da população idosa entrevistada utilizam medicação para o controle do DM.

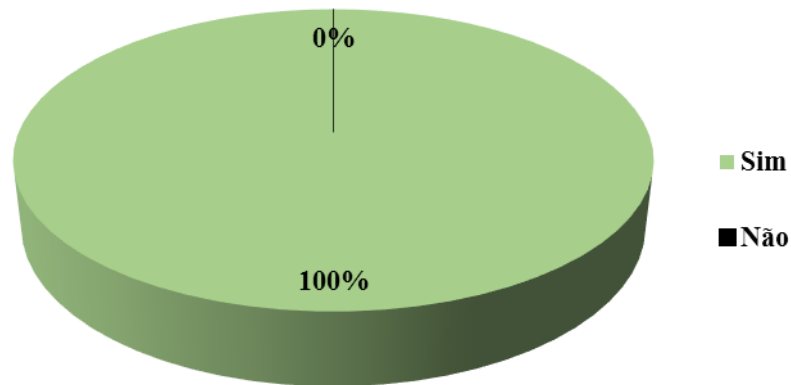


Gráfico 8: Distribuição de idosos diabéticos entrevistados de acordo com a utilização de medicamento(s) para controle da patologia. Fonte: Dados da pesquisa/2014.

O tratamento medicamentoso do diabetes tipo 2 deve ser iniciado quando as recomendações nutricionais e de atividade física não forem eficazes para manter os níveis de HbA1c (hemoglobina glicada) inferiores a 7,0, mesmo em pacientes sem queixas, com boa qualidade de vida, e aderentes às orientações nutricionais e de atividade física. Em pacientes com diabetes tipo 2, o risco de complicações está associado ao estado hiperglicêmico prévio e qualquer redução nos níveis da HbA1c promove diminuição nos riscos de complicações. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2004).

Para Belestre et al. (2007), uma maior compreensão dos usuários sobre a terapêutica pode ajudá-los a obter melhor controle de tal situação e, possivelmente, menor risco para o desenvolvimento de complicações tardias do DM. Além disso, Blanski e Lenardt (2005) afirmam que os familiares podem contribuir para que a adesão e implantação das terapias sejam aceitas pelos participantes.

4.2.3 CUIDADOS COM A SAÚDE

No gráfico 9 verifica-se que 61% (14) das pessoas entrevistadas só frequentam o médico quando adoecem, 22% (5) frequentam de três em três meses, 9% (2) uma vez ao ano e 8% (2) de seis em seis meses.

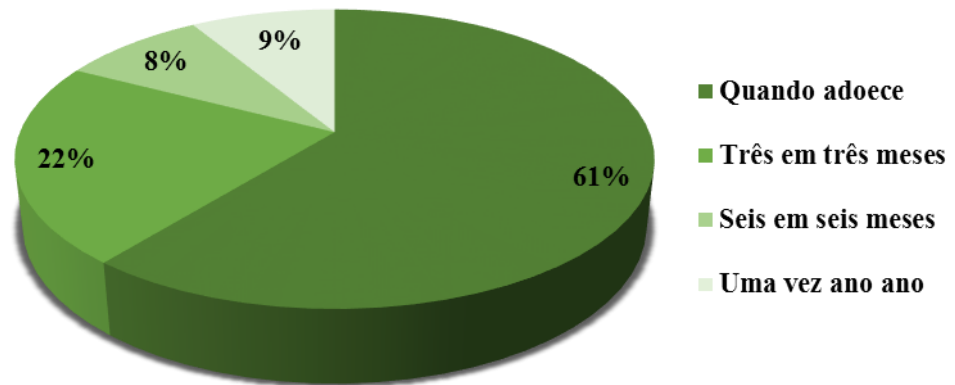


Gráfico 9: Distribuição de idosos diabéticos entrevistados de acordo com a frequência ao médico. Fonte: Dados da pesquisa/2014.

Muitos diabéticos não acham necessário a visita ao médico, o que às vezes revela a gravidade da falta de informação, o desconhecimento do diagnóstico já que o diabetes é uma doença silenciosa e altamente incapacitante e que faz com que a maioria procure o serviço na presença de uma manifestação crônica da doença. (MENDES et al., 2011).

