

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

INGREDY LEAL MOURA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DIABÉTICOS NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE**

PICOS – PIAUÍ

2018

INGREDY LEAL MOURA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DIABÉTICOS NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE**

Monografia apresenta ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – Campus Senador Helvídio Nunes de Barros no período 2018.1 como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Rumão Batista Nunes de Carvalho

PICOS – PIAUÍ

2018

FICHA CATALOGRÁFICA**Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí****Biblioteca José Albano de Macêdo****M929a** Moura, Ingredy Leal.

Avaliação da qualidade de vida em idosos diabéticos na unidade básica de saúde / Ingredy Leal Moura – 2018.

CD-ROM : il.; 4 ¼ pol. (69f)

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2018.

Orientador(A): Prof. Me. Rumão Batista Nunes de Carvalho

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

CDD 616.462

INGREDY LEAL MOURA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DIABÉTICOS NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito necessário para obtenção do grau de bacharelado em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Rumão Batista Nunes de Carvalho

Data da aprovação: 15 / 06 / 2018

BANCA EXAMINADORA

Rumão B. Nunes de Carvalho

Prof. Ms. Rumão Batista Nunes de Carvalho (Orientador)

Universidade Federal do Piauí/UFPI – CSHNB

Presidente da Banca

Ana Roberta V. da Silva

Prof.^a Dr.^a Ana Roberta Vilarouca da Silva

Universidade Federal do Piauí/UFPI – CSHNB

1º Examinador

Ionara Holanda de Moura

Enf. Ms. Ionara Holanda de Moura

Secretaria Municipal de Saúde de Picos – PI

2º Examinador

Mayla Rosa Guimarães

Prof.^a Ms. Mayla Rosa Guimarães

Universidade Federal do Piauí/UFPI – CSHNB

Suplente

Dedico este trabalho a **Deus**, por ter me concedido a graça de realizar um grande sonho, a **meus pais** pelo amor e apoio incondicional, em especial, a **minha mãe** por acreditar em mim e fazer do meu sonho, o seu; aos **meus sobrinhos** por me proporcionarem os mais sinceros sorrisos e despertarem o melhor de mim e aos **meus professores** que estiveram ao meu lado durante essa jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me concedido o dom da vida, pelo seu amor misericordioso e por sempre iluminar o meu caminho, me sustentando em meio a tantas dificuldades e incertezas. Eu te agradeço Deus, por sua infinita bondade.

A Nossa Senhora da Conceição e Coração de Jesus, por serem meus guias de proteção!

Aos meus pais, Izidio e Ivone, por toda infindável dedicação, amor, compreensão e suporte. Vocês são meus exemplos de vida, obrigada por fazer dos meus sonhos, os seus.

Aos meus sobrinhos, Luan, Guilherme e João Miguel. Por tornarem os meus dias mais alegres, fazendo o meu coração transbordar de amor, vocês me completam!

Aos meus irmãos Iris e Ítalo, pelo companheirismo e cumplicidade!

Ao meu cunhado Marcione, por quem tenho um enorme carinho, um sentimento de filha!

Ao meu namorado Maxsuel, pelo seu amor, cuidado e compreensão em meio a momentos tão difíceis e por ser meu exemplo de dedicação!

Aos meus amigos que estiveram comigo nessa caminhada e companheiros de conquistas, em especial as Enferlindas, por tornarem o fardo mais leve compartilhando momentos de alegrias e dificuldades.

As minhas amigas Roane e Alessandra, aliás, conquistei irmãs de coração que levarei por toda minha vida, sem dúvidas foram um dos melhores presentes que a universidade me proporcionou.

A minha amiga de infância Thais, que a universidade proporcionou que nos aproximássemos novamente, obrigada por sempre está disposta a me ajudar e apoiar quando bate o desânimo com sábias palavras!

Ao meu orientador Rumão Carvalho, pelo tempo dispensado, paciência e suporte na concretização deste sonho.

A professora Ana Roberta, por te me acolhido na família Gpesc, pelos brilhantes ensinamentos, por ser exemplo de determinação e autoconfiança e por ter dispensado tempo e apoio no meu projeto de pesquisa.

E aos demais mestres pela oportunidade de aprendizado. Em especial a professora Rávida Rocha, Ionara Holanda e Gilberto Pereira por terem feito toda a diferença na minha graduação, são exemplos de humildade e profissionalismo.

“Os dias prósperos não vêm por acaso;
Nascem de muita fadiga e persistência.”

(HENRY FORD)

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno crescente, por consequência da transição demográfica através do declínio na taxa de fertilidade e aumento da expectativa de vida. Com esse novo cenário, a longevidade ganha magnitudes proporcionando mudanças no quadro epidemiológico no qual as Doenças Crônicas ganham elevadas dimensões, surgindo desafios no campo da saúde que devem atender as especificidades do envelhecer e associando a uma maior sobrevida com qualidade. Dentre as patologias crônicas predominantes entre os idosos, destaca-se o Diabetes Mellitus, cujas complicações e adversidades, desencadeiam ao sistema de saúde empenho para o controle da patologia, sobretudo, afeta a qualidade de vida, pois, os impasses ligados à disfunção crônica repercutem em amplos aspectos do indivíduo comprometendo a essência do bem-estar. Assim este trabalho, teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus. Trata-se de um estudo descritivo e transversal realizado em quatro estratégias saúde da família cidade de Picos-PI. A coleta de dados envolveu uma amostra de 108 idosos e ocorreu do mês de março a maio de 2018. Foi utilizado um formulário contendo informações sobre os dados sociodemográficos e clínicos, e outro para avaliar a qualidade de vida de idosos diabéticos. Os dados foram processados no programa estatístico *Statistical Package for the - SPSS versão 20.0*. O projeto foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, com o número do parecer 2.399.181, respeitando exigências da Pesquisa em Seres Humanos. Ao analisar as médias relacionadas à qualidade de vida, percebe-se que as maiores estão presentes entre: sexo masculino ($63,9 \pm 11,1$) ($p=0,002$), faixa etária de 60 – 69 anos ($63,3 \pm 9,7$) ($p=0,000$), participantes com mais de 11 anos de estudo ($68,2 \pm 7,8$) ($p=0,000$), casados ($62,1 \pm 10,5$) ($p=0,010$), que exercem atividade remunerada ($70,2 \pm 5,2$) ($p=0,000$), com renda maior que 2 salários mínimos ($62,7 \pm 10,5$) ($p=0,043$) e pertencentes à classe A ($75,5 \pm 6,7$) ($p=0,005$). Observou-se, ainda, que o domínio que mais contribuiu para a melhor qualidade de vida foi o psicológico com média de $63,7 \pm 12,3$, e em contrapartida, o domínio meio ambiente apresentou pior escore com valor de $55,5 \pm 10,3$. Após estes resultados, foi possível observar os fatores decisivos para diminuição da qualidade de vida, o perfil sociodemográfico, comportamental e clínico tem influência significativa nas atividades e bem-estar dos idosos ativos.

Palavras Chave: Qualidade de vida. Idosos. Diabetes mellitus.

ABSTRACT

Population aging is a growing phenomenon, as a consequence of the demographic transition through the decline in fertility rate and increase in life expectancy. With this new scenario, longevity gains magnitudes providing changes in the epidemiological context in which Chronic Diseases gain large dimensions, appearing challenges in the field of health that must meet the specifics of aging and associating to a higher survival with quality. Among the predominant chronic pathologies among the elderly, we highlight Diabetes Mellitus, whose complications and adversities trigger the health system to control the pathology, above all, it affects the quality of life, since the impasses associated with chronic dysfunction reverberate in broad aspects of the individual compromising the essence of well-being. Thus, this study aimed to evaluate the quality of life of elderly patients with diabetes mellitus. It is a descriptive and cross-sectional study carried out in four health strategies of the family city of Picos-PI. The data collection involved a sample of 108 elderly people and occurred from March to May 2018. A form containing information on sociodemographic and clinical data was used, and another form was used to evaluate the quality of life of diabetic elderly. The data were processed in the statistical program Statistical Package for the - SPSS version 20.0. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí, with the number of opinion 2,399,181, respecting the requirements of Research on Human Beings. When analyzing the averages related to quality of life, we can see that the highest averages of quality of life are present among: male (63.9 ± 11.1) ($p = 0.002$), age range 60-69 years (63.3 ± 9.7) ($p = 0.000$), participants with more than 11 years of study (68.2 ± 7.8) ($p = 0.000$), married (62.1 ± 10.5) ($p = 0.010$), with income greater than 2 minimum wages (62.7 ± 10.5) ($p = 0.043$) and belonging to class A ($75, 5 \pm 6,7$) ($p = 0.005$), it was observed that the domain that contributes most to the better quality of life was the psychological one with a mean of 63.7 ± 12.3 , and in contrast, the middle domain presented a worse score with a value of 55.5 ± 10.3 . After these results, it was possible to observe the decisive factors to decrease the quality of life, the socio-demographic, behavioral and clinical profile has a significant influence on the activities and well-being of the active elderly.

Key words: Quality of life. Seniors. Diabetes mellitus.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Representação da quantidade de pacientes idosos diabéticos por Estratégia Saúde Família. Picos-Piauí-Brasil, 2017.	24
QUADRO 2 - Sistema de pontos segundo posse e quantidade de itens.	26
QUADRO 3 - Sistema de pontos segundo grau de instrução do chefe de família.	26
QUADRO 4 - Cortes do Critério Brasil.	26

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas.	30
TABELA 2	Caracterização da amostra segundo as variáveis clínicas.	32
TABELA 3	Avaliação descritiva dos escores de Qualidade de vida e seus domínios.	33
TABELA 4	Análise de diferenças de médias da Qualidade de vida segundo variáveis sociodemográficas.	34
TABELA 5	Análise de diferenças de médias da Qualidade de vida segundo variáveis clínicas.	35

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa
ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
CCEB	Critério de Classificação Socioeconômica Brasil
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DC	Doenças Crônicas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DM2	Diabetes Mellitus Tipo 2
DP	Desvio Padrão
ESF	Estratégia Saúde da Família
EB	Escore Bruto
ET	Escore Transformado
HAS	Hipertensão Arterial sistêmica
HDL	<i>High Density Lipoproteins</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de Vida
QVG	Qualidade de Vida Global
RDP	Retinopatia Diabética Proliferativa
SF-36	<i>Medical Outcomes Study 36- Item Short- Form Health Survey</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPI	Universidade Federal do Piauí
WHOQOL-	<i>World Health Organization Quality of Life Abbreviated</i>
BREF	

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	15
2.1	Geral	15
2.2	Específicos	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	Qualidade de vida	16
3.2	Diabetes mellitus tipo 2	18
3.3	Envelhecimento	20
4	MÉTODO	23
4.1	Tipos de estudo	23
4.2	Local e período do estudo	23
4.3	População e amostra	23
4.3.1	Critérios de inclusão e exclusão	24
4.4	Variáveis do estudo	25
4.4.1	Variáveis socioeconômicas	25
4.4.2	Variáveis Clínicas	27
4.4.3	Variáveis relacionadas à qualidade de vida	27
4.5	Coleta de dados	28
4.6	Análise dos dados	29
4.7	Aspectos éticos	29
5	RESULTADOS	30
6	DISCUSSÃO	37
7	CONCLUSÃO	45
	REFERÊNCIAS	46
	APÊNDICES	51
	APÊNDICE A- Formulário estruturado para coleta de dados	52
	APÊNDICE B- Termo de consentimento livre e esclarecido	54
	ANEXOS	56
	ANEXO A - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	57
	ANEXO B - Formulário WHOQOL-BREF	59
	ANEXO C - Equações para obtenção dos escores	62
	ANEXO C - Parecer Consubstanciado do Cep	63

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno crescente, por consequência da transição demográfica refletida através do declínio na taxa de fertilidade e aumento da expectativa de vida. O fato de envelhecer é tratado como um processo natural da vida, que propiciam modificações envolvendo aspectos multidimensionais, regulados por mecanismos celulares próprios e influenciados pelo meio ambiente. Com esse novo cenário onde a longevidade ganha magnitudes proporcionando simultaneamente mudanças no quadro epidemiológico em que as Doenças Crônicas (DC) ganham elevadas dimensões, surgem desafios no campo da saúde que devem atender as especificidades do envelhecer e associar uma maior sobrevida com qualidade.

Estudos demográficos mostram que os indivíduos estão envelhecendo em escala mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2011) a população idosa é constituída por pessoas com 60 anos ou mais. No Brasil, em 2025, poderão ser 25 milhões de pessoas na faixa etária de 65 anos ou mais, fazendo com que o país passe da 16ª para 6ª posição com maior número de idosos em termos absolutos. Em 2000, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos, havia 18,3 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, estima-se que essa relação poderá ser de 100 para 105,6 (MIYAMOTO et al., 2016).

A velhice não está atrelada ao sinônimo de adoecimento, por muitas vezes a idade cronológica não é a mesma fisiológica, porém o idoso deve ser entendido em toda sua plenitude, considerando que o avançar dos anos a maioria dos longevos se tornam mais fragilizados aumentando a vulnerabilidade para desencadear processos patológicos, em especial o desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que podem causar mudanças na interação do indivíduo com seu contexto social, portanto comprometer a Qualidade de Vida (QV).

Dentre as patologias crônicas predominantes entre os idosos, destaca-se o Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2), caracterizado como uma anormalidade endócrino-metabólica, que envolvem diferentes mecanismos patogênicos, cuja principal característica é a hiperglicemia, que é desencadeada por problemas no mecanismo de produção ou ação do hormônio insulina, que interfere na entrada de glicose na célula, aumentando, assim, sua concentração plasmática. Essa doença apresenta alta prevalência e está relacionada às elevadas taxas de Morbimortalidade, consistindo em um importante problema de saúde pública (MORESCHI; REMPEL; CARRENO, 2015)

O DM é um importante e crescente problema de saúde para todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento. Em 2015, a Federação Internacional de Diabetes estimou que 8,8% da população mundial com 20 a 79 anos de idade (415 milhões de pessoas) viviam com diabetes. Se as tendências atuais persistirem, o número de pessoas com diabetes foi projetado para ser superior a 642 milhões em 2040. Cerca de 75% dos casos são de países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade e há crescente proporção de pessoas acometidas. O aumento da prevalência do diabetes está associado a diversos fatores, como: rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência de estilo de vida sedentário, maior frequência de excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, à maior sobrevivência dos indivíduos com diabetes (OLIVEIRA et al., 2017).

A OMS (2009) estima que glicemia elevada seja o terceiro fator, em importância, da causa de mortalidade prematura, superada apenas por pressão arterial aumentada e uso de tabaco. Como resultado de uma combinação de fatores, o que inclui baixo desempenho dos sistemas de saúde, pouca conscientização sobre diabetes entre a população geral e os profissionais de saúde e início insidioso dos sintomas ou progressão do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), essa condição pode permanecer não detectada por vários anos, dando oportunidade ao desenvolvimento de suas complicações. Estima-se que 46% dos casos de diabetes em adultos não sejam diagnosticados e que 83,8% de todos os casos de diabetes não diagnosticados estejam em países em desenvolvimento (OLIVEIRA et al., 2017).

A natureza crônica do DM2, a magnitude de suas complicações e adversidades, desencadeia ao sistema de saúde empenho e altos custos para o controle da patologia, com o desenvolvimento de novos tratamentos e tecnologias que permite ao usuário o convívio por um período maior de tempo, sobretudo com qualidade, pois os impasses ligados à disfunção crônica repercutem em amplos aspectos do indivíduo e na dinâmica familiar, causando debilidade funcional, psicológica, instabilidade social e comprometendo a essência do bem-estar.

O conceito de QV envolve princípios objetivos e subjetivos, em que o primeiro refere-se à satisfação das necessidades básicas criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social da sociedade, e o segundo diz respeito ao bem-estar, felicidade, amor, autonomia, prazer e realização pessoal. Para a OMS (1995), a expressão QV define-se como a auto percepção do indivíduo em relação a sua condição de vida diante todos os contextos, propondo dessa forma, um conceito subjetivo e multidimensional, visto que engloba os

componentes essenciais da condição humana sejam eles físicos, psicológicos, sociais, culturais ou espirituais (CHECOM; GOMES, 2015).

A partir do que foi abordado surge o seguinte questionamento: O diabetes é uma doença que causa impacto negativo comprometendo a qualidade de vida do paciente?

A realização de estudos voltados para a avaliação da QV do idoso acometido com alguma patologia emerge no cenário da pesquisa como temática amplamente abordada por fornecerem informações relevantes, quanto à percepção do idoso sobre o bem-estar diante a condição crônica em que vive, pois, contribuirá para o planejamento de ações interdisciplinares voltadas para assistência à saúde que facilitará o cuidado, a determinação do benefício terapêutico e o desenvolvimento de programas de promoção à saúde favorecendo o envelhecimento saudável mesmo na existência de uma condição crônica.

É fundamental a presença do profissional de enfermagem dentro do contexto da saúde, pois se trata de um processo de cuidado contínuo e organizado, onde o mesmo mantém compromisso com a coletividade e a saúde do ser humano, visando conhecer e satisfazer as necessidades referentes à população, ou seja, é agente ativo e indispensável na obtenção da cura. O enfermeiro tem papel fundamental na orientação e educação dos indivíduos saudáveis envolvendo estratégias primárias para a promoção e prevenção de agravos, sendo responsável também por ações secundárias voltadas para a recuperação, como o incentivo a adesão ao tratamento, prevenção de intercorrências e incapacidade nos pacientes.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar a qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus.

2.2 Específicos

- Caracterizar a população estudada quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas;
- Verificar os escores de qualidade de vida e seus domínios em idosos diabéticos;
- Analisar diferenças de médias da Qualidade de vida segundo variáveis sociodemográficas e clínicas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura é a base teórica que sustenta qualquer pesquisa, pois dessa forma é possível conhecer o que já foi pesquisado e publicado sobre determinado assunto. Logo, isso implica no esclarecimento das pressuposições teóricas que fundamentam a pesquisa e das contribuições proporcionadas por estudos já realizados com uma discussão crítica (GIL, 2010).

Nesse capítulo serão abordados três subtópicos, sendo eles: envelhecimento, qualidade de vida e Diabetes Mellitus, visando aprofundar o conhecimento sobre este assunto e posteriormente auxiliar a análise de dados para fornecer conclusões pertinentes à pesquisa.

3.1 Qualidade de Vida

O interesse pelo tema QV surgiu a partir da II Guerra Mundial, quando foi utilizado o termo boa vida para referir-se a conquista de bens materiais. Anos mais tarde, o conceito foi ampliado e passou a medir o quanto uma sociedade cresce economicamente (MARTINS et al., 2007). Porém, somente após a II Guerra Mundial que a OMS incorporou outras vertentes como bem-estar físico, psicológico e social à definição de QV (VIEIRA, 2004).

O envelhecimento populacional é um fenômeno social multifacetado que demanda enfrentamento interdisciplinar e tornou-se alvo de várias discussões nas mais diversas áreas, o que tem proporcionado uma variedade de definições sobre este processo. É um sistema dinâmico acompanhado de experiências acumuladas ao longo dos anos, ou seja, um processo complexo de evolução biológica, psicológica, social e cultural do desenvolvimento humano que está intimamente ligada à QV do idoso.

A QV envolve um conceito amplo e subjetivo que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspectos importantes do meio ambiente. A QV é um conceito que reflete as condições de vida desejadas por uma pessoa, relativamente à sua vida em casa, na comunidade, no trabalho e as condições de saúde e bem-estar. Assim, verificasse que a QV é um fenômeno subjetivo baseado na percepção que uma pessoa tem de vários aspectos das experiências da sua vida (MARQUES; SÁNCHEZ: VICARIO, 2014).

Segundo Martins e Mestre (2014), ao estudar a funcionalidade das famílias e a QV dos idosos, as autoras constataram que às características sociodemográficas, apenas a idade, influencia a percepção da QV, sendo que quanto maior for à idade do idoso pior é a sua percepção de QV. Segundo as autoras, este resultado estará associado ao fato de que, à medida que os anos passam, os problemas de saúde aumentam, assim como a probabilidade de o indivíduo sofrer perdas (aos níveis físico, psicológico e social), o que vai influenciar a QV destes idosos.

Portanto, a definição de QV é difícil, por se tratar de um constructo subjetivo e determinado por inúmeras variáveis interligadas ao longo da vida, inclusive no processo de envelhecimento humano. Compreender o envelhecimento como um processo sociovital multifacetado e se conscientizar de que se trata de um fenômeno irreversível é de suma importância para que todos, envolvendo profissionais da saúde, governo, sociedade em geral e os próprios idosos, vejam a velhice não como finitude, mas com um momento do ciclo da vida que requer cuidados específicos, o qual pode e deve ser desfrutado com qualidade (DAWALIBI et al., 2013).

Para Santos e Cunha (2014), o domínio da pesquisa está crescendo cada vez mais, surgindo o interesse pela caracterização das variáveis que determinam uma boa QV na velhice, principalmente relacionado aos domínios físicos, social e psicológico, bem como pela identificação das nações vigentes sobre qual o significado desse conceito em meio a população.

Entre os instrumentos propostos para avaliar a qualidade de vida, destaca-se o World Health Organization Quality of Life Abbreviated (WHOQOL-BREF), desenvolvido pelo Grupo de QV da OMS (1995), composto por quatro domínios, sendo que cada um tem por objetivo analisar, respectivamente: a capacidade física, o bem estar psicológico, as relações sociais e o meio ambiente onde o indivíduo está inserido. Além desses quatro domínios, o WHOQOL-BREF é composto por um que analisa a qualidade de vida global (DAWALIBI; GOULART; PREARO, 2014).

O teste WHOQOL-BREF brasileiro foi realizado com 300 indivíduos de Porto Alegre/RS, sendo 250 pacientes do Hospital de Clínicas da cidade e 50 voluntários. O instrumento apresentou características satisfatórias de consistência interna (coeficiente de Cronbach de 0,69 a 0,91), validade discriminante, validade de critério (com exceção de um domínio, todos explicaram 44% da variância), validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. Assim, a versão em português do WHOQOL-BREF foi considerada válida para ser utilizada no Brasil (SANTOS, 2015).

Portanto, diante das modificações demográficas ocorridas na população tornando-a mais envelhecida, é necessário garantir aos idosos uma maior sobrevida com qualidade, com atenção primordial ao estilo de vida, uma vez que é fundamental para a promoção da saúde e redução da mortalidade, fazendo-se necessárias intervenções que identifiquem as necessidades dessa população, e conseqüentemente promova condições que permitam uma velhice produtiva e saudável. Além disso, a sensibilidade social é de grande relevância para uma visibilidade ainda maior dos idosos, contribuindo para uma relação mais dinamizada da sociedade com essa população.

3.2 Diabetes Mellitus tipo 2

O principal impacto negativo do envelhecimento populacional é o aumento da prevalência de DCNT, que são as principais causas de mortalidade e incapacidade em todo o mundo. Essas doenças são responsáveis por 38 milhões de mortes anuais, sendo que três terços desse total ocorrem em países de baixa e média renda como o Brasil. Além disso, é nesse grupo de países que ocorre um maior número de mortes antes dos 70 anos, já que o acesso à saúde preventiva e os tratamentos dessas patologias são limitados, contribuindo para uma menor expectativa de vida (SILVA et al., 2017).

Entre as DCNT mais comuns na velhice, destaca-se o DM, em função da alta taxa de morbimortalidade, principalmente nas faixas etárias mais avançadas, sendo que acomete 18% dos idosos e 50% dos portadores de DM2 apresentam mais de 60 anos de idade. Sendo assim, o DM está relacionado a um risco maior de morte prematura, a maior associação com outras comorbidades e de grande importância destacar os prejuízos em relação à capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida (RAMOS et al., 2017).

Uma epidemia de DM está em curso, se tornando um importante e crescente problema de saúde para todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento. Em 2015, a Federação Internacional de Diabetes estimou que 8,8% da população mundial com 20 a 79 anos de idade (415 milhões de pessoas) vivia com diabetes. Se as tendências atuais persistirem, o número de pessoas com diabetes foi projetado para ser superior a 642 milhões em 2040. Cerca de 75% dos casos são de países em desenvolvimento, nos quais deverá ocorrer o maior aumento dos casos de diabetes nas próximas décadas. A OMS estima que glicemia elevada é o terceiro fator, em importância, da causa de mortalidade prematura, superada apenas por pressão arterial aumentada e uso de tabaco (OLIVEIRA et al., 2017).

No Brasil, estudo realizado na comunidade de origem japonesa mostrou acentuado aumento da prevalência de diabetes, cuja taxa passou de 18,3%, em 1993, para 34,0%, em 2000, evidenciando o impacto produzido pelas alterações no estilo de vida, em particular no padrão alimentar e no nível de atividade física, em uma população com provável suscetibilidade genética. Tradicionalmente, o diabetes tipo 2 tem sido descrito como próprio da maturidade, com incidência após a terceira década. Nos últimos anos, entretanto, tem sido observada uma crescente incidência de DM2 em adolescentes, geralmente associada a importante história familiar, excesso de peso e sinais de resistência insulínica. A incidência de tipo 1 está aumentando nas últimas décadas, particularmente entre crianças com menos de 5 anos de idade (OLIVEIRA et al., 2017).