A prevenção é o melhor tratamento para as complicações crônicas do diabetes. Uma visita periódica ao médico permite não só avaliar se o controle da glicemia está adequado, mas também identificar e combater fatores de risco, o que pode ser feito com o auxílio de poucos exames laboratoriais. (MARCONDES, 2011).

Não podemos desconsiderar, que a pessoa com diabetes mellitus poderá desenvolver outras condições crônicas relacionadas às doenças decorrentes desse agravo, tais como: o pé diabético, a doença renal crônica, doenças cardiovasculares, a obesidade e, ainda, a depressão causada por todas as mudanças no seu viver. A resolutividade do cuidado à condição crônica do diabetes mellitus está diretamente ligada à capacidade dos serviços e das práticas profissionais atenção e gestão de impedirem, ou ao menos retardarem ao máximo, o aparecimento dessas outras condições. (FARIA, 2007).

Apesar de muitas pessoas que só frequentam o consultório médico quando adoecem, ainda existem aqueles que frequentam mais vezes e realizam exames de rotina. Esse método é de extrema importância, principalmente quem tem diabetes, pois se trata de uma doença que se não controlada pode causar danos irreversíveis a saúde.

O gráfico 10 mostra que 74% (17) dos entrevistados só realizam exames quando se veem na necessidade.

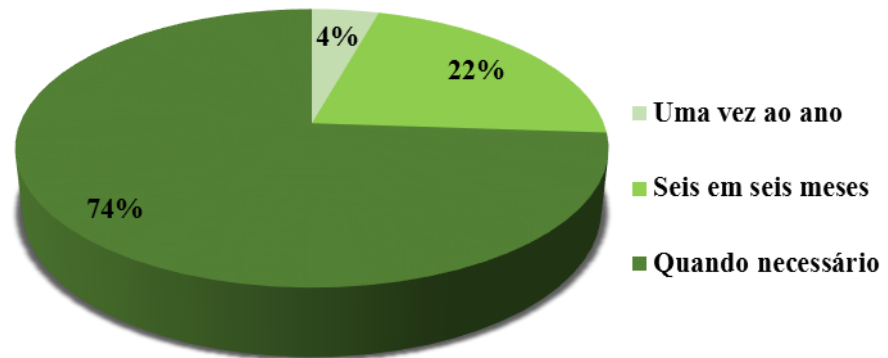


Gráfico 10: Distribuição de idosos diabéticos entrevistados de acordo com a realização de exames. Fonte: Dados da pesquisa/2014.

Da mesma forma que muitos só frequentam o médico quando adoecem existem aqueles que só realizam exames quando necessário.

Exames periódicos ajudam a monitorar sua saúde e afastam o risco de doenças graves e complicações associadas a elas. É o caso do diabetes, da hipertensão, da anemia e de outros problemas comuns em nossa população. Quando as doenças são tratadas de forma preventiva, o prognóstico, ou seja, as chances de que o problema possa ser controlado, ou até mesmo evitado, são muito maiores do que quando o diagnóstico só é feito após o aparecimento dos sintomas. Doenças cardíacas, por exemplo, podem ser tratadas apenas com uma mudança de hábitos, a partir da introdução de uma dieta balanceada e de exercícios diários. E uma pista para a elevação de risco cardíaco pode ser obtida por meio de exames de sangue rotineiros, como a dosagem das taxas de lipídios no sangue, o colesterol e suas frações. O ideal é que a maioria dos exames de rotina seja feita pelo menos uma vez ao ano, mesmo em pessoas saudáveis. O cuidado é ainda mais importante a partir dos 35 anos. (TRINDADE, 2013).

Embora existam exames que são normalmente realizados como rotina (por exemplo glicemia), é o médico que acompanha melhor a pessoa, para orientá-la sobre quais são os

testes que vão dizer mais sobre o seu estado de saúde. Além disso, a experiência do médico é fundamental no momento de se avaliar os resultados. Isso porque mesmo as taxas consideradas padrão podem variar de acordo com o histórico de cada paciente e outras características individuais. Assim, mesmo uma pessoa que está dentro dos índices poderá ser considerada um paciente de risco, se ela tiver outras doenças associadas ou um aspecto genético muito forte que aumenta a sua predisposição ao problema a ser investigado. De qualquer forma, taxas elevadas são sempre um sinal de alerta. (TRINDADE, 2013).