Para Alencar (2014), no DM2, o pâncreas produz a insulina, no entanto, muitas vezes não produz o suficiente para captar o açúcar do sangue, ou é incapaz de usar toda essa insulina secretada, passando a funcionar incorretamente e fazendo com que os níveis de açúcares permaneçam altos no sangue, ou seja, uma hiperglicêmica crônica, provocando alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas, pode ser considerada uma das DC de maior impacto para o sistema de saúde pública devido a seu elevado grau de morbimortalidade decorrente de suas complicações crônicas macrovasculares, e por ser uma doença muito onerosa não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, mas também para o sistema de saúde.

Segundo o Ministério da saúde (2013), cerca de aproximadamente 50% da população com DM2 não sabe que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados até que se manifestem sinais de complicações, o que significa que no momento do diagnóstico, já se tenha a presença de alterações micro e macrovasculares. No entanto, DM2 tem a possibilidade de permanecer assintomático por longo tempo, sua detecção clínica pode ser feita, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. Por essa razão, é importante que as equipes de Atenção Básica estejam atentas, não apenas para os sintomas de diabetes, mas também para seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, estilo de vida prejudicial e obesidade).

Para Matias e Alencar (2016), a carga imposta pelo DM, ou seja, o impacto de sua mortalidade e os problemas de saúde por ele causados torna-se impossível não o correlacionar com possíveis alterações na QV dos indivíduos. O aumento da prevalência do DM, aliada às mudanças de estilo de vida necessárias para seu tratamento (restrições dietéticas, uso de medicamentos) e à complexidade de suas complicações crônicas (retinopatia, nefropatia, neuropatia, cardiopatia, pé neuropático, entre outros) levou os indivíduos associarem o DM a

uma menor satisfação com a vida. Isso revela que, no imaginário coletivo, o DM é uma doença temida.

Sabendo-se que as DC afetam de forma significativa a saúde do idoso, acarretando comprometimento financeiro, emocional, social, dentre outros, a QV em idosos portadores de DM2 é prejudicada em decorrência da doença. O número de condições patológicas associadas ao DM2 mostra correlação negativa com a capacidade funcional, aptidão física, dor, estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental (SOUSA et al., 2016).

Nesse contexto, é indispensável compreender as condições patológicas associadas ao DM e principalmente como acontece o processo de envelhecimento com diabetes, proporcionando uma maior atenção ao idoso, uma vez que é a população mais afetada, muitas vezes, tem sua QV comprometida, tudo deve acontecer com o intuito de não apenas prolongar a vida, mas está sempre somando a preservação o bem-estar dos que envelhecem.

Portanto a Atenção Básica, segundo o Ministério da Saúde (2013), deve ser a estratégia preferencial para atuação no controle da DM. Para tanto, é necessário conhecer a situação de saúde dessa população sendo necessária a abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento, bem como o início do processo de educação em saúde são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção da QV (prevenção terciária). Algumas ações podem prevenir o diabetes e suas complicações rastreando quem tem risco para desenvolver a doença (prevenção primária) e assim iniciar cuidados preventivos; além de rastrear quem tem diabetes, mas não sabe (prevenção secundária), a fim de oferecer o tratamento mais precoce.

3.3 Envelhecimento

Envelhecer é visto como um processo natural que ocorre desde que nascemos, ficando mais evidente com a chegada da terceira idade, e pode variar de indivíduo para indivíduo, sendo gradativo para uns e mais rápido para outros. Essas variações são dependentes de fatores físicos, biológicos, assim como estilo de vida, condições socioeconômicas e patológicas, percebendo que a qualidade do envelhecimento está intimamente ligada com a QV na qual o organismo foi submetido (ROCHA, 2018).

O ser humano como um todo sempre se preocupou com o envelhecimento, encarando-o de formas diferente. Assumindo assim, uma dimensão heterogênea. Alguns caracterizaram o envelhecer como uma diminuição geral das capacidades da vida diária, outros o consideram como um período de crescente vulnerabilidade e de cada vez maior

dependência no seio familiar. Outros, ainda, veneram a velhice como o ponto mais alto da sabedoria, bom senso e serenidade. Cada uma destas atitudes corresponde a uma verdade parcial, sendo assim, falar de envelhecimento é abrir um leque de interpretações que se entrelaçam ao cotidiano e a diferentes perspectivas (FERREIRA et al., 2012).

Para Rommel e Trompieri (2012), o envelhecimento é um fenômeno que atinge todos os seres humanos, e que pode ser compreendido a partir de três subdivisões: a classe primária, também conhecida como envelhecimento normal ou senescência, atinge todos os humanos sendo independente de influências ambientais e doença. Já a classe secundária ou patológica, refere-se a doenças que não se confundem com o processo normal de envelhecimento, sendo resultante das interações das influências externas, e é variável entre indivíduos em meios diferentes. Embora as duas classes sejam distintas, porém elas interagem fortemente, pois, o meio externo pode possibilitar a aceleração dos processos básicos do envelhecimento, e já a classe terciária é o período caracterizado por profundas perdas físicas e cognitivas, ocasionadas pela acumulação dos efeitos do envelhecimento, como também por patologias dependentes da idade.

A longevidade tem sido apontada como uma das transformações demográficas mais significativas do século XXI. No Brasil, segundo relatório pelo o Fundo de População das Nações Unidas (2012), uma em cada nove pessoas no mundo tem 60 anos ou mais, e estima-se que há um crescimento de 1 em cada 5 por volta de 2050. Em 2050 pela primeira vez haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos. Em 2012, 810 milhões de pessoas têm 60 anos ou mais, constituindo 11,5% da população global. Projeta-se que esse número alcance um bilhão em menos de dez anos e mais que duplique em 2050, alcançando dois bilhões de pessoas ou 22% da população global.

De acordo com o relatório do Banco Mundial (2011), nos próximos 40 anos, o grupo pertencente aos idosos, crescerá no Brasil a uma taxa de 3,2% ao ano, comparada ao crescimento de 0,3% ao ano da população total. Como resultado, em 2050, haverá 64 milhões de idosos, ou seja, 30% da população total. Isso significa que o Brasil terá proporções de idosos semelhantes às encontradas atualmente nos países centrais como o Japão (28%) e os da Europa (24%). Essa modificação na estrutura etária da população caracteriza, portanto, o Brasil como um “país jovem com cabelos brancos”.

Para Formiga et al. (2017), o aumento da população maior de 60 anos implica na necessidade de assistência, informação, bem como incentivo para o envelhecimento ativo e melhoria na QV. Dentre as expectativas do envelhecimento saudável, está em manter a capacidade funcional para que o indivíduo idoso possa levar uma vida com independência e

autonomia, é imprescindível à manutenção da capacidade funcional, esta pode ser conceituada como a manutenção da capacidade de realizar Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) que significa algo cotidiano e indispensável para a sobrevivência e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) que são atividades que permitem a integração de uma pessoa na comunidade, gerir a sua casa e a sua vida.

Segundo Doll, Ramos e Bues (2015), o aumento da longevidade representa uma conquista do campo social e da saúde. Por outro, apresenta-se como um desafio às demandas sociais e econômicas, sobretudo nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, porque com o envelhecimento, na maioria das vezes, surgem problemas que desafiam o sistema de saúde e a previdência social, uma vez que a velhice muitas vezes está associada ao aumento da dependência física, declínio funcional, isolamento social que conseqüentemente torna o indivíduo inativo e dependente.

A complexidade que envolve o fato de envelhecer exige além de estudos mais aprofundados para entender os condicionantes do envelhecimento, são necessárias alternativas para dar subsídios aos indivíduos idosos, para que permaneçam socialmente e economicamente ativos o maior tempo possível, uma vez que, o número de idosos está em constante crescimento tornando-se um desafio na formulação e implementação de políticas públicas que envolvam ações de prevenção e cuidados direcionadas às necessidades desse público. A busca na literatura foi voltada para as questões que circundam o envelhecimento, cabendo ressaltar, que levando em conta a importância do tema são necessários estudos mais atuais envolvendo o mesmo.

4 MÉTODO

4.1 Tipos de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza transversal, com abordagem quantitativa, buscando avaliar a qualidade de vida em idosos diabéticos. Segundo Gil (2010), uma pesquisa descritiva tem como principal objetivo a descrição das características de uma população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

Para Polit e Beck (2011), estudos transversais envolvem coletas de dados em um determinado ponto do tempo, de forma que se torna possível descrever uma situação ou fenômeno ou as relações entre si em um ponto fixo de tempo. Por sua vez, as variáveis quantitativas representam medidas que serão tomadas dos sujeitos da pesquisa (ROUQUAYROL, 2013).

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado no período compreendido entre agosto de 2017 a junho de 2018 em quatro Estratégia Saúde da Família (ESF) da zona urbana e/ou domicílios de idosos diabéticos residentes no município de Picos-Piauí. A escolha das ESF se deu por ter maior número de idosos em atendimento e plena atuação do programa Hiperdia.

Em conformidade com o Sistema de Informação da Atenção Básica do município, há um total de 36 equipes de saúde da família, sendo: 25 na zona urbana e 11 na zona rural.

Na zona urbana as ESF são dispostas em áreas que forneçam assistência à população em geral, sendo a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde, são instaladas de maneira a facilitar o acesso da população e funcionam no período integral de segunda à sexta-feira. Oferecem atendimentos básicos e gratuitos por meio de consultas agendadas e atendimento a livre demanda, além de encaminhamentos para serviços especializados. Os atendimentos ofertados na zona rural assemelham-se as que são realizadas na zona urbana.

4.3 População e amostra

De acordo com os dados obtidos em setembro de 2017, na Secretaria Municipal de Saúde por meio da coordenação do Programa Municipal de Saúde do Adulto e do Idoso, a

população do estudo foi constituída por idosos diabéticos, residentes na zona urbana do município de Picos - PI, que são atendidos nas ESF escolhidas, correspondendo a um total de 137 pacientes, sendo este valor relativo à amostra.

Quadro 1 – Representação da quantidade de pacientes idosos diabéticos Estratégia Saúde da Família. Picos-Piauí-Brasil, 2017.

Instituição	Amostra esperada	Amostra atingida
ESF A	17	13
ESF B	49	38
ESF C	30	24
ESF D	41	33
TOTAL	137	108

Fonte: O autor

4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

A amostra do estudo ainda foi definida através dos critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos no estudo:

- Indivíduos de 60 anos ou mais;
- Possuir diagnóstico de DM e estar cadastrado em uma das UBS escolhidas para esta pesquisa.

Foram excluídos do estudo:

- Indivíduos que apresentaram dificuldades para o entendimento dos instrumentos de coleta de dados, como por exemplo, deficiência auditiva.
- Déficit cognitivo comprometido avaliado pela realização do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO A).

Deste modo, a amostra esperada foi de 137 idosos diabéticos, porém não atingida, sendo justificada por alguns indivíduos se recusarem de participar da pesquisa e por se enquadrarem nos critérios de exclusão. Houve ainda dificuldades na coleta dos dados como

ausência dos idosos nas ESF, problemas no acesso ao domicílio e resistência dos profissionais para acompanhar nas visitas domiciliares.

4.4 Variáveis do estudo

Como recurso para aquisição de dados para o estudo, utilizou-se um formulário estruturado com variáveis sociodemográficas e clínicas (APÊNDICE A), e outro instrumento relacionado à qualidade de vida (ANEXO B).

4.4.1 Variáveis socioeconômicas

Sexo: computado em masculino ou feminino.

Idade: avaliada em anos completos.

Estado civil: se é casado, solteiro, viúvo, divorciado ou em união estável.

Cor: foi considerado grupo racial referido pelo participante, sendo eles: negro, branco, amarelo, parda e outro.

Atividade remunerada: espera-se que o indivíduo responda sim ou não.

Com quem reside: se é com familiares, amigos, companheiro (a) ou sozinho (a).

Renda familiar: Considerado valores brutos dos vencimentos mensais da família do participante em reais.

Anos de estudo: Se o idoso estudou menos de um ano, de dois a sete anos, de oito a onze anos ou por mais de onze anos.

Classe econômica: Foi utilizado o Critério de Classificação Socioeconômica Brasil (CCEB), elaborado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), sendo este utilizado em diversas publicações de cunho científico. A utilização deste método viabiliza a mensuração de poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”, dividindo o mercado em classes econômicas (ABEP, 2016).

Para a obtenção da classificação econômica o CCEB faz uso de um sistema de pontos que são distribuídos de acordo com o uso de alguns objetos domiciliares e nível de instrução do chefe da família do pesquisado, como apresentam os quadros dois e três.

Quadro 2 – Sistema de pontos segundo posse e quantidade de itens.