No gráfico 11 evidencia que 57% (13) dos idosos adoecem raramente, 39% (9) algumas vezes ao ano e 4% (1) muitas vezes durante o ano.

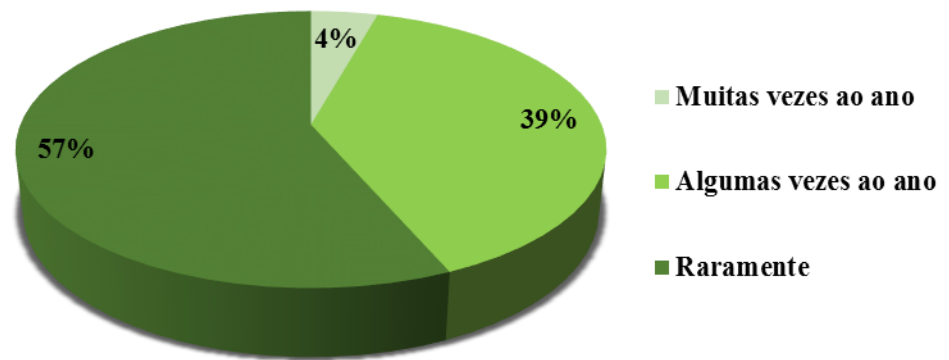


Gráfico 11: Distribuição de idosos diabéticos entrevistados de acordo com a frequência em adoecer. Fonte: Dados da pesquisa/2014.

De acordo com gráfico muitos idosos relatam adoecer menos, isto é justificado pelo fato desse grupo estudado ter a preocupação no cuidado na alimentação e na saúde de forma geral. É um ponto positivo relacionado com a doença já que essa, se mal cuidada, pode acarretar outros problemas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já enfatizado, o diabetes é caracterizado por excesso de glicose (açúcar) no sangue. No Diabetes Mellitus tipo I, ocorre produção insuficiente ou não-produção de insulina. Já no tipo II, há resistência das células à insulina. Uma alimentação equilibrada é de fundamental importância independentemente do tipo. Diabéticos precisam de uma alimentação regrada, sempre com a necessidade de regular a ingestão de açúcar, mas isso não impede de terem uma vida normal, sem prejudicar a qualidade de vida.

Em base aos objetivos propostos na pesquisa observa-se entre os dados sociodemográficos que a idade que mais prevaleceu está entre 60 e 69 anos, pessoas do sexo feminino que como visto estão buscando mais os serviços de saúde através de visitas mais frequentes, daí se vê a importância do resgate de outros pacientes, principalmente os do sexo masculino.

Em relação aos dados referentes ao objeto de estudo, de acordo com o histórico familiar os que mais prevalecem são hipertensão e diabetes, sendo também relevantes os casos de cardiopatias e obesidade na família. Para esses, se vê a necessidade de um cuidado redobrado. Relacionado aos fatores de risco, além do histórico familiar, grande parte dos entrevistados praticam algum tipo de exercício físico, controlam a alimentação incluindo alimentos saudáveis e excluindo alimentos à base de açúcar e gordura. O resultado referente ao uso de bebida alcoólica e fumo foi satisfatório, preenchendo expectativas relacionado a consideráveis fatores. O uso de medicações diárias para o controle da patologia foi outro fator que satisfaz, de acordo com o resultado todos os entrevistados se beneficiam do medicamento proposto.

Referente aos cuidados com a saúde precisa-se melhorar quanto a visitas mais frequentes aos serviços de saúde para consultas médicas e realização de exames de rotina.

De acordo com os objetivos da pesquisa, os resultados foram satisfatórios. O estilo de vida dos entrevistados estão em comum acordo com o que a doença precisa para um controle adequado e intensificado relacionado as variações glicêmicas. Hábitos saudáveis são fundamentais para evitar complicações futuras.

Optou-se trabalhar esse tema pela relevância e frequência que ele tem relacionado a doenças do cotidiano que se tem conhecimento em qualquer instituição e serviços de saúde. A importância do cuidado e da qualidade de vida para pessoas diabéticas torna-se de grande necessidade, ficando aqui a responsabilidade de cada profissional de saúde em levar conhecimento e formas de tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standard of medical care in diabetes – 2011 (Position Statement). **Diabetes Care**, Alexandria, v. 34, Supplement 1, p. S62-S69, 2011. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/34/Supplement_1/S62.full> Acessado em: 22 de novembro de 2013.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 33, Supl. 1, p. S62–69, 2010. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/33/Supplement_1/S62.full> Acessado em: 02 de dezembro de 2013.

BARBUI, E. C, COCCO, M. I. M. Conhecimento do cliente diabético em relação aos cuidados com os pés. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 36, n. 1, p. 97-103, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a13.pdf>> Acessado em:

BELESTRE, K. C. E. et al. Relato de um Seguimento Farmacoterapêutico de Pacientes Portadores de Diabetes do Programa Saúde da Família de Atalaia, Paraná. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 28, n. 2, p. 203-208, 2007. Disponível em: < http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/331/317> Acessado em: 15 de março de 2014.

BELON, A. P. et al. **Diabetes em idosos: Diabetes em idosos: perfil sócio demográfico e uso de serviços de saúde.** XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Minas Gerais: Brasil. Set/Out, 2008. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1642.pdf> Acessado em: 16 de março de 2014.

BENEDETTI, T.R.B.; MAZO, G.Z.; BORGES, L.J. **Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis.** Ciênc. Saúde Coletiva. p. 2087-2093, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/19.pdf>> Acessado em: 10 de março de 2014.

BLANSKI, C. R. K.; LENARDT, M. H. A Compreensão da Terapêutica Medicamentosa pelo Idoso. **Rev Gaúch Enferm.** v. 26, n. 02, p. 180-188, 2005. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4552/2482>> Acessado em: 15 de março de 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar.** 4ª ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_promocao_saude_4ed.pdf> Acessado em: 03 de dezembro de 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dia Mundial do diabetes. Dados estatísticos no Brasil.** 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1457> Acessado em: 10 de março de 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Instituto Nacional do Câncer**. 2014. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/lista.asp>> Acessado em: 17 de março de 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Instituto Nacional do Câncer**. 2006. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=557>> Acessado em: 17 de março de 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>> Acessado em: 27 de novembro de 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/sites/default/files/documentos/Res%20466_2012.pdf> Acessado em: 01 de dezembro de 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Área técnica de Saúde do Idoso. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Vol. 12. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>>. Acessado em: 10 de novembro de 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/alimentacao_saudavel_idosa_profissionais_saude.pdf> Acessado em: 10 de março de 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Vol. 19. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf>. Acessado em: 10 de novembro de 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab36>> Acessado em: 01 de dezembro de 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Vol. 19. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/abcd19.pdf>> Acessado em: 10 de março de 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Secretaria de Estado da Casa Civil do Rio de Janeiro. **Guia da pessoa idosa: dicas e direitos**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/41/docs/guia_da_pessoa_idosa.pdf>. Acessado em: 20 de novembro de 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reorganizacao_plano.pdf> Acessado em: 01 de dezembro de 2013.

BRITO, K. M.; BUZO, R. A. C.; SALADO, G. A. Estilo de vida e hábitos alimentares de pacientes diabéticos. **Rev Saúde e Pesquisa**, v. 2, p. 357-362, set/ dez, 2009. Disponível em: <<http://www.unicesumar.edu.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/view/1119/901>> Acessado em: 04 de dezembro de 2013.

BURGOS, M. G. **Diabetes e álcool-controvérsias**. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/colunistas-da-sbd/dra-maria-goretti/diabetes-e-alcool-controversias>> Acessado em: 17 de março de 2014.