ITENS	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	≥ 4
Produtos/serviços					
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada doméstica	0	3	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar roupa	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2
PONTUAÇÃO	Total=				

Fonte: ABEP, 2016.

Quadro 3 – Sistema de pontos segundo grau de instrução do chefe de família.

Analfabeto / Até 3ª série Fundamental	0	
Até 4ª Série Fundamental	1	
Fundamental completo	2	
Médio completo	4	
Superior completo	8	
SERVIÇOS PÚBLICOS		
Água encanada	Não (0)	Sim (4)
Rua pavimentada	Não (0)	Sim (2)

Fonte: ABEP, 2016.

Os pontos atribuídos foram somados e o total enquadrado em uma das faixas de pontuação disponíveis em outra tabela, onde constam as classificações econômicas, sendo elas: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E.

Quadro 4 – Cortes do Critério Brasil

CLASSE	PONTOS
A1	42–46
A2	35 – 41
B1	29 – 34
B2	23 – 28
C1	18 – 22
C2	14 – 17
D	8 – 13
E	0 – 7

Fonte: ABEP, 2016.

4.4.2 Variáveis clínicas

Nas variáveis clínicas, questionou-se:

Há quanto tempo foi feito o diagnóstico do diabetes: agrupado em até um ano, de dois a cinco anos, de seis a 10 anos, maior que 10 anos, não lembra.

O tipo de tratamento que realiza para controlar o diabetes: se faz dieta, usa medicamento oral, se pratica atividade física, se usa insulina ou realiza outros tipos de tratamentos.

Se existe algum problema que impeça a realização do tratamento: esperou-se que o indivíduo responda sim ou não.

Se o indivíduo respondeu que existe algum problema que impeça a realização do tratamento foi necessário especificar se é: déficit no conhecimento da doença, se não aceita o diagnóstico, grande número de medicamentos utilizados, dificuldade em realizar restrição de alguns alimentos, questão financeira, falta de motivação, falta de apoio familiar.

Se o indivíduo apresenta algum outro problema além da diabetes: Se é hipertensão, obesidade, problema renal, problemas cardíacos, depressão, ou caso apresente outro especificar.

Se o indivíduo apresenta complicações crônicas do diabetes: problemas nos olhos, rins, nervos, pés, coração.

4.4.3 Variáveis relacionadas à qualidade de vida

Utilizou-se o instrumento WHOQOL-BREF (ANEXO B) específico para a aferição da QV, criado pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS a partir do WHOQOL 100. É uma versão abreviada do WHOQOL 100, contendo 26 questões, sendo duas questões gerais e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Assim, o WHOQOL-BREF avalia os seguintes domínios da QV (SANTOS, 2015).

Domínio físico: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho;

Domínio psicológico: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças pessoais;

Domínio relações sociais: relações pessoais; suporte/apoio social; atividade sexual;

Domínio meio ambiente: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima; transporte.

Além destes quatro domínios, as duas primeiras questões do WHOQOL-BREF avaliam a QV global e a percepção geral de saúde.

As variáveis da QV foram analisadas conforme o modelo estatístico pelo WHOQOL GROUP (1998) – Escore Bruto (EB) e os Escores Transformados 4-20 (ET4-20) e 0-100 (ET0-100) (ANEXO C). As questões 1- Como você avalia sua QV? E a questão 2- Quão satisfeito está com sua saúde? Tem como opções para resposta: muito insatisfeito; insatisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, satisfeito, muito satisfeito; não estão incluídas no cálculo da equação, portanto, são calculadas separadamente.

Embora a metodologia WHOQOL, utilize intervalos de zero a cinco segundo a Escala Likert, porém, não favorece esta unidade. Em razão disso, optou-se em usar a escala adaptada (SPINOLA; PEREIRA,1976), que permite a apresentação mais padronizada dos dados, favorecendo a análise comparativa de cada um dos domínios e dando maior clareza aos resultados alcançados. E de acordo com Saupe et al. (2004), a escala adaptada é representada por um número real que está compreendido entre o intervalo de 0 – 100, correspondendo aos escores transformados, alcançando um resultado ao final da aplicação de todas as equações para obtenção dos escores.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de março a maio de 2018 pela pesquisadora, utilizando como instrumento um formulário estruturado contendo questões que abordam demografia, características socioeconômicas e clínicas, e o WHOQOL-BREF contendo itens relacionados à qualidade de vida, foi utilizado também o (MEEM) para avaliar a cognição do público alvo. Os dados foram colhidos em um único momento de maneira particular na sala do enfermeiro, e os casos em que os idosos que perfaziam a amostra, mas não compareceu a UBS, a pesquisadora com autorização prévia dirigiu-se ao domicílio dos idosos diabéticos acompanhada pela ACS da área que o mesmo reside, com a finalidade de obter as informações necessárias para avaliar a QV dos idosos diabéticos.

4.6 Análise dos dados

Após a coleta, os dados foram organizados em um banco de dados e dispostos na forma de tabelas com apresentação descritiva das frequências absoluta e relativa, como também foram utilizados testes estatísticos Anova e T-student, com o auxílio do software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS versão 20.0*. Para todas as análises estatísticas foram consideradas como estatisticamente significante aquelas com $p < 0,05$.

4.7 Aspectos éticos

O trabalho foi realizado conforme o proposto pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), e aprovado sob parecer de n 2.399.181, no dia 26/11/2017 (ANEXO D). Os participantes foram devidamente informados dos objetivos e metodologia do estudo e foi incluído o termo de consentimento livre e esclarecido. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) contém informações detalhadas a respeito do estudo, bem como a liberdade para desistência do mesmo a qualquer momento, a garantia do anonimato e, ainda, que o estudo não trará nenhum prejuízo ou complicações para os participantes (BRASIL, 2012).

Não houve mecanismos diretos ou indiretos que colocassem em risco a integridade física dos participantes, e nos casos de não aceitação, este fato não implicou em prejuízo de qualquer natureza aos indivíduos. Todos os dados coletados foram resguardados com privacidade e somente usados para os fins a que se destina o estudo.

Como riscos ocasionados pela pesquisa: constrangimento e/ou desconforto por parte do participante envolvido, entretanto, foi contornado através da realização de forma individual em local reservado, envolvido o benefício de proporcionar de forma indireta conhecimento acerca dos aspectos que envolvem a QV.

5 RESULTADOS

Foram avaliados 108 diabéticos de ambos os sexos, uma vez que, a amostra total de 137 não foi atingida em decorrência de recusa na participação da pesquisa, critério de exclusão e dificuldade na coleta dos dados.

Dentre esses participantes 64,8% eram do sexo feminino. A faixa etária dos participantes ficou compreendida entre 60 e 88 anos, permanecendo a média de idades em $68,7 \pm 7,4$ anos. Em relação à cor autorreferida pelos entrevistados, 47,2% se autodenominaram pardos; quanto ao grau de escolaridade, 51,9% da amostra possuíam menos que um ano de estudo; já referente ao estado civil, 56,5% eram casados, sendo que 70,4% declararam que moravam com seus familiares.

De todos os idosos entrevistados, 16,2% ainda exercem atividades remuneradas e, no diz respeito à renda dos indivíduos participantes, 35,2% recebe entre um a dois salários mensais, com média de $2118,6 \pm 1686,2$. Além disto, utilizando o CCEB (2016), a classe econômica C foi predominante com 69,4% e nenhum dos indivíduos pertenceram à classe E (TABELA 1).

TABELA 1 – Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas. Picos-PI, 2018 (n=108). (Continua)

Variáveis	N	%	Média ± DP*
Sexo			
Masculino	38	35,2	
Feminino	70	64,8	
Faixa Etária			$68,7 \pm 7,4$
60 – 69	65	60,2	
70 – 79	30	27,8	
> 80	13	12,0	
Cor (autorreferida)			
Branca	41	38,0	
Negra	16	14,8	
Parda	51	47,2	
Anos de estudo			
Até 1 ano	56	51,9	
De 2 a 7 anos	22	20,4	
De 8 a 11 anos	15	13,9	
Maior que 11 anos	15	13,9	

TABELA 1 – Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas. Picos-PI, 2018 (n=108). (Conclusão)

Variáveis	n	%	Média ± DP*
Estado civil			
Casado	61	56,5	
Solteiro	13	12,0	
Viúvo	25	23,1	
Divorciado	9	8,4	
Com quem reside			
Familiares	76	70,4	
Amigos	02	1,9	
Companheiro (a)	14	13,0	
Sozinho (a)	16	14,7	
Atividade remunerada			
Sim	16	14,8	
Não	92	85,2	
Renda			2.118,60 ± 1.686,20
Até um salário	36	33,3	
> um até dois salários	38	35,2	
> dois salários	34	31,5	
Classe econômica			
A1 + A2	2	1,9	
B1 + B2	29	26,9	
C1 + C2	75	69,4	
D + E	2	1,9	

FONTE: dados da pesquisa.

* DP: Desvio Padrão.

A tabela 2 representa uma análise das informações colhidas junto ao indivíduo sobre a condição patológica e o manejo do tratamento. Levando em conta o tempo de descoberta do DM, 47,2% dos idosos mencionaram que tiveram o diagnóstico há mais de 10 anos. A conduta adequada para o tratamento é essencial para o manejo da doença evitando complicações, a partir do item de múltipla escolha relacionado ao tratamento realizado pelos diabéticos, identificou-se que 93,5% fazem uso de medicamento oral, a dieta é seguida por 59,3%, a atividade física praticada por 29,6% e apenas 13,9% fazem uso de insulina. Ainda em relação às condutas terapêuticas 37% de toda a amostra relatou ter algum problema em realizar o tratamento adequado, os problemas mais significativos identificados foram realizar dieta com 27,8%, seguido do grande número de comprimidos consumidos com 16,7%, e a questão financeira, com 15,7%.

Além disto, referente aos problemas de saúde apresentados pelos idosos diabéticos, esteve presente com grande frequência a hipertensão arterial sistêmica (HAS), associada em 75% dos entrevistados, também é de grande importância o número de problemas cardíacos com um percentual de 8,3% e os respondentes ao item “outros” com valor de 12%, sendo bastante mencionados os problemas na tireoide, artrose, osteoporose, hérnia de disco, dentre outros. E em relação às complicações oriundas do diabetes, a mais frequente nos participantes foi à complicação nos olhos com 47,2%, porém, as complicações nos pés obtiveram relevância com um percentual de 14,8% (TABELA 2).

TABELA 2 – Caracterização da amostra segundo as variáveis clínicas. Picos-PI, 2018.

Variáveis	n	%
(Continua)		
Há quanto tempo tem DM		
Até um ano	07	6,5
Dois a cinco anos	32	29,6
Seis a dez anos	18	16,7
Maior que dez anos	51	47,2
Qual tipo de tratamento realizado		
Dieta	64	59,3
Medicamento oral	101	93,5
Atividade física	32	29,6
Insulina	15	13,9
Problema para realização o tratamento		
Sim	40	37,0
Não	68	63,0
Quais problemas *		
Déficit no conhecimento	01	0,9
Grande N° de medicamentos	18	16,7
Seguir dieta	30	27,8
Financeiro	17	15,7
Falta de motivação	05	4,6
Apresenta algum outro problema de saúde		
Hipertensão	81	75,0
Obesidade	02	1,9
Problema renal	05	4,6
Problemas cardíacos	09	8,3
Depressão	04	3,7
Outros	13	12,0

TABELA 2 – Caracterização da amostra segundo as variáveis clínicas. Picos-PI, 2018.

Variáveis	n	(Conclusão)
		%
Complicações do DM		
Complicações nos olhos	51	47,2
Complicações nos rins	12	11,1
Complicações nos nervos	7	6,5
Complicações nos pés	16	14,8
Complicações no coração	5	4,6

FONTE: dados da pesquisa.

*n=40, representando o número de participantes que relataram ter algum problema para a realização do tratamento

A QV foi analisada mediante a aplicação do instrumento WHOQOL-BREF, sendo fundamental para identificar aspectos relacionados à vida de idosos com DM. Nessa perspectiva, após a análise de cada domínio, foram obtidos escores referentes à avaliação da Qualidade de Vida Global (QVG): o valor mínimo obtido foi 30,8 e o máximo 85,6, com média de $58,6 \pm 17,2$. Na análise descritiva dos domínios do instrumento, o domínio psicológico obteve uma maior média ($63,7 \pm 12,3$) e, por outro lado, o domínio meio ambiente obteve a menor média ($55,5 \pm 10,3$); cabendo ressaltar, que o físico foi o domínio que mais variou obtendo os extremos de mínimo (17,9) e máximo (92,9), com desvio-padrão elevado (17,2) (TABELA 3).

TABELA 3 – Avaliação descritiva dos escores de QV e seus domínios. Picos-PI, 2018.

Qualidade de vida	Mínimo	Máximo	Média \pm DP*
Domínio I – Físico	17,9	92,9	$58,6 \pm 17,2$
Domínio II – Psicológico	25,0	91,7	$63,7 \pm 12,3$
Domínio III – Relações Sociais	25,0	91,7	$60,8 \pm 12,5$
Domínio IV – Meio Ambiente	34,3	84,3	$55,5 \pm 10,3$
Avaliação Global	30,8	85,6	$59,7 \pm 10,8$

FONTE: dados da pesquisa.

* DP: desvio-padrão.

Na tabela 4, é possível visualizar a análise de médias da QV de acordo com as variáveis socioeconômicas. Nesta, percebe-se que, com significância estatística, as maiores médias de QV estão presentes entre: sexo masculino ($63,9 \pm 11,1$) ($p=0,002$), faixa etária de 60 – 69 anos ($63,3 \pm 9,7$) ($p=0,000$), participantes com mais de 11 anos de estudo ($68,2 \pm 7,8$) ($p=0,000$), casados ($62,1 \pm 10,5$) ($p=0,010$), que exercem atividade remunerada ($70,2 \pm 5,2$) ($p=0,000$), com renda maior que 2 salários mínimos ($62,7 \pm 10,5$) ($p=0,043$) e pertencentes à classe A ($75,5 \pm 6,7$) ($p=0,005$).

TABELA 4 – Análise de diferenças de médias da Qualidade de vida segundo variáveis sociodemográficas. Picos-PI, 2018.

Variáveis	Avaliação Global da Qualidade de Vida		P-valor
	Média ± DP*		
Sexo	Feminino	57,3 ± 9,9	0,002 ^t
	Masculino	63,9 ± 11,1	
Faixa etária	60 – 69	63,3 ± 9,7	0,000 ^a
	70 – 79	57,0 ± 9,7	
	> 80	47,6 ± 2,1	
Cor (autorreferida)	Branca	60,0 ± 10,1	0,775 ^a
	Negra	59,2 ± 11,3	
	Parda	59,0 ± 11,2	
Anos de estudo	Até 1 ano	55,3 ± 10,4	0,000 ^a
	De 2 a 7 anos	61,8 ± 10,0	
	8 a 11 anos	64,2 ± 8,2	
	Maior que 11 anos	68,2 ± 7,8	
Com quem reside	Familiares	59,5 ± 10,1	0,497 ^a
	Amigos	60,5 ± 7,2	
	Companheiros (a)	63,2 ± 12,2	
	Sozinho (a)	57,1 ± 13,0	
Estado Civil	Casado	62,1 ± 10,5	0,010 ^a
	Solteiro	58,4 ± 11,1	
	Viúvo	53,7 ± 8,3	
	Divorciado	61,9 ± 13,2	
Atividade remunerada	Sim	70,2 ± 5,2	0,000 ^t
	Não	57,8 ± 10,4	
Renda	Até um salário	56,3 ± 10,9	0,043 ^a
	> um até dois salários	60,2 ± 10,2	
	> dois salários	62,7 ± 10,5	
Classe econômica	A1 + A2	75,5 ± 6,7	0,005 ^a
	B1 + B2	64,1 ± 7,8	
	C1 + C2	57,6 ± 11,0	
	D	55,1 ± 16,7	

FONTE: dados da pesquisa.

* DP: desvio-padrão.

^t Teste t-Student para amostras independentes.

^a ANNOVA One-way

A tabela 5 apresenta uma associação da QV com as variáveis clínicas relacionadas ao manejo e alterações da doença, onde os idosos diabéticos relataram a realização de dieta, atividade física, utilizar medicamento oral e insulina, sendo que o item atividade física obteve maior média com $63,6 \pm 10,1$ melhorando a QV destes, com resultado significativo ($p=0,013$). Em relação a ter algum problema para realizar o tratamento ou não, segundo os resultados obtidos não houve significância, mas pode-se observar os indivíduos que não tem nenhum problema que impeça realizar o tratamento, possui uma média um pouco superior aos que tinham algum problema ($61,2 \pm 11,2$). Em relação às pessoas que tem algum problema para realização do tratamento, o problema que mais influenciou negativamente diminuindo o escore de QV desses diabéticos foi o financeiro, com média de $52,5 \pm 7,3$ ($p=0,008$).

E quanto a outros problemas de saúde além do diabetes, os que mais influenciaram negativamente contribuindo para diminuir o escore de QV, foi a HAS ($58,1 \pm 11,3$), seguido de problema renal ($46,3 \pm 8,8$) e depressão ($43,7 \pm 9,5$), todos os resultados estatisticamente significantes $p = 0,000 / 0,004 / 0,002$, respectivamente. Sobre as complicações decorrentes do diabetes, os indivíduos com complicações nos olhos ($57,0 \pm 11,0$), nos rins ($47,4 \pm 7,5$) e no coração ($47,8 \pm 7,9$) são os que apresentam uma menor QV em relação aos demais, todos os resultados significantes estatisticamente com valor de $p=0,014 / 0,000 / 0,011$, respectivamente.

TABELA 5 – Análise de diferenças de médias da Qualidade de vida segundo variáveis clínicas. Picos-PI, 2018. (Continua)

Variáveis		Avaliação Global da Qualidade de Vida	
		Média \pm DP*	p-valor ^t
Tipos de tratamento para DM	Dieta	$59,0 \pm 10,9$	0,466
	Medicamento oral	$59,7 \pm 10,8$	0,929
	Atividade física	$63,6 \pm 10,1$	0,013
	Insulina	$58,5 \pm 13,1$	0,642
Problemas para a realização do tratamento	Sim	$57,0 \pm 9,5$	
	Não	$61,2 \pm 11,2$	0,500
Quais problemas	Déficit no conhecimento	59,6	0,785
	Grande N° de medicamentos	$54,0 \pm 11,04$	0,071
	Seguir dieta	$56,5 \pm 9,8$	0,535
	Financeiro	$52,5 \pm 7,3$	0,008
	Falta de motivação	$57,5 \pm 10,3$	0,909

TABELA 5 – Análise de diferenças de médias da Qualidade de vida segundo variáveis clínicas. Picos-PI, 2018. (Conclusão)

Variáveis	Avaliação Global da Qualidade de Vida		p-valor ^t
	Média ± DP*		
Apresenta algum outro problema de saúde	Hipertensão	58,1 ± 11,3	0,009
	Obesidade	53,4 ± 13,8	0,408
	Problema renal	46,3 ± 8,8	0,004
	Problemas cardíacos	53,8 ± 12,5	0,089
	Depressão	43,7 ± 9,5	0,002
	Outros	54,3 ± 8,9	0,056
Complicações do DM	Complicações nos olhos	57,0 ± 11,0	0,014
	Complicações nos rins	47,4 ± 7,5	0,000
	Complicações nos nervos	57,4 ± 7,7	0,572
	Complicações nos pés	56,5 ± 6,3	0,204
	Complicações no coração	47,8 ± 7,9	0,011

FONTE: dados da pesquisa.

* DP: desvio-padrão.

^t Teste t-Student para amostras independentes.

6 DISCUSSÃO

O diabetes é um importante e crescente problema de saúde pública pelo grande número de pessoas afetadas, incapacitações, mortalidades e custos envolvidos para o tratamento e controle da doença, contribuindo significativamente para o aumento dos índices de morbimortalidade afetando a QV dos indivíduos.

Esse trabalho fornece dados sobre a QV de idosos diabéticos nas ESF, a discussão será exposta de acordo com as variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas à QV, pois conhecer o perfil da população e as alterações negativas que comprometem o gerenciamento da condição crônica, colaborando para o desenvolvimento das complicações, são indispensáveis para fornecer serviços e recursos, tanto em termos pessoais, como de equipamentos, medicamentos e demais insumos essenciais para a realização de ações de natureza preventiva, diagnóstica, terapêutica e reabilitação.

Neste estudo houve a predominância do sexo feminino com porcentagem de 64,8%, sendo justificada pelo fato de que as mulheres buscam os serviços de atendimento à saúde com maior assiduidade que os homens, o que aumenta as chances de diagnóstico precoce e difere dos homens que apenas procuram atendimento quando as alterações clínicas estão em fase aguda (CARVALHO et al., 2017).

Em relação à faixa etária, a grande maioria dos idosos fazia parte do intervalo compreendido entre 60 a 69 anos, somando um total de 60,2%; a fase idosa avançada, maior de 80 anos, esteve bem menos representada na amostra, em torno de 12%. Assim, assemelha-se ao estudo realizado com idosos diabéticos em São Paulo, no qual foi observado que apenas 14,5% tinham 80 anos de idade ou mais. Essa tendência à diminuição de DM nessa faixa etária pode ser explicada pelo grande número de complicações do DM, aumentando a mortalidade entre diabéticos com idade inferior a 80 anos (SILVA, 2016).

No que diz respeito à raça, a maioria se autodenominaram relativo à cor parda, com um total de 47,2%. Em outro estudo realizado por Sardinha et al. (2018), 63,01% dos indivíduos se autodenominaram pardos e esses valores podem ser explicados pelo comparativo através do IBGE (2010), onde no censo realizado em 2000 o percentual de pardos era de 38,5% e cresceu para 43,1% em 2010.

Idosos com baixa escolaridade foram a grande maioria, representando 51,9%, segundo Vitio et al. (2015) é um fato típico no Brasil, onde a taxa de analfabetismo entre idosos ainda é elevada, tendo uma média de 30,7% dos idosos com menos de um ano de instrução e isso pode limitar o acesso às informações em saúde e dificultar a compreensão das

orientações sobre prevenção e/ou tratamento do DM, implicando em menor controle adequado e risco de complicações. O pouco tempo de estudo do indivíduo impõe aos profissionais de saúde um desafio que requer o planejamento de estratégias diferenciadas de orientações para o autocuidado (ROSSANEIS et al., 2016).

Quanto ao estado civil, o maior número de DM no presente estudo diz respeito a variável indivíduos casados, com 56,5%, e de acordo com Bernini et al. (2017) em seu estudo, 62,7% dos idosos eram casados, referindo que a presença do cônjuge favorece o acesso ao serviço de saúde, conseqüentemente maior probabilidade de diagnóstico, adesão ao tratamento e o autocuidado. Além disto, 70,4% dos entrevistados da presente pesquisa relataram conviver com familiares, sendo algo bastante positivo. Pois, a composição familiar influencia no autocuidado da saúde, assim, o idoso viúvo é mais propenso à depressão e, por esse motivo, mais descuidado e com menor interesse em relação à sua saúde. (SILVA et al., 2016).

Quanto à variável atividade remunerada, 85,2% dos idosos não exercem nenhuma atividade, fato que corrobora com a idade dos participantes do estudo. Onde mais uma vez, a amostra estudada segue a realidade brasileira, Silva e Andrade (2013) apontam em suas pesquisas, que as aposentadorias e pensões constituem a principal fonte de rendimentos dos idosos. Além disto, os indivíduos entrevistados em grande maioria pertencem à classe econômica C em torno de 69,4%, é fato que as condições socioeconômicas têm relação direta com os fatores de risco para as complicações das DCNT, uma vez que esses fatores interferem nos hábitos de vida e nas práticas de autocuidado das pessoas com DM, principalmente, no que diz respeito à compreensão das orientações necessárias para o controle da doença e recursos para manter uma vida saudável (ROSSANEIS et al., 2016).

No que se refere ao tempo de diagnóstico, 47,2% dos entrevistados referiram mais de 10 anos de descoberta da doença. Cortez et al. (2015) verificaram que do universo de 1.320 usuários que apresentavam diagnóstico de DM cadastrados nas UBS da área urbana de um município da Região Centro-Oeste de Minas Gerais, 36,6% pessoas eram diabéticas há mais de 10 anos. Além disto, o tempo de diagnóstico é um indicador importante no estudo dos usuários com DM2, pois quanto maior o tempo de diagnóstico, maior a incidência e prevalência de complicações, porém existe grande dificuldade para se determinar com exatidão o tempo da doença, devido ao período assintomático que precede o estabelecimento do diagnóstico.

O tratamento do DM envolve tanto mudanças comportamentais, como a adesão ao tratamento medicamentoso para prevenir complicações. No presente estudo, verificou-se que

o tratamento oral medicamento representou a maior taxa de adesão ao tratamento com um total de 93,5%, corroborando com o estudo de Faria et al. (2014) no qual seus resultados mostraram que 84,4% dos pacientes apresentaram adesão ao tratamento oral, e esse dado pode estar condicionado a diversos fatores, como a política de distribuição de medicamentos gratuitos pela rede de saúde assegurando a acessibilidade a esses recursos, bem como a facilidade para a tomada do medicamento e à crença no efeito do medicamento para o controle da doença.