CARVALHO, D. Diabetes e Hipertensão. **Rev Fatores de Risco**, n. 22, p. 50-54, Jul/Set, 2011. Disponível em: <<http://www.spc.pt/DL/RFR/artigos/356.pdf>> Acessado em: 16 de março de 2014.

CORRÊA, P. C. R. P. Tabagismo, hipertensão e diabetes – reflexões. **Rev Bras de Clínica & Terapêutica**, v. 29, n. 01, p. 19-24, 2003. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/33_Tabagismo-Hipertensao-e-Diabetes.pdf> Acessado em: 17 de março de 2014.

COTTA, R. M. M. et al. **Perfil socio sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG**. Ciênc. saúde coletiva, v.14, n. 04, Rio de Janeiro July/Ago, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400031> Acessado em: 16 de março de 2014.

DIAS, J. C. R.; CAMPOS, J. A. D. B. **Aspectos epidemiológicos da obesidade e sua relação com o Diabetes mellitus**. Nutrire: J. Brazilian Soc. Food Nut., São Paulo, v. 33, n. 1, p. 103-115, abr. 2008. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1519-8928/2008/v33n1/a103-115.pdf>> Acessado em: 22 de novembro de 2013.

FARIA, A. P. S. **A experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida pela pessoa com Diabetes Mellitus**. 2007. 224 f. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá. 2007. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/a-experiencia-de-adoecimento-e-a-busca-por-cuidado-empreendida-pela-pessoa-com-diabetes-mellitus-%5B104-020210-SES-MT%5D.pdf>> Acessado em: 13 de março de 2014.

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., v. 53, n. 1, 2009.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302009000100012&script=sci_arttext> Acessado em 13 de março de 2014.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 02, p. 409-415, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000200020&script=sci_arttext> Acessado em: 10 de março de 2014.

FILHO, W. C. P. et al. Como prevenir a Insuficiência Cardíaca Congestiva. **Rev APS**, v.6, n.1, p.48-50, jan./jun.,2003. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/EducacaoC.pdf>> Acessado em: 16 de março de 2014.

GAMBA, M. A. et al. Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo caso-controle. **Rev Saúde Pública**, v.38, n.3, p. 399-404, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000300010> Acessado em:

GIL, G. P. et al. **Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público.** Ciênc Biológicas e da Saúde. Londrina, v. 29, n. 2, p. 141-154, jul/dez, 2008. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/viewFile/3462/2817>> Acessado em: 15 de março de 2014.

GOBBI, S.; VILLAR, R., ZAGO, A. S. **Bases teórico-práticas do condicionamento físico.** Educação Física no Ensino Superior. p. 284. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

GOMES, M. B. et al. **Prevalência de sobrepeso e obesidade em pacientes com Diabetes mellitus do tipo 2 no Brasil: estudo multicêntrico nacional.** Arq. Bras. Endocrinol. Metab., v. 50, n. 1, p. 13-144, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v50n1/28735.pdf>> Acessado em: 06 de dezembro de 2013.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Censo 2010. Disponível em <www.ibge.gov.br>. Acessado em: 08 de novembro de 2013.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250370>> Acessado em: 27 de novembro de 2013.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Informação Demográfica e Socioeconômica. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Brasília (Brasil): Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinte_seindicais2007/indic_sociais2007.pdf> Acessado em 13 de março de 2014.

KAUARK, F. S.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da Pesquisa: um guia prático.** Itabuna: Via Litterarum, 2010. Disponível em: <<http://www.pgcl.uenf.br/2013/download/LivrodeMetodologiadaPesquisa2010.pdf>> Acessado em: 25 de novembro de 2013.

MARCONDES, J. A. M. **Diabetes: a importância da prevenção.** Disponível em: <<http://envolverde.com.br/saude/prevencao/diabetes-a-importancia-da-prevencao/>> Acessado em: 17 de março de 2014.

MARQUES, A. P. O. et al. **Prevalência de obesidade e fatores associados em mulheres idosas.** Núcleo de Atenção ao Idoso. Arq Bras Endocrinol Metab, v. 49, n. 03, Jun 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302005000300017> Acessado em 15 de março de 2014.