Em contrapartida, apenas 13,9%, representando uma pequena parcela dos participantes faziam uso de insulina. Em outros estudos com idosos diabéticos que utilizavam como tratamento a insulina foram observados percentuais de 13% e 21,8% (OLIVEIRA, 2014; SILVA, 2016). Porém esse percentual não afirma que existe falha no uso de insulina, apenas que os insulinos dependentes são minorias, uma vez que, não é o tratamento de primeira linha prescrito para o paciente.

A pesquisa revelou que 37% do número total de entrevistados tem algum problema que interfere na realização adequada do tratamento, quanto às dificuldades apontadas, 27,8% dos diabéticos entrevistados tem como dificuldade a restrição dos alimentos, 16,7% o grande número de medicamentos utilizados e 15,7%, a questão financeira. Estudos demonstram que os pacientes têm a convicção de que o poder aquisitivo permite a promoção de uma dieta adequada a sua condição de saúde. Desta forma, isso limita o paciente a adotar uma terapêutica alimentar eficaz, se não tiverem uma orientação adequada. Além destes fatores, a literatura revela que há outros fatores envolvidos em aderir à dieta, como a dificuldade em realizá-la em longo prazo, impõe-se limitações no que se deve comer, o que ocasiona uma possível diminuição do prazer e da liberdade de escolha (MACHADO et al., 2013).

Outro estudo retratou as dificuldades que os indivíduos tinham na adesão ao tratamento, predominou a falta de condições financeiras relatada por 55% dos pacientes, conseguir dar continuidade à dieta 52%. Tal fato pode vir a justificar o manejo do tratamento, pois, embora os comportamentos sejam de responsabilidade individual, os determinantes sociais da saúde possuem influência sobre a conduta a ser tomada, a exemplo da baixa condição socioeconômica, uma vez que, o tratamento do diabetes exige gastos significativos. Entretanto, não apenas as condições socioeconômicas constituem motivo para a falta de adesão, razões como dificuldade de seguimento da dieta, do uso de medicações hipoglicemiantes ou insulina também podem ser justificativas para a falta de comprometimento com o tratamento (OLIVEIRA et al., 2014).

No presente estudo, a HAS prevaleceu como problema de saúde associado, além do diabetes, representando uma porcentagem bem significativa com valor de 75% da amostra. Em consonância com o estudo de Sardinha et al (2018) a predominância da HAS representada por 50,68%, segundo o autor, a HAS é duas vezes mais frequente em pessoas com diabetes quando comparadas à população em geral. Em outro estudo 76,55% dos idosos diabéticos possuíam a HAS associada. A HAS juntamente com a alteração nas lipoproteínas plasmáticas (elevação de triglicérides e redução de colesterol HDL) configura-se como fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, as quais contribuem para até 80% das mortes de pessoas com diabetes (VITOI et al., 2015).

Outra alteração prevalente nos diabéticos entrevistados foram os problemas cardíacos, que permeiam em torno de 8,3%. Para Silva et al. (2016) entre outras comorbidades, o DM é considerada fator de risco para doenças cardiovasculares, o que explica uma prevalência quatro vezes maior de diabetes em idosos com doença cardíaca. E 12% dos entrevistados relataram ter outros problemas de saúde, sendo comuns alterações na tireoide, artrose, osteoporose, hérnia de disco, dentre outros.

Dentre as complicações crônicas, o mais presente na amostra avaliada foram às alterações nos olhos com porcentagem de 47,2%, corroborando com o estudo de Santos et al (2015) realizado com 318 entrevistados por meio de inquérito telefônico cadastrados na Associação de Diabéticos de Maringá que foi em torno de 42,8%. Henriques et al. (2015) afirma que o indivíduo diabético tem um risco de cegueira 25 vezes superior comparado com os indivíduos não diabéticos, estimando-se que a Retinopatia Diabética Proliferativa (RDP) não tratada leve a perda visual irreversível em 50% dos indivíduos aos cinco anos após o diagnóstico. Identificar pessoas que não realizam o autocuidado adequado é tarefa indispensável para evitar as complicações.

No referido estudo, as complicações nos pés foram referidas por 14,8% dos entrevistados, com resultado inferior ao da pesquisa feita por Silva et al. (2016), com uma amostra aleatória da população de idosos atendidos pela ESF do município de Porto Alegre, onde 25,2% dos idosos relataram perda da sensibilidade dos pés/membros, o que pode estar associada a neuropatias, que afetam a capacidade funcional. Alterações nas extremidades inferiores têm se tornado um crescente e significativo problema de saúde pública, essas complicações se associam com neuropatia e doença arterial periférica que predis põem ou agravam as lesões nos pés, levando subsequentemente à infecção e amputação (SANTOS, et al., 2013).

Quanto às complicações associadas, 11,1% dos entrevistados relataram terem complicações nos rins, corroborando com o estudo de Santos et al. (2015) que obteve uma frequência de 12,9%, o autor ainda destaca que embora constitua a complicação menos frequente, é uma das principais causas do aumento de diálises e da mortalidade em pessoas com DM2.

A QV dos participantes da pesquisa foi mensurada através da utilização do instrumento WHOQOL-BREF, obtendo em média um valor de $58,6 \pm 17,2$. A média da QV no geral foi menor em relação aos valores geralmente relatados por outros autores, mas cabe ressaltar, que a coleta de dados foi realizada em áreas de grande vulnerabilidade social. Porém o valor da média encontrada nessa pesquisa, foi próximo à apresentada no estudo de Pereira, Nogueira e Silva (2015) quanto à QV global, com valor de $63,4 \pm 2,0$, e está abaixo da média apresentada em outro estudo com idosos de Porto Alegre-RS, tanto para os idosos institucionalizados média de 69,83, como os demais da comunidade em geral 69,81 (VITORINO; PASKULIN; VIANA, 2013). Esses dados reforçam a importância de buscar uma melhoria na QV dos idosos entrevistados.

Analisando a QV a partir de seus domínios, o que mais contribuíam para aumentar a QV dos indivíduos foi o psicológico com média de $(63,7 \pm 12,3)$ e, por outro lado, o domínio meio ambiente obteve o menor valor médio entre essa população com $(55,5 \pm 10,3)$. No entanto, o padrão da QV nos domínios foi semelhante aos de outros estudos, como o que foi realizado por Pereira, Nogueira e Silva (2015), com o domínio psicológico apresentando a melhor média e o do meio ambiente apresentando a menor média dos escores.

Talvez essa menor satisfação do idoso em relação ao meio ambiente seja pela condição prejudicada que vivem, é importante compreender os fatores ambientais não somente a partir das estruturas naturais e construídas, mas também levando em consideração a segurança diária do indivíduo, ambiente que está inserido, satisfação com sua moradia, as oportunidades de lazer, acesso aos serviços de saúde e o meio de se locomover. De acordo com um Inquérito realizado com idosos no município de São Paulo, foi observado menor escore de QV no domínio meio ambiente, assim como na presente investigação. Supõe-se que este resultado possa ter relação com os baixos recursos financeiros dos idosos, o que adicionalmente pode contribuir para menor acesso aos serviços de saúde, transporte e condições precárias de segurança, habitação e oportunidades de recreação e lazer (TAVARES et al., 2016).

Quando realizado associação da QV com as variáveis sociodemográficas, percebeu-se que indivíduos do sexo masculino possuíam melhor escore de QV com média

63,9±11,1 ($p=0,002$), e de acordo com Amaral et al. 2015 a QV subjetiva é melhor percebida pelos homens em relação às mulheres idosas, o que pode ser explicado pelo sentimento negativo da chegada do envelhecimento pelas mulheres, associado às mudanças físicas, surgimento de doenças e perda do companheiro.

Quanto à faixa etária prevalente do estudo, idosos entre 60 a 69 anos, também obtiveram melhores escores de QV, em média 63,3±9,7 ($p=0,000$). Corroborando com a pesquisa de Silva e Andrade (2013), verificou que quanto maior a idade, pior foi a QV do idoso, o que se constitui em achado previamente observado na literatura, pois, não é fácil lidar com o sentimento de finitude, verificando-se uma tendência de isolamento. No entanto, segundo Dawalibi, Goulart e Prearo (2014) a melhor QV se encontra já na idade mais avançada, devido à conformidade diante da inevitabilidade da velhice, ao passo que pior QV dos idosos mais novos pode sugerir ausência de preparação para a velhice e não aceitação da sua condição de velho.

Entre os resultados encontrados, destacam-se a baixa escolaridade e renda, que verificam as menores médias em relação a uma boa QV 55,3 ± 10,4 e 56,3 ±10, respectivamente, o que vem confirmar os achados de outros autores, como Borges et al. (2014), aponta que a auto avaliação da saúde é fortemente influenciada pela situação socioeconômica do idoso e/ou da sua família. O baixo grau de instrução, quando associado às condições econômicas precárias e à dificuldade de acesso à rede de suporte, pode trazer dificuldades no autocuidado e no gerenciamento dos problemas pelo idoso e por sua família, pois, os problemas financeiros reduzem o bem-estar do idoso. O grau de escolaridade reduzido das pessoas com diabetes determina a necessidade de um plano de cuidado elaborado sobre a reeducação alimentar, atividade física e o tratamento medicamentoso, pois, o nível de conhecimento reduzido pode dificultar a compreensão do usuário acerca dos cuidados essenciais para o controle da doença e a prevenção das complicações (CORTES et al., 2015).

Quanto ao estado civil, os indivíduos declarados casados obtiveram melhor média em relação à QV correspondendo a uma média de 62,1±10,5 ($p=0,010$). De acordo com Almeida-Brasil et al. (2017) viver sem companheiro esteve associado a uma menor percepção da QV, assim como observado por outros autores, onde indivíduos sem parceiros tendem a terem pior desempenho em aspectos estruturais das redes sociais de apoio, como menor contato com familiares e amigos, além de baixa frequência de ajudas recebidas e prestadas.

No que diz respeito à associação da classe econômica com a QV, no presente estudo observou-se que os indivíduos pertencentes à classe econômica A, possuíam melhor

média em relação à QV correspondendo $75,5 \pm 6,7$ ($p=0,005$). Conforme estudos de outros autores, como Azevedo et al. (2013) apontou que indivíduos de classes sociais mais baixas demonstraram pior QV, os autores ainda relataram que no Brasil, a desigualdade na distribuição de renda, o analfabetismo, o baixo grau de escolaridade, as condições de habitação e o ambiente precário causam impactos negativos sobre a QV e a saúde dos sujeitos.

Dos participantes que relataram terem algum problema para a realização do tratamento do diabetes, apresentaram menores QV aqueles que tinham como empecilho a questão financeira, com média de $52,5 \pm 7$ ($p=0,008$). O salário mínimo, proveniente da aposentadoria, foi à renda familiar mais referida entre os diabéticos. As condições socioeconômicas das pessoas com DM interferem diretamente no seu cotidiano, pois, se trata de uma doença que requer um tratamento que muitas vezes exige gastos expressivos, principalmente na questão medicamentosa, acompanhamento glicêmico, plano alimentar ou até mesmo com o uso de calçados adequados (CALDAS et al., 2017).

Ao investigar a associação de atividade física com QV, observou-se que idosos que se exercitam como tratamento para o DM, apresentaram melhores escores de QV correspondente a $63,6 \pm 10,1$ ($p=0,013$). No estudo realizado por Borges et al. (2014), investigou a associação da atividade física com QV, onde foi observado que os idosos que participavam de atividade física regular obtiveram valores mais altos nos oito domínios do *Medical Outcomes Study 36- Item Short- Form Health Survey* (SF-36) do que os idosos que realizavam menos atividade física, 67,52% dos idosos entrevistados relataram a prática de alguma atividade de forma regular. E segundo Dawalibi, Goulart e Prearo (2014), ao avaliarem a relação entre atividade física, QV e sintomas da depressão, observaram que a prática está associada positivamente à QV, bem como contribuiu para reduzir os sintomas depressivos dos participantes.

Quanto às condições de saúde, a presença de doenças crônicas além do DM, são fatores primordiais para a fragilização do idoso e estiveram associados aos mais baixos escores QV geral, os que mais influenciaram negativamente contribuindo para diminuir a QV foram a HAS ($58,1 \pm 11,3$), seguido de problema renal ($46,3 \pm 8,8$) e depressão ($43,7 \pm 9,5$), com valores de $p = 0,000 / 0,004 / 0,002$, respectivamente.

A HAS e distúrbios renais influenciaram a QV total devido ao surgimento das limitações físicas, dependência medicamentosa, comprometendo o cotidiano do indivíduo. No estudo realizado por Frota, Guedes e Lopes (2015) 86,6% dos indivíduos, apresentam outras doenças além do DM, dentre elas, a que se destacou foi a HAS, o autor salienta que o

aumento no número de doenças está intimamente ligado com maior incapacidade funcional e as situações adversas quando não enfrentadas adequadamente, podem levar à ansiedade e à depressão que, na maioria das vezes, atuam desencadeando outras doenças.

Ainda no âmbito da investigação clínica, foram apresentadas complicações oriundas do próprio DM quando não tratados adequadamente. Considerado as complicações de modo isolado, as alterações nos rins apresentaram piores escores de QV com média de $47,4 \pm 7,5$ ($p=0,000$), seguido das complicações no coração que obtiveram a média de $47,8 \pm 7,9$ ($p=0,011$), e as alterações nos olhos com a média de $57 \pm 11,0$ ($p=0,014$). Tais complicações reduzem a QV dos indivíduos acometidos e acarretam incapacidades para o cumprimento das atividades diárias, além disto, possuem alto índice de morbimortalidade como é o caso das complicações cardiovasculares que constituem uma das principais causas de morbimortalidade associada ao DM (FILHO et al., 2017).

Após toda a investigação, foi observado que o instrumento utilizado na pesquisa WHOQOL-BREF, foi expressivo em relação aos objetivos da pesquisa, porém, é necessária a criação ou moldagem de questões para que se tornem mais objetivas e que esteja intimamente ligada a realidade dessa população. Além disto, os profissionais da saúde devem garantir um acompanhamento efetivo às pessoas com DM, em todos os setores da saúde, especialmente em nível de Atenção Básica, onde ações devem ser criadas para prevenir e promover saúde, identificando de forma integral os aspectos da vida desses indivíduos, para que metas de tratamento sejam alcançadas evitando complicações e garantindo uma boa QV.

7 CONCLUSÃO

Indivíduos diabéticos são diariamente expostos a fatores decisivos para diminuição da QV. Os perfis sociodemográfico, comportamentais e clínicos podem interferir nas atividades e bem-estar dos idosos ativos. Foi observado que homens possuíam uma melhor QV em relação às mulheres, como também a influência de determinadas variáveis nos diversos domínios, e conseqüentemente na QV dos idosos, onde quem possuía maior renda, escolaridade, nível socioeconômico, era casado, tinha menor idade, realizava como tratamento a atividade física e não relatava outro problema de saúde apresentavam melhor QV em relação aos demais.

Como envelhecimento vem tomando grandes proporções são necessárias reflexões a respeito da temática, pois, não adianta o indivíduo ter apenas uma maior sobrevida, faz-se necessária a garantia de meios para que esses anos sejam vividos com satisfação. Sendo assim, a intenção não é somente uma existência longa sem qualidade, mas sim que seja associada a uma vida autônoma, saudável, com apoio familiar e social.

Diante o contexto estudado e os desafios da situação de saúde brasileira, onde a população está exposta a uma carga exorbitante de doença, contudo, atendida inadequadamente, com um sistema de atenção ainda frágil, e a população idosa que se enquadrada como alvo de um grande número de doenças ganha espaço para outros estudos, pois, a aplicabilidade da avaliação da QV na prática clínica pode nortear mudanças no atendimento a essa população, bem como avaliar a efetividade de intervenções, tratamentos e programas, tornando-se ferramenta essencial para prática dos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros que tem importante contribuição no trabalho educativo voltado a esses indivíduos.

Em consideração geral, o estudo apresentou algumas dificuldades como a ausência dos idosos diabéticos nas UBS, o que dificultou bastante à realização da coleta de dados, outra grande dificuldade era a necessidade da presença das ACS para realizar a busca desses indivíduos em seus domicílios, onde as mesmas apresentavam resistência em ceder um horário para a realização dessas visitas. Nota-se com esse estudo a necessidade de desenvolver estratégias de educação em saúde com maior alcance da população com o intuito de estimular adesão medicamentosa, o autocuidado e mudanças de estilo de vida para inserção de hábitos alimentares saudáveis, prática de exercícios que garantam o controle da doença, bem como estimular a presença dos mesmos nas UBS enfatizando a importância das consultas de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, L. L. et al. Perfil epidemiológico de idosos com diabetes mellitus tipo 2 cadastrados na estratégia saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, p.2972-89, 2014.
- ALMEIDA-BRASIL, C.C. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.5, p.1705-1716, 2017.
- AMARAL, T. L. Qualidade de vida e morbidades associadas em idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do município Senador Guimard, Acre. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 18, n.4, p.797-808, 2015.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA – ABEP. **Critério de Classificação Econômica Brasil 2016**. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016. Disponível em: <<http://www.abep.org/codigos-e-guias-da-abep>>. Acesso em 06 de Set. de 2017.
- AZEVEDO, A. L. S. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.9, p.1774-1782, 2013.
- BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais Velho**. Washington, D.C.: Banco Mundial, 2011.
- BERNINI, L. S. et al. O impacto do diabetes mellitus na qualidade de vida de pacientes da Unidade Básica de Saúde. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, v. 25, n. 3, p. 533-541, 2017.
- BORGES, A. M. et al. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município interior do Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 17, n.1, p.79-86, 2014.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução CNS nº466, de 12 de dezembro de 2012** (dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos), 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (cadernos de Atenção Básica; n.19). Disponível em:<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>> Acesso em 07 de Set. de 2017.
- CALDAS, A. C. S. Caracterização dos pacientes diabéticos atendidos no ambulatório de um hospital universitário. **Rev Pesq Saúde**, v.18, n.1, p. 41-44, 2017.
- CARVALHO, C.V. et al. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo II ao tratamento medicamentoso. **Rev enferm UFPE online**, v.11, n.9, p. 3402-9, 2017.
- CHECOM, D. C.; GOMES, G. C. A influência da dança na melhoria da qualidade de vida do idoso. **Revista UNINGÁ**, v. 24, n. 2, p. 72-77, 2015.

CORTEZ, D.N. et al. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta Paul Enferm**, v.28, n.3, p. 250-5, 2015.

DAWALLIBI, N. W. et al. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da Scielo. **Estud. psicol.**, v.30, n.3, 2013.

DOLL, J.; RAMOS, A. C.; BUAES, C.S. Educação e Envelhecimento. **Educação e Realidade**, v. 40, n. 1, p. 9-15, 2015.

FARIA, H. T. G. et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**. v. 48, n. 2, p. 257-63, 2014.

FERREIRA, O.G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enferm.**, v.21, n.3, p; 513-8, 2012.

FILHO, A. C. A. A.Perfil epidemiológico do diabetes mellitus em um estado do nordeste brasileiro. **Rev Fund Care Online**, v. 9, n.3, p. 641-647, 2017.

FORMIGA, L. M. F. et al. Envelhecimento Ativo: Revisão Integrativa. **Rev. Interd. Ciên. Saúde**, v. 4, n.2, p. 9-18, 2017.

FROTA, S. S.; GUEDES, M. V. C.; FROTA, L. V. Fatores relacionados à qualidade de vida de pacientes diabéticos, **Rev Rene**, v.16, n.5, p.639-48, 2015.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Atlas, p.175, 2010.

HENRIQUES, J. et al. Doença ocular diabética, **Acta Med Port**, v. 28, n.1, p. 107-113, 2015. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados populacionais**. 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Distribuição populacional**. 2010. Disponível:<<https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=1&idnoticia=2507&t=ibge-mapeia-distribuicao-populacao-preta-parda&view=noticia>> Acesso em: 29 maio 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção populacional**. 2010. Disponível:<<https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/30082004projecaopopulacao.shtm>> Acesso em: 29 maio 2018.

MACHADO, E. R. Diabetes tipo II (DMII) importância da educação em saúde na adesão ao tratamento. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**. v.17, n.1, p. 33, 2013.

MARQUES, E. M. B. G.; SÁNCHEZ, C. S.; VICARIO, B. P. Percepção da qualidade de vida de um grupo de idosos. **Revista de Enfermagem Referência**, n.1, p.75-84, 2014.

MARTINS, C. R. et al. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre residentes em cidades rurais e urbanas. **Estud. Interdiscip. Envelhec.**, v.11, 2007.

MARTINS, R. M. L.; MESTRE, M. A. Esperança e qualidade de vida em idosos. **Milenium**, v.47, p. 153-162, 2014.

MATIAS, C. O.; ALENCAR, B. R. Qualidade de vida em idosos portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Montes Claros/MG. **R. bras. Qual. Vida**, v. 8, n. 2, p. 119-129, 2016.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas: diabetes mellitus**. ministério da saúde; 2013.

MIYAMOTO, A. Y. et al. Qualidade de vida de idosos em uma instituição de longa permanência. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 23, n. 2, p. 36-40, 2016.

MORESCHI, C.; REMPEL, C.; CARRENO, I. Análise das ações desenvolvidas para promover a qualidade de vida de pessoas com diabetes: uma revisão de literatura. **Caderno pedagógico**, v. 12, n. 1, p. 253-264, 2015.

NAÇÕES UNIDAS (UNFPA), **HelpAge International**. Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio, 2012.

OLIVEIRA, J. E. P. et al., **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**, 2017.

OLIVEIRA, M.S. S. et al. Avaliação da adesão terapêutica de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Rev enferm UFPE on line**, v.8, n.6, p.1692-701, 2014.

PEREIRA, D. S.; NOGUEIRA, J. A. D.; SILVA, C.A.B. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 18, n.4, 2015

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7^a ed. Artmed. p. 669, 2011.

RADOVANOVIC, C. A. T. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n.4, p. 547-53, 2014.

RAMOS, R. S. P. S. et al. Fatores associados ao diabetes em idosos assistidos em serviço ambulatorial especializado geronto-geriátrico. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 20, n. 3, 364-374, 2017.

ROCHA, J. A. O envelhecimento humano e seus aspectos psicossociais. **Revista Farol.**, v. 6, n. 6, p. 77-89, 2018.

ROMMEL, B.; TROMPIERI, N. O Processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**. v.1, n.7, 2012.

ROSSANEIS, M.A. et al. Diferenças entre mulheres e homens diabéticos no autocuidado com os pés e estilo de vida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.24, 2016.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. MedBook, 2013.

SANTOS, A. L. et al. Complicações microvasculares em diabéticos Tipo 2 e fatores associados: inquérito telefônico de morbidade autorreferida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.3, p.761-770, 2015.

SANTOS, G.S.; CUNHA, I. C. K.O. Avaliação da qualidade de vida em mulheres idosas na comunidade. **R. Enferm. O. Min.**, v. 4, n. 2, p. 1135-1145, 2014.

SANTOS, I.C.R. et al. Prevalência e Fatores Associados a Amputações por pé Diabético. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.10, p.3007-3014, 2013.

SANTOS, P. M. Principais instrumentos de avaliação da qualidade de vida de idosos no Brasil: vantagens e as desvantagens na utilização. **Corpoconsciência**, v.19, n.2, p. 25-36, 2015.

SARDINHA, A. H. L. et al. Avaliação da qualidade de vida de idosas com diabetes mellitus. **Rev enferm UFPE on line.**, v.12, n.2, p.45-56, fev., 2018.

SAUPE, R. t al. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. **Rev. Latino-am.Enfermagem**, v.12, n.4, p.632-46,2004.

SILVA, A. B. et al. Prevalência de diabetes mellitus e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS. **Cad. Saúde Colet**, v. 24, n.3 , p. 308-316, 2016.

SILVA, A. R. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **J Bras Psiquiatr**. V. 66, n.1, p. 45-51, 2017.

SILVA, I. M. C.; ANDRADE, K. L. Avaliação da qualidade de vida de idosos atendidos em um ambulatório de Geriatria região nordeste do Brasil. **Rev Bras Clin Med**. v.11, n.2, p. 129-134, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **XIII Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes**, 2017-2018.

SOUSA, E. L. et al. Qualidade de vida e fatores associados à saúde de idosos diabéticos. **Rev enferm UERJ**, v. 24, n. 5, p.8456, 2016.

SPÍNOLA, M. R. P.; PEREIRA, E, M. Avaliação de programa: metodologia. **Projeção**. V.1, n.7, p.26-32, 1976.

TAVARES, D. M. S. et al. Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. **Ciênc. saúde colet**, v. 21, n.11, 2016.

VIEIRA, E. B. **Manual de gerontologia**: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. 2ed, 2004.

VITOI, N. C. et al. Prevalência e fatores associados ao diabetes em idosos no município de Viçosa, Minas Gerais. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, n. 4, p. 953-965, 2015.

VITORINO, L. M.; PASKULIN, L. M. G. VIANNA L. A. C. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. **Rev Latinoam Enferm.** v. 21, p.3-11, 2013.