MARTINS, M. P. S. C. et al. Consumo alimentar, pressão arterial e controle metabólico em idosos diabéticos hipertensos. **Rev Bras Cardiol**, p. 162-170, maio/jun. 2010. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2010_03/a2010_v23_n03_02MMartins.pdf> Acessado em: 01 de dezembro de 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCODIVULGA/2011/RASMendes.pdf>> Acessado em: 10 de novembro de 2013.

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, v. 27, n. 06, p. 1233-1243, Jun, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/20.pdf>> Acessado em: 16 de março de 2014.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana de Saúde. **Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital.** Genebra, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf> Acessado em: 02 de dezembro de 2013.

PEREIRA, A. P. F.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Fatores associados à prevalência de diabetes auto referido entre idosos de Minas Gerais. **Rev Bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 365-376, jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n2/v25n2a11.pdf>> Acessado em: 16 de março de 2014.

PÉRES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 310-317, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32036>> Acessado em: 15 de março de 2014.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2ª ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: <<http://docente.ifrn.edu.br/valcinetemacedo/disciplinas/metodologia-do-trabalho-cientifico/e-book-mtc>> Acessado em: 25 de novembro de 2013.

RAMOS, R. S. P. S. **Diabetes e fatores associados em idosos assistidos em serviço geronto-geriátrico.** 2012. 112 f. Dissertação (Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2012. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/ppgenfermagem/images/roberta.pdf>> Acessado em: 03 de dezembro de 2013.

REIS, A.F., VELHO, G. **Bases genéticas do diabetes mellitus Tipo 2.** Arq Bras Endocrinol Metab, v. 46, n. 04, p. 426-432, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302002000400014> Acessado em: 15 de março de 2014.

ROSA, R. S. **Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999–2001.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 17, n. 2, p. 131–134, 2008. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v17n2/v17n2a09.pdf>> Acesso em: 01 de dezembro de 2013.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad Saúde Pública**, v. 19, sup. 1, p. 529-536, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s1/a04v19s1.pdf>> Acessado em: 04 de dezembro de 2013.

SBEM. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Diabetes Mellitus: Tratamento medicamentoso.** Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/13-Diabetes.pdf> Acessado em: 17 de março de 2014.

SCHMIDT, M. I. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais.** The Lancet, London, 9 maio 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>> Acesso em: 01 de dezembro de 2013.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: BRASIL, Ministério da Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde.** Brasília: 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2009.pdf> Acesso em: 01 de dezembro de 2013.

SILVA, D. S. et al. Prevalência de Diabetes Mellitus em indivíduos atendidos pela estratégia de saúde da família no município de Ubá – MG. **Rev Bras Ativ Fís e Saúde**, 2012. p. 195-199. Disponível em: <http://www.sbafs.org.br/_artigos/528.pdf> Acessado em 13 de março de 2014.

SILVA, P. B. A.; CARVALHO, S. C. S. **O conhecimento do paciente idoso diabético no processo do autocuidado assistidos pelo Programa de Saúde da Família.** Recife: Pernambuco, 2010. Disponível em: <<http://www.redentor.inf.br/arquivos/pos/publicacoes/09042012TCC%20da%20aluna%20Pollyanna%20Bezerra%20de%20PSF%20%203.pdf>> Acessado em: 13 de março de 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes.** 3ª ed. Itapevi, SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09_final.pdf> Acessado em: 20 de novembro de 2013.

SUADIETA. Disponível em: <<http://suadieta.com.br/Materias/1442/saude/carnes-vermelhas-aumentam-o-risco-de-diabetes-tipo-2>> Acessado em: 17 de março de 2014.

TAVARES, D. M. S. RODRIGUES, R. A. P. Indicadores sociodemográficos e de saúde de idosos portadores e não portadores de diabetes. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 04, p. 906-914, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/pdf/v10n4a03.pdf> Acessado em: 16 de março de 2014.

TEIXEIRA, E. R. et al. **O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde**. Esc Anna Nery R Enferm 2006 dez; 10 (3): 378 - 84. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a04.pdf>> Acessado em: 03 de dezembro de 2013.