World Health Organization. **WHO**; Disponível: < <http://www.who.int/topics/>> Acesso em: 04 jun 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Formulário adaptado para coleta de dados

I – DADOS SOCIOECONÔMICOS

1. **Sexo:** 1 () feminino 2 () masculino.

2. **Idade (anos):** _____ **Data de nascimento:** ___/___/___

3. **Estado civil:** 1 () casado 2 () solteiro 3 () viúvo 4 () divorciado 5 () união estável

4. **Cor (auto referida):** 1 () branca 2 () negra 3 () amarela 4 () parda.

5. **Com quem reside:** 1 () familiares 2 () amigos 3 () companheiro(a) 4 () sozinho(a)

6. **Atividade remunerada:** 1 () sim 2 () não

7. **Qual a renda familiar (somatório mensal dos rendimentos da família) R\$:** _____

8. **Anos de estudo:** _____

ITENS	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	≥ 4
Produtos/serviços	0	1	2	3	4
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada doméstica	0	3	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar roupa	0	2	2	2	2
Vídeocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2
PONTUAÇÃO	Total=				

Fonte: ABEP, 2016

Analfabeto / Até 3ª série Fundamental	0
Até 4ª Série Fundamental	1
Fundamental completo	2
Médio completo	4
Superior completo	8
SERVIÇOS PÚBLICOS	
Água encanada	Não (0) Sim (4)
Rua pavimentada	Não (0) Sim (2)
Fonte: ABEP, 2016.	

9. Classe econômica:

() A1 (42-46) () A2 (35-41) () B1 (29-34) () B2 (23-28)

() C1 (18-22) () C2 (14-17) () D (8-13) () E (0-7)

II – DADOS CLÍNICOS

11. Há quanto tempo tem Diabetes?

1 () Até 1 ano

2 () de 2 a 5 anos

3 () de 6 a 10 anos

4 () Maior que 10 anos

5 () Não lembra

12. Qual o tipo de tratamento que o Sr. (a) realizar para controlar o Diabetes?

- 1 () Dieta
- 2 () Medicamento oral
- 3 () Atividade física
- 4 () Insulina
- 5 () Outros. Qual(ais)?_____

13. Existe algum problema que impeça a realização do tratamento?

- 1 () Sim
- 2 () Não

14. Se sim, ao item anterior, especificar qual (ais) o (s) problema (s):

- 1 () Déficit no conhecimento da Diabetes Mellitus
- 2 () Não aceitação do diagnóstico
- 3 () Grande número de medicamentos utilizados
- 4 () Dificuldade em realizar a restrição de alguns alimentos
- 5 () Financeiro
- 6 () Falta de motivação
- 7 () Falta do apoio familiar

15. O Sr.(a) apresenta algum outro problema de saúde?

- 1 () Hipertensão
- 2 () Obesidade
- 3 () Problema renal
- 4 () Problemas cardíacos
- 5 () Depressão
- 6 () Outros. Qual(ais)?_____

16. O Sr. possui complicação(ões) crônicas do Diabetes?

- 1 () Problemas nos olhos
- 2 () Problemas nos rins
- 3 () Problemas nos nervos
- 4 () Problemas nos pés
- 5 () Problemas no coração

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Análise do perfil de automedicação e qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus.

Pesquisador responsável: Ana Roberta Vilarouca da Silva

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 9 9972-8446

Instituição/Departamento: UFPI/CSHNB/Picos

Pesquisador participante: Ingredy Leal Moura e Luana Carolini dos Anjos

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 9 9982-9180 / (89) 9 9974-0963

E-mail: ingredy1997@hotmail.com / luana-caroline13@hotmail.com

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar de uma pesquisa. Você precisa manifestar interesse de participar ou não. Por favor, leia com atenção as informações a seguir e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você estiver. Caso aceite participar do estudo assine ao final deste documento, que está em duas vias sendo, portanto, uma sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de não aceitação você não será penalizado (a) de nenhuma forma.

Estou realizando uma pesquisa sobre Análise do perfil de automedicação e qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus, com o avançar da idade surgem diversas doenças como o próprio diabetes e alterações próprias do envelhecimento, o que levam os idosos a consumirem uma maior quantidade de medicamentos, fazendo com que criem um hábito maior de se automedicarem, influenciando diretamente a qualidade de vida dessas pessoas.

Devo esclarecer que sua participação poderá ter como riscos: constrangimento e/ou desconforto por parte do participante envolvido, entretanto, será contornado através da realização de forma individual em local reservado, envolvendo o benefício de proporcionar de forma indireta conhecimento acerca dos aspectos que envolvem a automedicação e a qualidade de vida.

Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. Gostaria de informá-lo que:

- O Sr(a) não sofrerá desconforto físico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual.
- Será submetido(a) a observação direta durante o atendimento à idosa com Diabetes, para o preenchimento de um formulário
- A sua participação é voluntária e não trará nenhum malefício.
- O Sr.(a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social, bem como à continuidade da assistência.
- As informações obtidas serão analisadas em conjunto com os outros participantes, não sendo divulgado a sua identidade (seu nome), bem como qualquer informação que possa identificá-lo.

- O Sr.(a) tem o direito de ser mantido atualizado acerca das informações relacionadas à pesquisa.
- O Sr.(a) não terá nenhuma despesa pessoal ao participar da pesquisa, também não haverá compensação financeira decorrente de sua participação.
- Comprometo-me em utilizar os dados coletados unicamente para fins acadêmicos, afim de atender os objetivos da pesquisa.
- O Sr. (a) será indenizado caso lhe aconteça algum dano durante sua participação na pesquisa.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG ou CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “**Análise do perfil de automedicação e qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus**”. Eu discuti com os pesquisadores sobre a minha decisão em participar nesse estudo, ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantidas de confidencialidade e de esclarecimento permanente. Ficou claro também que minha participação não necessita de custo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem prejuízos ou perda de qualquer benefício nesta instituição de saúde.

Local e data: _____, ___/___/___.

Nome e assinatura do sujeito

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

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____, RG: _____, Assinatura: _____

Nome: _____, RG: _____, Assinatura: _____

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

Picos, ___/___/___.

Assinatura do pesquisador Responsável

Observações complementares: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros localizado no seguinte endereço: Rua Cícero Duarte, 905. Bairro Junco, Picos – PI. CEP: 64.607-670. Telefone: 089-3422-3007 - e-mail: cep-ufpi@ufpi.edu.br / web: <http://www.ufpi.br/orientacoes-picos>.

ANEXOS

ANEXO A - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

1. Orientação temporal (0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
2. Orientação espacial (0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1
3. Repita as palavras (0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
4. Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	1 1
4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 1
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita; Dobre-o ao meio; Ponha-o no chão	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1

10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

ANEXO B - Formulário WHOQOL-BREF

Instruções

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

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

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

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

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

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5

8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

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

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5

21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO C – Equações para obtenção dos escores

**PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE GENEVRA**

Para verificação do Escore Bruto (EB), aplica-se as seguintes equações:

$$\text{Domínio I} = (6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$$

$$\text{Domínio II} = Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$$

$$\text{Domínio III} = Q20 + Q21 + Q22$$

$$\text{Domínio IV} = Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$$

Para verificação do Escore Transformado 4.20 (ET4.20) temos a seguinte equação para ser utilizada em cada um dos domínios:

$$\text{ET4.20} = \text{EB}/\text{NQ} = n \times 4 = \text{ET4.20}, \text{ correspondendo:}$$

ET4.20 = Escore Transformado 4.20;

EB = Escore Bruto (de cada Domínio);

NQ = Número de questões do Domínio

N = média

Para verificação do Escore Transformado 0-100 (ET0.-100) temos a seguinte equação a ser aplicada em cada um dos domínios:

$$\text{ET0.-100} = (\text{ET4.20}-4) \times (100/6)$$

ANEXO D – Parecer consubstanciado do CEP

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO PERFIL DE AUTOMEDICAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM DIABETES MELLITUS

Pesquisador: Ana Roberta Vilarouca da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78574217.6.0000.8057

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.399.181

Apresentação do Projeto:

PEQUIGADORA: Ana Roberta Vilarouca da Silva. **INTUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. **TÍTULO:** ANÁLISE DO PERFIL DE AUTOMEDICAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM DIABETES MELLITUS

A velhice não está atrelada ao sinônimo de adoecimento, por muitas vezes a idade cronológica não é a mesma fisiológica, porém o idoso deve ser

entendido em toda sua plenitude, considerando que o avançar dos anos na maioria dos longevos os tomam mais fragilizados aumentando a

vulnerabilidade a processos patológicos em especial o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis destacando-se o Diabetes Mellitus

(DM), sendo por muitas vezes as responsáveis por causar angústia nessa população que tem os medicamentos como principal medida de

tratamento, levando os mesmos a criarem cada vez mais o hábito da automedicação, portanto comprometendo a Qualidade de Vida (QV). Objetivouse

analisar o perfil de automedicação e qualidade de vida de idosos com Diabetes Mellitus. Trata-se de um estudo descritivo transversal com

amostra de 146 pacientes idosos diabéticos, realizado em quatro unidades básicas de saúde da cidade de Picos - Piauí, durante o período de

agosto de 2017 a julho de 2018, por meio do preenchimento do formulário na própria unidade de

Endereço: CICERO DUARTE 905
Bairro: JUNCO **CEP:** 64.607-670
UF: PI **Município:** PICOS
Telefone: (88)3422-3003 **E-mail:** cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer: 2.266/181

saúde e/ou residência do paciente. O formulário contém dados socioeconômicos, relacionado a automedicação e a qualidade de vida. Para a realização da coleta de dados o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Piauí.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o perfil de automedicação e qualidade de vida de idosos com Diabetes Mellitus inseridos nas unidades básicas de Picos-Piauí.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar os participantes segundo as variáveis socioeconômicas e clínicas;
- Verificar os fatores associados aos menores escores de qualidade de vida em idosos diabéticos;
- Identificar as principais queixas que levam esses idosos a se automedicarem;
- Associar a qualidade de vida e grau de automedicação, segundo o sexo e fatores socioeconômicos

METODOLOGIA SIGERIDA ESTÁ APTA À ALCANÇAR OS OBJETIVOS DA PESQUISA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Como riscos ocasionados pela pesquisa, constrangimento e/ou desconforto por parte do participante envolvido, entretanto, será contornado através da realização de forma individual em local reservado.

Benefícios:

Benefício de proporcionar de forma indireta conhecimento acerca dos aspectos que envolvem a automedicação, a qualidade de vida e no que diz respeito à função cognitiva do participante

AVALIAÇÃO DE RISCOS E BENEFÍCIOS ADEQUADA.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

PESQUISA DE RELEVÂNCIA PARA CONHECIMENTO DA REALIDADE LOCAL QUE POSSIBILITE DIRECIONAR POLÍTICAS DE SAÚDE.

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3000

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

**UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES**



Continuação do Parecer: 2.269-101

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TODOS OS TERMOS OBRIGATORIOS APRESENTADOS EM CONSONÂNCIA COM AS

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PROJETO APROVADO

Considerações Finais a critério do CEP:

PROJETO APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1009740.pdf	08/10/2017 15:54:19		Acelto
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	08/10/2017 15:53:32	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	06/10/2017 09:55:28	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Acelto
Outros	paracoleta.pdf	06/10/2017 09:54:52	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Acelto
Orçamento	orcamento.pdf	06/10/2017 09:54:01	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Acelto
Outros	TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf	06/10/2017 09:51:14	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Acelto
Declaração de Pesquisadores	declaracao.pdf	06/10/2017 09:49:52	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Acelto
Outros	Autorizacao.pdf	06/10/2017 09:48:42	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Acelto
Outros	carta.pdf	06/10/2017 09:47:47	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Acelto
Outros	curiculo.pdf	06/10/2017 09:44:07	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/10/2017 09:43:42	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	PROJET0cep.docx	06/10/2017 09:40:02	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOAS

Telefone: (88)3422-3003

E-mail: cep-picoas@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Processo: 2.266-101

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

FICOS, 26 de Novembro de 2017

Assinado por:
LUIZA HELENA DE OLIVEIRA LIMA
(Coordenador)

Endereço: CICERO DUARTE 905
Bairro: JUNCO CEP: 64.807-670
UF: PI Município: FICOS
Telefone: (88)3422-3003 E-mail: cep-ficos@ufpi.edu.br



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
"JOSÉ ALBANO DE MACEDO"**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
 () Dissertação
 (X) Monografia
 () Artigo

Eu, Ingedy Kreal Moura,
 autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de
 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,
 gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação
Análise da Qualidade de Vida em idosos diabéticos na
unidade básica de saúde
 de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título
 de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 23 de julho de 2018.

Ingedy Kreal Moura
 Assinatura

Ingedy Kreal Moura
 Assinatura