TERRA. Disponível em: <<http://saude.terra.com.br/doencas-e-tratamentos/carne-vermelha-pode-aumentar-risco-de-diabetes-tipo-2,77583f04c2f27310VgnCLD100000bbcecb0aRCRD.html>> Acessado em: 17 de março de 2014.

TRINDADE, D. **A importância dos exames de rotina**. Disponível em: <<http://www.jamediu.com.br/profiles/blogs/a-importancia-dos-exames-de-rotina-conheca-os-mais>> Acessado em: 17 de março de 2014.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, 2009. p. 548-54. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/224.pdf>> Acessado em: 27 de novembro de 2013.

VIEGAS-PEREIRA, A. P. F.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Fatores associados à prevalência de diabetes auto-referido entre idosos de Minas Gerais. **Rev Bras Est Pop**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 365-376, jul/dez, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n2/v25n2a11.pdf>> Acessado em: 15 de março de 2014.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 06, p. 1329-1338, 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=452237&indexSearch=ID>> Acessado em: 10 de março de 2014.

ANEXOS

ANEXO A



FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

CERTIDÃO

Com base na Resolução 466/2012 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, em sua sessão realizada em 20 fevereiro de 2014 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, **APROVADO**, o projeto de pesquisa intitulado **HÁBITOS DE VIDA E SUA INFLUÊNCIA NO CONTROLE DE DIABETES MELLITUS EM IDOSOS CADASTRADOS NO NASF. CAAE: 26373313.2.0000.5181** do(a) pesquisador(a): **Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

Patos-PB, 26 de fevereiro de 2014.

Flaubert Cirilo Jerônimo de Paiva
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa CEP/FIP

FLAUBERT CIRILO JERÔNIMO DE PAIVA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FIP

ANEXO B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM

OFÍCIO No. 223/2013-CCGE/UAENF/CFP/UFCG

Cajazeiras, 04 de dezembro de 2013.

Da: Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem (CCGE)
Profa. Me. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

À: Diretora da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras - ETSC
Senhora Marilena Maria de Souza

Ao tempo em que cumprimentamos V. senhoria, solicitamos permissão para a aluna Heloísa Helena Alves de Andrade, do nono período do Curso de Graduação em Enfermagem, realizar pesquisa visando à elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: HÁBITOS DE VIDA E SUA INFLUÊNCIA NO CONTROLE DE DIABETES MELLITUS EM IDOSOS CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, sob a orientação da professora Me. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues.

Atenciosamente,

Profa. Me. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem
Coordenadora de Curso
SIAPE 1663760

Piente
04-12-13
mg

APÊNDICES

APÊNDICE A



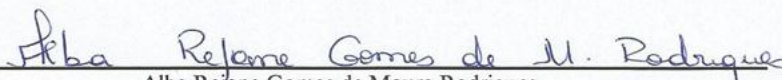
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE (Pesquisador Responsável)

Eu, Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues, professora da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de Heloísa Helena Alves de Andrade, discente do Curso de Graduação em Enfermagem, no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “Hábitos de vida e sua influência no controle de Diabetes Mellitus em idosos cadastrados na ESF”. Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardando da segurança e bem-estar dos participantes nela recrutados, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos (FIP) sobre qualquer alteração no projeto e/ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado durante a execução da mesma.

Cajazeiras – PB, 04 de dezembro de 2013.



Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE (Pesquisador Participante)

Eu, Heloisa Helena Alves de Andrade, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me, junto com minha orientadora, Profª. Ms. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “Hábitos de vida e sua influência no controle de Diabetes Mellitus em idosos cadastrados na ESF”. Comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas por minha orientadora nas atividades de pesquisa e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e/ou científico.

Cajazeiras – PB, 04 de dezembro de 2013.

Heloisa Helena Alves de Andrade

Heloisa Helena Alves de Andrade

PESQUISADOR PARTICIPANTE

APÊNDICE C



Universidade Federal
de Campina Grande

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Nome da Pesquisa: Hábitos de vida e sua influência no controle de Diabetes Mellitus em idosos cadastrados na ESF.

Pesquisadores responsáveis - Alba Rejane Gomes de M. Rodrigues e Heloísa Helena Alves de Andrade.

Informações sobre a pesquisa - A pesquisa tem como Objetivo Geral: Investigar os hábitos de vida em idosos cadastrados na ESF e sua influência no controle do Diabetes Mellitus. Objetivo Específico: Descrever os principais hábitos do dia-a-dia desses idosos; Relacionar o controle da patologia com o estilo de vida, observando os principais fatores de risco.

Pesquisadora responsável

Eu, _____, portador (a) de RG: _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, de acordo com o item IV da Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, concordo em participar desta pesquisa.

- A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afastar-me em qualquer momento se assim desejar, bem como está assegurado o absoluto sigilo das informações obtidas.

- A segurança plena de que não serei identificado (a) mantendo o caráter oficial da informação, assim como, está assegurada que a pesquisa não acarretará nenhum prejuízo individual ou coletivo.

- A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como também a segurança de que os procedimentos realizados tragam o mínimo possível de desconforto ou risco à vida, dano físico, ou mesmo constrangimento moral e ético ao entrevistado (a). Os benefícios poderão contribuir para melhoria do cuidar dos idosos através da sensibilização e de um cuidar voltado para as necessidades do idoso e do cuidador.

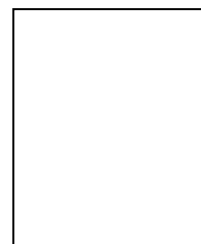
- A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é dos pesquisadores, bem como, fica assegurado poderá haver divulgação dos resultados finais em órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita.

- A garantia de que todo material resultante será utilizado exclusivamente para construção da pesquisa e ficarão sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitado pelo (a) entrevistado (a) em qualquer momento.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Cajazeiras, ____ de _____ de _____

Assinatura da entrevistado (a)



Polegar direito

Contato com a Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora ALBA REJANE GOMES DE MOURA RODRIGUES.

Através do endereço (Setor de Trabalho) FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS_

Telefone: Residencial: 83-34211014 / Celular:83-88714221

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE D



Universidade Federal
de Campina Grande

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

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

| |
|---|
| Idade: Sexo: () Feminino () Masculino |
| Estado civil: () Casado () Solteiro () Outros |
| Escolaridade: () Fundamental completo () Fundamental incompleto () Ensino Médio Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Superior Completo () Ensino Superior Incompleto () Nunca estudou |
| Ocupação: () Sim () Não () Aposentado OBS: _____ |
| Renda mensal: () menos que R\$ 670,00 () Entre R\$ 670,00 a R\$ 2.010,00. () Acima de R\$ 2.010 |

2- DADOS REFERENTES AO OBJETO DO ESTUDO

Histórico Familiar

| |
|--|
| Hipertensão arterial () Sim () Não / Grau de parentesco _____ |
| Diabetes Mellitus () Sim () Não / Grau de parentesco _____ |
| Cardiopatía () Sim () Não |

Obesidade () Sim () Não

Fatores de Risco

Pratica alguma atividade física: () Sim () Não

Se sim, qual: _____

Quantas vezes por semana: _____

Costuma comer (1) frutas, (2) verduras, (3) legumes: () Sim () Não _____

Costuma comer (1) massas, (2) comidas gordurosas, (3) frituras, (4) salgadas, (5) refrigerante:

() Sim () Não _____

Qual o tipo carne costuma comer:

() Carne vermelha (carne de sol, filé, carne de porco e etc.)

() Carne branca (frango, peixe e etc.)

Ingere bebida alcoólica: () Sim () Não

Frequência: _____

Costuma fumar: () Sim () Não

Frequência: _____

Utiliza medicamentos para o controle da patologia, diariamente: () Sim () Não

Cuidados com a Saúde

Com que frequência costuma ir ao médico:

() Só quando adoecer () Três em três meses

() Uma vez ao ano () Seis em seis meses

Com que frequência realiza exames:

() Uma vez ao ano

() Seis em seis meses

() Quando necessário

Costuma a adoecer com que frequência:

() Raramente

() Algumas vezes ao ano

() Muitas vezes ao ano

Cajazeiras - PB, ____ / ____ / ____

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante